

A PERSONALIDADE DA MÃE PREMATURA**

Teresa Morais Botelho* & Isabel Leal

Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal

RESUMO: Determinar a estrutura da personalidade de mulheres que sofreram um parto prematuro consubstanciou a questão de investigação, operacionalizada num desenho metodológico de cariz exploratório, observacional e transversal. A amostra, recolhida em duas instituições de saúde na área da Grande Lisboa, foi constituída por 301 mães prematuras. O protocolo de avaliação baseou-se em dois instrumentos: Inventário da Personalidade NEO-Revisto (Modelo dos Cinco Factores) e um Questionário de Caracterização da Amostra. O personalidade de personalidade evidenciado caracteriza-se pela elevada Extroversão (E; $p=0,0001$) e pelo baixo Neuroticismo (N; $p=0,0001$). Assim, as participantes revelam ser pouco hostis (N2; $p=0,0001$), pouco deprimidas (N3; $p=0,0001$), pouco vulneráveis (N6; $p=0,02$) e menos auto-conscientes (N4; $p=0,02$). São mais assertivas (E3; $p=0,0001$), mais activas (E4; $p=0,0001$) e têm mais emoções positivas (E6; $p=0,0001$). Valorizam pouco a estética (O2; $p=0,01$) e as acções (O4; $p=0,02$), mas revelam ter mais ideias (O5; $p=0,0001$) e mais valores (O6; $p=0,04$). São altruístas (A3; $p=0,04$), auto-disciplinadas (C5; $p=0,002$) mas menos deliberadas (C6; $p=0,03$) atribuindo pouca importância ao dever (C3; $p=0,0001$). Assume-se que a elevada extroversão e os intensos níveis de actividade constituem um factor de risco para uma gravidez de termo.

Palavras chave: Feminino, Maternidade, Parto pre-termo, Personalidade, Prematuridade, Psicologia da Gravidez e da Maternidade.

PERSONALITY OF WOMEN WHO DELIVERED PREMATURELY

ABSTRACT: The main objective of the study was to determine the personality structure of women who delivered prematurely. Based on an exploratory, observational and transversal research design, a sample of 301 premature mothers was obtained in 2 health institutions on the outskirts of Lisbon. The research protocol was based on the Revised NEO Personality Inventory (Five-Factor Model) and a Sample Questionnaire. The personality profile is high in Extroversion (E; $p=0,0001$) and low in Neuroticism (N; $p=0,0001$). The participants can be characterized as not being hostile (N2; $p=0,0001$), vulnerable (N6; $p=0,02$) depressed (N3; $p=0,0001$) or self-conscious (N4; $p=0,02$). Instead they are assertive (E3; $p=0,0001$), active (E4; $p=0,0001$) and have more positive emotions (E6; $p=0,0001$). Although they do not appreciate aesthetics (O2; $p=0,01$) and actions (O4; $p=0,02$), they are prone to having more ideas (O5; $p=0,0001$) and values (O6; $p=0,04$). Altruistic (A3; $p=0,04$), self-disciplined (C5; $p=0,002$), less deliberate (C6; $p=0,03$) they are not very committed to duty (C3; $p=0,0001$). The high extroversion and activity levels may place full-term pregnancy at risk.

Key words: Motherhood, Personality, Premature mothers.

Recebido em 02 de Setembro de 2006 / aceite em 23 de Janeiro de 2007

* Investigação apoiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia e Fundo Social Europeu, no âmbito do III Quadro Comunitário de Apoio.

** Contactar para E-mail: tbotelho@ispa.pt

No mundo, em cada ano, 13.000.000 de mulheres são mães prematuras. Qual a sua personalidade? Como serão como mulheres? E como mães? Existirá um perfil de personalidade correspondente à mãe prematura? Tais interrogações nortearam a presente investigação.

Nas últimas décadas a psicologia tem vindo a investigar os mecanismos implicados na génese do parto prematuro ou que propiciam o desenrolar deste acontecimento de vida. Assim, descortinar os contributos psicológicos para o desencadear de partos prematuros de mulheres sem factores de risco aparentes (ou conhecidos) ou de partos prematuros sucessivos de uma mesma mulher, afigura-se como uma pesquisa de fulcral importância para a Psicologia da Saúde e para a Psicologia da Gravidez e da Parentalidade.

Porém, a investigação psicológica em torno da personalidade da mãe prematura tem partido da premissa de que a personalidade com traços patológicos é um factor etiopatogénico do parto prematuro. O que sobressai da bibliografia relativamente à personalidade da mulher que sofreu um parto prematuro assume maioritariamente um cariz psicopatológico. A personalidade da mãe prematura tem sido pesquisada com recurso a conceptualizações psicopatológicas e avaliada através de instrumentos que determinam um perfil psicopatológico. A singularidade estrutural da mãe prematura sem estar convencionalizada a modelos psicopatológicos, tem sido largamente esquecida.

Com o intuito traçar um suporte teórico que enquadre as interrogações inicialmente formuladas sobre a mãe prematura, procurar-se-á desenvolver o significado de “ser mulher” e “ser mãe” à luz de novos constructos sobre o “feminino” e o “materno”.

Sobre o feminino

Nascer mulher não foi, nem é, em nenhuma sociedade, em momento algum da história, um dado biológico neutro, uma simples qualificação natural da espécie, inerte e imutável. Ao definir socialmente o género, isto é, ao impor uma divisão social dos sexos, uma sociedade transforma machos e fêmeas em homens e mulheres.

O Século XX pôs fim ao princípio da desigualdade que presidia à relação entre homens e mulheres e reformulou a equação milenar mulher=mãe, encerrando uma etapa da humanidade que durou cerca de 4000 anos. “O esquema da complementaridade apagou-se em benefício da semelhança” onde os constructos de homem e mulher tendem cada vez mais para um modelo único. A questão dos nossos tempos não envolve a substituição do patriarcado de ontem por um pseudo-matriarcado de hoje, nem tão pouco que o peso da anatomia onere o destino do ser humano, mas sim que se privilegie a relação de semelhança entre os géneros (Badinter, 1986, p. 244).

Nos últimos trinta ou quarenta anos, as significativas alterações do estatuto social das mulheres, a relativização do casamento e a fragilização da família

fizeram surgir a questão do feminino, quer na ordem prática quer na ordem teórica. As mulheres começaram a assumir-se como indivíduos na praça pública (com profissão, salário, direito a voto e uma relativa autonomia de decisão sobre a sua vida e a sua actividade sexual) adquirindo o que, até esse momento de viragem histórica, eram direitos confinados exclusivamente aos homens. Colman e Colman (1994) expressam que a emergência da vontade de igualdade na mulher promoveu dois avanços distintos: aumentou a valorização das tarefas tradicionalmente femininas, até então desvalorizadas por serem consideradas naturais e lhes estarem obrigatoriamente destinadas (por exemplo, a gravidez, o parto e a educação das crianças) e, pela primeira vez, assiste-se à admissão de que o desempenho feminino poderia igualar o masculino, mesmo em espaços que exijam intelecto, lucidez, energia e ambição, tradicionalmente destinados ao homem. Tanto assim se veio a verificar que, os indicadores sociais revelam uma participação da mulher em crescimento exponencial. Estatísticas recentes apontam para o facto de que na década de 90, 58,00% do mercado laboral dos EUA já era composto por mulheres – correspondendo aproximadamente a 49,3 milhões de mulheres em pleno exercício de uma actividade profissional (Behrman & Shiono, in Fanaroff, 2002). Ou seja, em escassas décadas a implantação da mulher no mercado laboral suplantou a do homem.

Tem-se assistido a um avolumar de desenvolvimentos sociais, políticos, industriais e científicos. Os anticoncepcionais, a reprodução assistida, flexibilidade de valores e regras de comportamento sobre as relações íntimas não só devolveram à mulher o controlo sobre o seu próprio corpo, como também, dotaram-na de maior controlo sobre a sua própria vida, permitindo-lhe ingressar em espaços profissionais que inicialmente lhe estavam vedadas. Esta mulher, multifacetada, comportando características e papéis intelectuais, profissionais, relacionais, sociais e maternos, é a mulher ocidental da era moderna, cuja imagem é fortemente difundida através dos media (Canavarro, 2001).

No mundo ocidental a gravidez tem espelhado as mutações várias implícitas ao “ser mulher” na era contemporânea. Em tempos recentes tem-se verificado que a mulher ocidental tem vindo a rarear as suas experiências gravídicas, existindo cada vez mais mulheres que não querem ter filhos, para quem não faz sentido serem mães e, como tal, não passam por esta experiência. Observa-se também que, em comparação com as décadas anteriores, as mulheres que optam pela maternidade decidem ter menos filhos. Longe estão os dias do “baby-boom” do pós-guerra. Desde os anos 60 e 70 do Século XX, assiste-se à acentuada redução das taxas de natalidade. Todavia, a mudança de mentalidades relativamente à paridade acarreta também alterações no que diz respeito às vivências do período gravídico e ao respectivo projecto de maternidade. Com efeito, a gravidez é cada vez mais planeada ou adiada em prol de inúmeras variáveis valorizadas pela mulher.

Leal (2001) afirma que de acordo com uma nova ordem teórico-conceptual, feminilidade e masculinidade são constructos sociais. Sendo conceitos mutantes

são, simultaneamente, produtores e produto de realidades em transformação. Assim, “na permanente ‘décalage’ que há entre o individual e o colectivo é provável que o acesso ao feminino e ao masculino, tal como definido num dado momento para um determinado grupo, seja uma tarefa difícil...” (p. 69). A conformidade aos modelos sociais em vigor é sempre individualizada através de um conjunto de mediações (familiares, grupos sociais) e de idiossincrasias próprias. “Do nosso ponto de vista, o feminino tal como o masculino constitui-se não por apoio de qualquer erogeneidade, mas na relação com o outro que, consistentemente, lhe atribui um género” (p. 68). Corroborando o atrás referido, masculinidade e feminilidade são qualidades sentidas por quem as possui como masculinas ou femininas, correspondendo tal a uma convicção que se alicerça não somente na biologia como também na infância, através das atitudes dos pais e da própria sociedade que são filtradas por este sistema familiar.

Considera-se que as características associadas à actividade e aos desempenhos que traduzem na prática a capacidade de afirmação pessoal e social dos indivíduos sejam consideradas como “femininas” ou “masculinas” (conforme o género) e que se considere, para ambos, em termos de mais e de menos, consoante essas características sejam mais marcadas ou estejam ausentes (Leal, 2001). Na mesma linha Badinter (1992) considera que, as sociedades ocidentais contemporâneas privilegiam a relação de semelhança entre os sexos como nenhuma sociedade anterior o pôde fazer. Por isso, homens e mulheres tendem cada vez mais para um modelo único.

Sobre a maternidade

Nas palavras de Giddens (1991, in Sher & St Lawrence, 2000) o aumento de oportunidades que o indivíduo em sociedade tem conhecido na era contemporânea está a “encerrar aquilo que se considerou como o mundo natural”, uma vez que os eventos naturais estão a ser progressivamente inseridos em sistemas, tornando o biológico cada vez mais social. Por estas razões, a maternidade é um exemplo fulcral de tais mutações. A mulher pode tornar-se mãe sem ter que recorrer a relações sexuais com um homem ou pode gerar um filho sem que o óvulo tenha sido seu ou, mesmo, sem que o embrião na sua barriga possua qualquer do material genético do casal que o vai criar; a mulher pode ter um filho cuja gestação é desenvolvida no útero de outra mulher e pode ultrapassar os timings do seu relógio biológico, através da congelação de óvulos. De outro(s) modo(s), a mulher pode exercer um conjunto diversificado de actividades maternas proactivas tendo ou não como resultado “um filho seu” e, no entanto, mesmo na ausência de um filho seu, sentir que exerce a sua função materna. A época Pós-Moderna, com as suas mutações e fragmentações, dotou a maternidade de novos significados. O conceito de maternidade contemporâneo inclui um vasto reportório de actividades e processos que podem, ou não, envolver práticas tradicionais de conceber, dar à luz ou criar.

Ao longo da história considerou-se ser necessário reprimir o feminino para salvar e fazer prevalecer o materno, assegurando, por via deste artefacto social, o controlo da maternidade. Ser mulher esgotava-se então na demanda da maternidade. Como nos indica Badinter (1986), só em tempos recentes é que foi possível dissociar a feminilidade da maternidade. Para tal, em muito contribuíram os estonteantes desenvolvimentos das últimas décadas já que, com eles, a mulher ficou investida da capacidade de controlar o seu corpo (materno), através do desenvolvimento de métodos anti-concepcionais, e viu-se possibilitada a ascender a lugares profissionais e sociais que até então estavam reservados aos homens.

Desta forma, “feminino” e “materno” são duas (id)entidades distintas podendo assumir-se como dois eixos de afirmação da mulher. Matos, Leal, e Ribeiro (2000) defendem que à dimensão feminina está associada uma dinâmica de investimento em domínios da sua esfera pessoal – investimento na própria, no desenvolvimento das suas capacidades e realização pessoal, nomeadamente nos aspectos intelectual e profissional, na auto-imagem, na sexualidade, no corpo, na gravidez, entre outros – no cômputo geral, actividades e desempenhos que na prática traduzem a capacidade de afirmação pessoal e social. Sem embargo, esta capacidade de afirmação pessoal e social, deverá ser denominada de feminina ou masculina consoante o género a que pertence o indivíduo. À dimensão materna correspondem investimentos centrados no outro, no seu desenvolvimento e realização, ao nível físico, social, emocional, afectivo, intelectual, entre outros aspectos, cujo primordial objectivo se centra na contenção e promoção, a jusante das suas próprias necessidades e desejos. A designação de materno ou paterno dependerá exclusivamente do género e não da natureza das suas actividades ou performances.

Mães prematuras – Bebés pré-termo

Uma mulher sofre abrupta e inesperadamente um parto prematuro. Com o precipitar destes acontecimentos de vida nasce uma nova díade: mãe prematura – bebé pré-termo.

Constata-se que os estudos que versam a génese do nascimento prematuro são fundamentalmente conduzidos com recurso a um “prisma materno”, observando e analisando os factores maternos (saúde física e psicológica da mulher) implicados no devir do parto pré-termo. Deste modo, as mães prematuras têm sido observadas, estudadas, analisadas, enfim, têm constituído o ponto de partida e o ponto de chegada para a compreensão deste acontecimento de vida do seu ciclo reprodutor. A busca de factores etiopatogénicos tem incidido sobre as condições orgânicas, psicológicas, psicossociais e ambientais da mãe prematura [Academia Americana de Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia (1998); Amon (1989); Behrman & Shiono, in Fanaroff & Martin (2002); Brazelton (1992); Cloherty (1985, cit. Paul, 1992); Demyttenaere & Maes (1995); Goldberg & DiVitto (1995); Harlow & Spencer (1999, in Rennie & Robertson, 1999); Justo (1990); Klaus & Fanaroff (1982); Kreisler & Soulé, in Lebovici et al.

(1995); Mamelle Mamelle & The PPPB Study Group (2001); O'Brien, Soliday, & McCluskey-Fawcet (1995); Omer, Friedlander, & Palti (1986a,b); Paarlberg, Marieke, & Vingerhoets (1995); Roberts, Morrison, Perry, Floyd, McLaughlin, & Fox (1995); Rosenblatt (1997); Rutter, Quine, & Chesham (1993)].

Se se procurasse integrar a informação resultante destas diferentes abordagens sobre a vivência psicológica de uma mulher em risco de parto prematuro, era possível observar que estas grávidas são mulheres cuja história pessoal revela a morte precoce da mãe, uma má aceitação da puberdade e a existência de problemas ginecológicos na adolescência. Demonstram ser psicologicamente mais imaturas e mais vulneráveis, assumindo que a gravidez conflitualiza com a sua carreira profissional. Revelam estar mais insatisfeitas com a sua vida pessoal, com a sua vida sexual e com o seu corpo. Sentem-se também menos apoiadas pelo seu companheiro, família e amigos. Respondem a situações de ameaça com mecanismos defensivos intelectuais ou obsessivos.

No que diz respeito à vivência da gravidez propriamente dita, apresentam atitudes negativas face ao processo gravídico e à maternidade, traduzidas por dúvidas em relação à gravidez e ao desejo de ter o bebé. Observa-se uma tendência para a negação do estado gravídico e um maior número de sentimentos negativos associados à gravidez, atingindo por vezes a hostilidade e a rejeição inconsciente daquela gestação. A relação empobrecida com o bebé é reflectida por um diálogo menos satisfatório entre mãe e feto. Embora estas grávidas sofram uma maior incidência de abortos espontâneos, de interrupções voluntárias da gravidez e de anteriores partos prematuros, não raras vezes recusam a vigilância médica durante o período gravídico ou não cumprem com rigor as indicações médicas prescritas. São mulheres que investem pouco na gravidez, estando patente uma maior apreensividade quanto ao trabalho de parto, ao nascimento do bebé e à vida futura com a criança.

Sobre a personalidade

Desde a Antiguidade Grega que se tem procurado entender e descrever aquilo que se entende por “personalidade”. Se este esforço tem norteado escritos de várias proveniências ao longo do desenvolvimento da humanidade, não menos verdade, é o esforço empreendido para compreender os mecanismos e as ligações entre personalidade e saúde.

Um descendente directo da Teoria dos Traços é o Modelo dos Cinco Factores, modelo em que se alicerça teoricamente a actual investigação. McCrae e John (1992, p. 175) definem Modelo dos Cinco Factores como: “uma organização hierárquica dos traços da personalidade em termos de cinco dimensões básicas: Extroversão (E), Amabilidade (A), Conscienciosidade (C), Neuroticismo (N) e Abertura à Experiência (O)”.

De acordo com Lima (1997), os estudos longitudinais abrangendo amostras de largas centenas de homens e mulheres (constituem exemplos: Normative Aging

Study – Costa & McCrae, 1976, 1977, 1978; e, Baltimore Study of Aging – Schaie, 1983) sugerem que as dimensões da personalidade revelam pouca mudança na idade adulta e que se dão mudanças desenvolvimentais importantes até cerca dos 30 anos. Os estudos longitudinais, baseando-se em escalas psicométricas para medir os traços da personalidade, apresentam um quadro claro de estabilidade da personalidade ao longo do ciclo de vida do adulto.

METODOLOGIA

Foi implementado um desenho de investigação transversal, exploratório, descritivo. Tratando-se ainda de um estudo observacional, não se justifica a formulação de hipóteses pelo que o principal objectivo da investigação consistiu em identificar o perfil factorial da personalidade de mães prematuras.

O Inventário da Personalidade NEO-Revisado (NEO-PI-R) foi o instrumento escolhido para medir a estrutura factorial da personalidade das mães prematuras. Este inventário encontra-se aferido para a população portuguesa (Lima, 1997).

O segundo instrumento inserido no protocolo de avaliação, o Questionário de Caracterização da Amostra, foi construído no intuito de recolher dados de cariz demográfico e etiológico, em torno de 3 grandes eixos de informação: (1) a mãe prematura; (2) o seu parceiro e (3) a criança pré-termo.

Integraram a amostra trezentas e uma 301 mães prematuras, recolhidas em duas instituições de saúde da cidade de Lisboa.

Com recurso à caracterização sócio-demográfica da amostra é possível traçar um primeiro esboço da mãe prematura. É uma mulher com vinte e nove anos, casada, que coabita com o marido e restante família nuclear nas áreas limítrofes da Grande Lisboa. Estudou cerca de dez anos, é profissionalmente activa e tem como parceiro um homem que, em média, tem menos anos educativos e exerce uma profissão menos diferenciada do que a própria. O quadro infra caracteriza percentualmente esta descrição:

Quadro 1

Caracterização sócio-demográfica da amostra

	Participantes
Idade	$M=29,07$ (17-46 anos)
Estado civil	86,05% casadas
Raça	79,07% caucasianas
Coabitação	89,03% habitam com parceiro
Habilitações literárias	$M=10,35$ (3-20 anos)
Rendimento familiar bruto (mensal)	$M=1.669,13€$ (0,00-90 000,00€)

RESULTADOS

Recorrendo aos dados clínicos da amostra é possível continuar a ampliar a nossa visão sobre as mães prematura. Tinha cerca de 28 anos aquando do

nascimento do filho pré-termo e eram maioritariamente primíparas (67,12%). Trabalharam durante a gravidez (77,74%), exercendo actividades que requeriam esforço físico, porém, o diagnóstico de “gravidez de risco” atingiu apenas 31,89% da amostra. Durante o período gravídico tiveram que ser submetidas a um ou mais períodos de repouso absoluto (41,52%), sendo que estes antecederam muitas vezes o parto prematuro. Das mulheres que não eram primíparas, 23,23% já tinham outro filho, também ele nascido prematuramente. Embora tendo planeado (64,12%), desejado (95,68%) e vigiado (95,59%) a gravidez, registaram-se algumas tentativas de IVG (11,76%). Evidenciaram-se alguns tipos de doença crónica anteriores à gravidez (12,95%). Durante a gravidez sofreram um acontecimento de vida traumatizante (12,29%) e incidentes traumáticos (9,30%). Fumavam durante a gravidez (21,60%) e consumiam substâncias tóxicas (4,32%). O desfecho do período gravídico deu-se maioritariamente com recurso ao parto por cesariana (66,77%), levando ao nascimento de um bebé prematuro com peso médio à nascença de 1.647,90 gr. e 31,63 semanas de gestação.

Descritas as variáveis demográficas e clínicas inerentes à caracterização da mãe prematura, cabe apresentar as variáveis psicológicas, isto é, o perfil de personalidade da mãe prematura.

O primeiro resultado a assinalar prende-se com o rasto de alterações estaticamente significativas encontradas no perfil da mãe prematura. Ao nível factorial observaram diferenças significativas em 2 dos 5 factores e ao nível das facetas, 15 das 3 facetas apresentam também alterações significativas.

As variáveis psicológicas traçam um perfil de personalidade evidenciado pela elevada extroversão (E; $p=0,0001$) e baixo neuroticismo (N; $p=0,0001$). Assim, a mãe prematura revela ser pouco hostil (N2; $p=0,0001$), pouco deprimida (N3; $p=0,0001$), pouco vulnerável (N6; $p=0,02$) e menos auto-consciente (N4; $p=0,02$). É mais assertiva (E3; $p=0,0001$), mais activa (E4; $p=0,0001$) e revela mais emoções positivas (E6; $p=0,0001$). Valoriza pouco a estética (O2; $p=0,01$) e as acções (O4; $p=0,02$), mas revela mais ideias (O5; $p=0,0001$) e mais valores (O6; $p=0,04$). É altruísta (A3; $p=0,04$), auto-disciplinada (C5; $p=0,002$), mas pouco deliberada (C6; $p=0,03$), atribuindo pouca importância ao dever (C3; $p=0,0001$).

Tratando-se de um “ser” e não de um “estar”, desenha-se a imagem de uma mulher cuja dinâmica de funcionamento psicológico é caracterizada pela exteriorização, um registo marcado de “dentro para fora” veiculado através de um assinalável espaço de afirmação do feminino. Num primeiro momento, perante a robustez de tal estrutura feminina e a sua marcada dinâmica de funcionamento, poder-se-á interrogar sobre a dimensão e localização da instância do materno. Seguidamente pretende-se analisar este aparente “jogo de forças” entre as dimensões do feminino e do materno na mulher que é mãe prematura.

Quadro 2

Caracterização do perfil factorial de personalidade da amostra (N= 301)

Escalas	Valor normativo	Média amostra	Desvio padrão amostra	T
N – NEUROTICISMO	98,7	95,12	15,55	3,98****
N1 – Ansiedade	20,3	20,25	3,93	0,21
N2 – Hostilidade	14,9	14,05	3,57	4,10****
N3 – Depressão	16,9	15,88	4,40	4,00****
N4 – Auto-consciência	16,7	16,22	3,62	2,32*
N5 – Impulsividade	15,8	15,67	3,54	0,63
N6 – Vulnerabilidade	13,7	13,20	3,60	2,41*
E – EXTROVERSÃO	103,3	107,0	13,79	4,65****
E1 – Caloroso	21,8	21,86	3,35	0,33
E2 – Gregariedade	16,5	16,30	4,21	0,79
E3 – Assertividade	13,2	14,50	3,33	6,81****
E4 – Actividade	16,9	17,60	3,28	3,69****
E5 – Procura Excitação	16,6	16,36	3,98	1,04
E6 – Emoções Positivas	18,1	20,47	3,96	10,36****
O – ABERTURA A EXPERIÊNCIA	106,7	107,13	15,19	0,50
O1 – Fantasia	17,0	17,38	4,11	1,63
O2 – Estética	20,3	19,68	4,18	2,55*
O3 – Sentimentos	19,3	19,49	3,44	1,00
O4 – Acções	16,2	15,78	3,11	2,32*
O5 – Ideias	16,3	17,18	4,49	3,40***
O6 – Valores	17,5	17,81	2,75	2,00*
A – AMABILIDADE	121,8	121,77	14,76	0,03
A1 – Confiança	18,5	18,74	3,787	1,12
A2 – Rectidão	19,5	19,47	3,37	0,13
A3 – Altruísmo	22,3	22,69	3,34	2,05*
A4 – Complacência	19,3	19,03	3,68	1,27
A5 – Modéstia	20,5	20,55	3,12	0,31
A6 – Sentimental	21,5	21,75	2,92	1,51
C – CONSCIENCIOSIDADE	120,0	119,28	15,25	0,81
C1 – Competência	19,7	19,84	3,02	0,81
C2 – Ordem	19,4	19,77	4,07	1,60
C3 – Dever	23,2	22,36	3,27	4,40****
C4 – Realização	19,7	19,84	3,08	0,83
C5 – Auto-disciplina	19,2	19,81	3,49	3,05**
C6 – Deliberação	18,4	17,89	3,92	2,26*

Nota. $p < 0,0001$ – ****; $p < 0,001$ – ***; $p < 0,01$ – **; $p < 0,05$ – *; $p > 0,10$ – NS.

DISCUSSÃO

Em posse dos dados provenientes do estudo é-nos possível começar a responder à pergunta: Quem é a mãe prematura? É uma mulher ajustada do ponto de vista psicológico e que reúne um aglomerado de dimensões pessoais valorizadas pela sociedade contemporânea. Na verdade, não se vislumbra qualquer tendência psicopatológica num perfil que, antes pelo contrário, espelha de forma consistente a robustez da sua saúde mental. Não se desvenda qualquer indício de neuroticismo. Ao invés, revelam ser manifestamente pouco neuróticas (significativamente menos neuróticas que a população feminina em geral). Revelam ser igualmente mais extrovertidas, demonstrando estar bem consigo próprias e com a vida que levam, erguendo-se neste plano mais um argumento justificativo da ausência de psicopatologia. Face ao exposto, o presente estudo contraria algum material constante da bibliografia, como por exemplo Omer, Friedlander, e Palti (1986a) e Rychmachevsky (1990) que indicam traços de marcada psicopatologia.

Ainda no que diz respeito à incidência de duas dimensões psicopatológicas frequentemente elencadas pela literatura, a ansiedade e a depressividade há que afirmar de forma clara que as mesmas assumem exclusivamente dimensões de estado (de ansiedade e/ou depressividade). Na esfera do “ser”, os resultados ilustram que não são mulheres ansiosas ou deprimidas. Inclusive a mãe prematura é menos deprimida que a “mulher portuguesa em geral”.

Analisando a personalidade enérgica destas mulheres implica assinalar que os mesmos farão com que a redução na mobilidade que uma gravidez acarreta, nomeadamente no último trimestre, será sentida por estas como impeditiva ou, na melhor das hipóteses, redutora da sua necessidade de funcionar plenamente. Tal como se constata na intervenção clínica com esta população, a duração da gravidez é sentida como muito duradoura ou demasiado prolongada no tempo. Sendo a actividade um factor intrínseco ao bem estar da mãe prematura, a inactividade ou os momentos de paragem necessários ao processo gravídico assemelham-se a momentos exasperantes. Não se pretende com isto dizer que a mulher (que posteriormente vem a ter um filho prematuro) não queria ser mãe ou não queria ter o bebé. O filho, enquanto tal, é desejado; a gravidez, enquanto estado, nem por isso. Com efeito, são mulheres com projectos de maternidade bem definidos e que desejam ser mães. Contudo, para estas mulheres o estar grávida não assume qualquer dimensão de valorização pessoal ou social, antes pelo contrário. Porque obstaculiza algumas das suas actividades e projectos, o “estar grávida” é sentido como uma condição que limita a expressão plena do “ser mulher”. Por esta razão, e tal como também se observa na clínica psicológica, estas grávidas aspiram pelo final do período gravídico.

Um outro resultado merece ser objecto de detalhe. Embora a caracterização sócio-demográfica, especificamente a variável habilitações literárias, evidencie que não se trata de um conjunto de mulheres particularmente diferenciado, registou-se uma média de habilitações literárias e profissionais (classificada através da Classificação Nacional de Profissões) superior à dos parceiros. Mais ainda, revelam uma taxa de ocupação profissional durante a gravidez que se eleva a 77,74%. Estas performances remetem para um nível de actividade incontornável e traduzem um notório investimento na esfera do desenvolvimento profissional e do desenvolvimento pessoal (educativo, cognitivo). Na mesma linha de raciocínio, e confirmando a valorização profissional por parte de grávidas em risco de parto pré-termo, Herms (1982, cit. De Muylder, 1990) verificou que estas mulheres demonstram ter um conflito entre a gravidez e a carreira profissional.

Uma estrutura de personalidade caracterizada por uma forte presença do feminino, associada à marcada dinâmica de exteriorização, dos consequentes níveis de actividade, fazem emergir uma presumível incompatibilidade de elaboração do período gravídico até ao seu termo. As mães observadas parecem excessivamente (pre)ocupadas com a sua afirmação pessoal e demasiadamente orientadas em função da sua participação social. Ora, com o avançar da gravidez, o bebé vai debilitando as reservas físicas e psíquicas da mãe, alterando a sua

mobilidade e acentuando as transformações do seu corpo. Se o investimento da mulher vai no sentido da plenitude da vivência gravídica, como forma de afirmação pessoal e social, estas alterações bio-psicológicas são sentidas por ela como fazendo parte de um todo sobejamente mais vasto e mais importante: “ser mulher”. Por outro lado, e em estreito paralelismo com o perfil da amostra, se a postura dominante se rege pela afirmação pessoal e social dos seus atributos femininos, as transformações da gravidez constituir-se-ão como uma espécie de handicap físico e psicológico à sua dominância social.

Cabe ainda referir que o perfil de personalidade obtido com mães prematuras, revela não ser único. Estudos anteriores, suportados em amostras recolhidas com mulheres que se encontravam em diferentes etapas do ciclo reprodutor (Cabeças, 2000; Cabral, 2001), apontam para perfis reveladores de uma notável semelhança. Na comparação estabelecida entre o perfil da actual amostra e o perfil obtido com uma amostra de mulheres com história clínica de infertilidade (Cabral, 2001), destaca-se um conjunto assinalável de alterações comuns ao nível das seguintes facetas: Hostilidade, Depressão, Assertividade, Ideias, Valores, Altruísmo e Auto-disciplina. Por seu turno, no segundo estudo cujo perfil de personalidade foi obtido com recurso a uma amostra de mulheres que sofreram uma interrupção involuntária da gravidez (Cabeças, 2000), as dimensões registadas apresentam igualmente pontos de forte concordância com o perfil da amostra de mães prematuras. O nível de similitude registado entre perfis permite alvitrar a existência de uma ligação conceptual ou teórica entre as três amostras (mulheres que sofreram um parto prematuro, mulheres inférteis e mulheres que sofreram uma interrupção involuntária da gravidez), assente, essencialmente, no facto de estar sempre em causa um aspecto da saúde reprodutora da mulher.

Relativamente aos estereótipos sociais do género, Lima (1997) refere que as mulheres têm tendencialmente maiores pontuações de Neuroticismo do que os homens, conferindo a este factor uma atribuição de “característica feminina”. Porém, as mães prematuras registam um posicionamento antagónico na medida em que revelaram ser menos neuróticas que a população feminina portuguesa, com valores muito próximos dos verificados na população americana. Assim, assumem um acentuado distanciamento face ao que socialmente se poderia designar como “característica feminina”. Mais ainda, verifica-se que as facetas que emergiram com diferenças significativas reforçam a noção acima exposta (menos deprimidas, menos vulneráveis, menos hostis e com menos auto-consciência), não parecendo residir neste factor qualquer resquício de uma identidade feminina impregnada pelo estereótipo social do género feminino.

Costa e McCrae (cit. Lima, 1997) advogam que tanto a masculinidade quanto a feminilidade se encontram enraizadas no factor de Extroversão. De acordo com os autores do NEO-PI-R a masculinidade encontra-se associada a facetas mais activas e dominantes enquanto que a feminilidade estaria associada às facetas afiliativas, emocionais e vinculativas. Com base nesta dicotomia, as mães prematuras, embora possuindo alguns traços femininos,

seriam designadas como predominantemente “masculinas”. Fazendo uma vez mais eco das palavras de Lima (1997, p. 336): “As mulheres são no que concerne aos domínios, mais neuróticas e amáveis e menos extrovertidas do que os homens. Em relação às facetas, são mais ansiosas, sinceras e altruístas do que os homens, enquanto estes são mais assertivos, procuram mais a excitação e são mais abertos a novas ideias”. Segundo a mesma autora, os perfis que emergem do NEO-PI-R são comprovados por alguns estudos sociológicos portugueses, como é o caso de Cabral (1993, cit. Lima, 1997) que refere que os valores em que assentam o “perfil moderno” (entendendo-se por perfil moderno um perfil caracterizado pela actividade, materialismo e necessidade de realização) são mais altos para os homens do que para as mulheres. Em suma, a mãe prematura revela uma estrutura que em termos da dicotomia “feminino-masculino”, poderá ser designada como “masculina” ou situada próximo dos valores masculinos do “perfil moderno”.

Relativamente à dimensão materna, a estrutura evidenciada pela mãe prematura leva a crer que a sua atitude afiliativa, a preocupação e protecção proactivas, a afectuosidade e a dedicação manifestada ao outro, enquadram-se naquilo que se tem vindo a entender como percursos de um projecto de maternidade bem sucedido, em que não só se deseja ter um filho mas se deseja, antes de mais, ser mãe. Nesta óptica, só se pode concluir que estas mulheres reúnem um conjunto de traços de personalidade que vão ao encontro do que em tempos recentes se tem procurado inscrever no “ser mãe”. Assim, contrariando o “discurso de culpabilização materna” prevalecente até há pouco tempo no seio da psicologia segundo o qual a busca de determinadas características maternas fazia prever, numa óptica psicoprofiláctica, a identificação de uma “má mãe” ou de uma “mãe menos boa”, aqui, não só se está a operar um distanciamento conceptual entre tais perspectivas e práticas, como inclusivamente se vem afirmar que o facto de uma mulher ser mãe prematura não pode levar à suposição de que tal acontecimento foi precipitado pela mesma ser má (ou menos boa) mãe ou por reunir um conjunto de características do foro psicopatológico.

Para concluir, há que reenquadrar algumas formulações constantes da literatura a respeito da etiologia do parto prematuro. Este acontecimento de vida tem de ser compreendido à luz de um interface estabelecido entre os mecanismos bio-fisiológicos do ciclo reprodutor da mulher, as dimensões psicológicas inerentes ao “ser mulher” e ao “ser mãe” e os contextos da sua vida em sociedade.

CONCLUSÕES

As interrogações inicialmente formuladas: “Quem é a mãe prematura?”, “Como será como mulher?” e “Como será como mãe?”, quando confrontadas com as conclusões do presente estudo, encontram resposta à luz de uma nova ordem de saberes.

Da identificação da estrutura de personalidade da mãe prematura ressalta um perfil de personalidade “polarizado”. Por outras palavras, num dos pólos evidencia-se um forte domínio de Extroversão e, no outro, um ténue domínio de Neuroticismo. Este perfil revelou uma notável consistência, não tendo genericamente sido objecto de alterações significativas quando submetido a comparações entre subconjuntos da amostra (reunidos em função de determinadas variáveis clínicas ou sócio-demográficas).

O perfil identificado espelha a robustez da saúde mental da mãe prematura. Não se desvenda qualquer indício de neuroticismo. Ao invés, revelam ser significativamente menos neuróticas que a população feminina em geral. São também mais extrovertidas, demonstrando estar bem consigo próprias e com a vida que levam. Não foram anotados indícios de depressividade ou ansiedade estruturais, situando-se os valores da amostra abaixo dos normativos. Os argumentos apresentados sustentam assim a assumpção de uma ausência de psicopatologia por parte da mãe prematura. Antes pelo contrário, estas mulheres são ajustadas do ponto de vista psicológico e adaptadas do ponto de vista social, reunindo um aglomerado de dimensões pessoais valorizadas pela sociedade contemporânea. Assim é lícito concluir-se que se está perante um conjunto de mulheres que “estão bem como estão” e “agradadas com a vida que levam”.

Constata-se que, no cômputo geral, o perfil de personalidade se desenquadra da cultura personológica nacional. O perfil de personalidade representativo da população portuguesa caracteriza-se, em regra, por valores mais elevados de Ansiedade, Depressão, Vulnerabilidade e Estética e por valores mais baixos de Assertividade, Emoções Positivas, Valores, Auto-disciplina e Competência. A amostra evidenciou uma estrutura de personalidade que, na essência, inverte a tendência ora enunciada.

As facetas que emergiram com resultados significativos desenham a imagem de uma mulher com uma dinâmica psicológica caracterizada pela exteriorização, assumindo, naturalmente, um registo de “dentro para fora”. Veículo da sua afirmação pessoal, a exteriorização cria em seu redor um assinalável espaço de expressão do feminino. A dimensão desta afirmação pessoal é de uma importância vital. No entanto, em conformidade com a caracterização de género patente no NEO-PI-R, estas mulheres seriam consideradas como “masculinas”. Porém, esta leitura não corresponde à realidade. Os traços de personalidade mais emblemáticos, a assertividade, dominância e actividade que a caracterizam não fazem dela uma mulher masculina. Fazem dela, sim, uma mulher predominantemente feminina.

À partida, a predominância de uma estrutura personológica marcadamente feminina, conjugada com tal afirmação pessoal e social, potencia um jogo de forças entre as dimensões do “Feminino” e do “Materno” o que, a ser verdadeiro, poderia constituir motivo de preocupação. Porém, esta é uma falsa questão. Nos seus recursos estruturais, o “Materno” existe – o “Feminino” impera. A este propósito, reconhece-se que a atitude afiliativa, a preocupação e protecção

proactivas, a afectuosidade e a dedicação manifestada ao outro – todas elas características próprias da mãe prematura – enquadram-se no que se entende serem as linhas precursoras de um projecto de maternidade bem sucedido. Assim, se é possível prever que a mãe prematura reúne um conjunto de traços que fazem antecipar que seja uma mulher ajustada às vivências maternas. Deixando para trás os discursos de “culpabilização materna”, prevaletes até há pouco tempo no seio da psicologia, segundo os quais uma má (ou menos boa) mãe gera um filho prematuro. Assume-se assim, a desactualização de tais escritos, afirmando-se que não existe nenhuma “falha materna” nem tão pouco o seu perfil de personalidade evidencia tratar-se de “uma mãe menos boa”.

Em relação ao período gestacional, o perfil da personalidade registado apresenta-se como factor de risco para a prossecução de uma gravidez de termo. Com efeito, quando a mulher se confronta com limitações físicas e psíquicas decorrentes da gravidez, admite-se que tais se revelem dolorosas para quem necessita de estar ocupada e para quem a afirmação pessoal e social não passa pelo deambular vagaroso, em exibição de uma barriga redondinha. São mulheres que privilegiam o desenvolvimento pessoal, social e profissional, o qual conflitua com as características inerentes ao período de gestação fisiológica e emocional. Perante esta estrutura de personalidade, é lícito concluir que as mães prematuras serão boas mães, contudo, menos boas grávidas.

Por último, e em termos psicoprofilácticos, a identificação do perfil de personalidade revela ser de importância primordial, na medida em que permitirá uma intervenção psicológica com grávidas em risco de parto pré termo ou em risco de vir a estar nessas condições. Numa óptica da prevenção primária, o perfil de personalidade permitirá identificar atempadamente quais as gestantes que poderão revelar dificuldades na contenção da gravidez até ao seu termo. Nestes contextos a intervenção psicológica em sede hospitalar ou de saúde pública, ao facultar uma compreensão mais detalhada das dimensões do feminino e do materno ao longo do ciclo de vida, afigura-se fundamental para a prossecução de uma gravidez de termo.

REFERÊNCIAS

American Colleges of Pediatrics, gynecology and obstetrics (1998). *Guidelines for perinatal care* (4th Ed.). Washington: American College of Pediatrics.

Amon C. (1989). Obstetric variables predicting the survival of immature newborn (= <1000gr.). *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 156, 1380-1385.

Badinter, E. (1986). Um é o outro. Lisboa: Relógio d'Água.

Badinter, E. (1992). X Y Identidade masculina. Porto: Edições Asa.

Botelho, T.M., & Leal, I. (2001). *Personalidade Materna e Prematuridade*. Lisboa: Edições SNR.

Botelho, T., Ribeiro, J.L., & Leal, I. (2002). In search of a personality profile of pre-term mothers. In I. Leal, T. Botelho, & J.L. Ribeiro (Eds.), *Proceedings from the 16th conference of*

the european health psychology society "Health through the life cycle: A Life span perspective. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Brazelton, T.B. (1992). *Tornar-se Família: O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento.* Lisboa :Terramar.

Cabeças, M.J. (2000). *Personalidade e aborto recorrente. Estudo monográfico.* Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Cabral, I.P. (2001). *Infertilidade feminina e personalidade.* Dissertação de mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Canavarro, M.C. (Coord.). (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade.* Coimbra: Quarteto Editora.

Choi, P., Henshaw, C., Baker, S., & Tree, J. (2005). Supermum, Superwife, supereverything: performing femininity in the transition to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 23*(2), 167-180.

Colman, L.L., & Colman, A.D. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica.* Lisboa: Edições Colibri.

De Muylder, X. (1990). Etiologie du travail prématuré: Quel est le rôle des facteurs psychologiques. *Journal de Genecologie et Biologie Reproductive, 19*, 77-82.

Demyttenaere, K., & Maes, A. (1995). Coping style and preterm labor. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 16*(2), 109-115.

Fanaroff, A.A., & Martin, R.J. (Eds.). (2002). *Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the fetus and infant* (7th ed., vol. I). Missouri: Mosby Inc.

Goldberg, S., & DiVitto, B. (1995). Parenting children born prematurely. In M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting* (vol. I, pp. 209-230). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Justo, J. (1997). Os bebés prematuros, as mães deles e os psicólogos de quem eles precisam. *Psicologia: Teoria, investigação e prática, 2*, 307-332.

Kreisler, L., & Soulé, M. (1995). L'enfant prématuré. In S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulé (Eds.), *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent* (pp. 1893-1915). Paris: Presses Universitaires de France.

Leal, I. (2001). O Feminino e o Materno. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 51-74). Coimbra: Quarteto Editora.

Lima, M.P. (1997). *NEO-PI-R: Contextos teóricos e psicométricos. "Ocean" ou "Iceberg"?* Dissertação de Doutoramento. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra.

Mamelle, N., & The PPPB Study Group (2001). Psychological prevention of early pre-term birth: A reliable benefit. *Biology of the Neonate, 79*(3/4), 268-273.

Matos, I., Leal, I., & Ribeiro, J.L.P. (2000). Validação preliminar de uma escala de feminino/materno. *Psicologia, Saúde e Doenças, 1*(1), 69-71.

McCrae R.R., & John O.P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality, 60*(2), 175-210.

O'Brien, M., Soliday, E., & McCluskey-Fawcett, K. (1995). Prematurity and the neonatal intensive care unit. In M.C. Roberts. *Handbook of Paediatric Psychology* (2nd ed., pp. 463-477). New York: The Guilford Press.

Omer, H., Friedlander, D., & Palti, Z. (1986a). Life stresses and premature labor: Real connection or artificial findings? *Psychosomatic Medicine, 48*(5), 362-369.

Omer, H., Elizur, Y., Friedlander, D., & Palti, Z. (1986b). Psychological variables and premature labour: a possible solution for some methodological problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 30(5), 559-565.

Paarlberg, K., Marieke, M., & Vingerhoets, J. (1995). Psychosocial factors and pregnancy outcome: A review with emphasis on methodological issues. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(5), 563-595.

Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.

Roberts, W.E., Morrison, J.C., Perry, K.G., Floyd, R.C., McLaughlin, B.N., & Fox, M.D. (1995). Risk of preterm delivery from preterm labor in high-risk patients. *Journal of Reproductive Medicine*, 40(2), 95-100.

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

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

Rymachevsky, N.V., Kovalenko, V.M., Volkov, A.E., & Trufanova, O.K. (1990). The personality traits of pregnant women in health and disease. *Zhurnal-Nevropatologii- I- Psikhiiatrii-imeni-S. S.*, 90(5), 97-101.

Sherr, L., & St Lawrence, J. (Eds.). (2000). *Women, health and the mind*. New York: Wiley.