

UNIVERSIDADE DE LISBOA



**O PROCESSO DE METAMORFOSE DA MULHER ACIMA DOS
TRINTA E CINCO ANOS EM MÃE - UMA TEORIA ESPECÍFICA DA
SITUAÇÃO**

Maria Anabela Ferreira dos Santos

Orientador(es): Prof. Doutora Maria dos Anjos Pereira Lopes Fernandes Veiga
Prof. Doutora Maria Antónia Rebelo Botelho Alfaro Velez

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

2018

com a colaboração da



**O PROCESSO DE METAMORFOSE DA MULHER ACIMA DOS TRINTA E
CINCO ANOS EM MÃE - UMA TEORIA ESPECÍFICA DA SITUAÇÃO**

Maria Anabela Ferreira dos Santos

Orientador(es): Prof. Doutora Maria dos Anjos Pereira Lopes Fernandes Veiga
Prof. Doutora Maria Antónia Rebelo Botelho Alfaro Velez

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

Júri:

Presidente: Prof. Doutor Óscar Proença Dias

Vogais:

- Prof. Doutora Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim
- Prof. Doutora Teresa Maria da Conceição Joaquim
- Prof. Doutor Paulo Jorge Granjo Simões
- Prof. Doutora Sofia Cristina Pappámikail da Costa Marinho
- Prof. Doutora Maria Antónia Miranda Rebelo Botelho Alfaro Velez
- Prof. Doutora Célia Maria Gonçalves Simão de Oliveira

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria dos Anjos Pereira Lopes por ter aceite ser minha orientadora numa fase difícil da sua vida. A sua persistência e tenacidade, foram para mim um exemplo. Os seus ensinamentos, conselhos, saber, partilha, entusiasmo e dedicação tornaram possível a concretização deste projeto.

À Professora Doutora Maria Antónia Rebelo Botelho minha coorientadora, pelo apoio, empenho, orientação e disponibilidade prestados, mas em especial, por sempre ter acreditado em mim e ter viabilizado esta jornada.

Às participantes do estudo, que me abriram as portas de suas casas e da sua alma, e, de forma desinteressada partilharam as suas experiências de serem mães. Sem a sua colaboração este estudo não teria sido possível.

Às minhas colegas e amigas: Teresa, Isabel, Manuel e Zé pelo trabalho fastidioso, mas precioso de revisão do texto e pelas sugestões efetuadas; à Isabel por ter assegurado a regência do ensino clínico na minha ausência; às colegas de departamento, que me substituíram na lecionação no curso de licenciatura e de mestrado, a todos agradeço o incentivo e ajuda prestados.

À Presidência da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e respetivo Conselho Técnico Científico que me concederam as condições necessárias e indispensáveis à realização deste projeto.

Às funcionárias do Centro de Documentação e da Reprografia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa que se mostraram sempre disponíveis e incansáveis.

Ao Hospital Fernando da Fonseca e à equipa de enfermeiros dos serviços de consultas e internamento de Obstetrícia, que facilitaram o acesso às primeiras entrevistas.

À minha família, aos meus pais principalmente a quem devo ser quem sou, mas também a todas as mulheres da minha família, em particular à minha mãe, às minhas avó e tia-avó Teresas por me inculcaram o sentido de responsabilidade, de independência e do valor do esforço, a par com uma profunda e genuína crença de igualdade de género.

Aos meus filhos Manuel e Filipe a quem desejo transmitir um legado de perseverança, determinação nos valores de honestidade, lealdade, responsabilidade, independência,

igualdade e de trabalho para a consecução dos seus objetivos, obrigada pelo carinho, incentivo, ajuda e principalmente por darem sentido à minha vida.

RESUMO

A ocorrência da maternidade depois dos 35 anos é uma tendência que se tem vindo a observar nos países desenvolvidos, incluindo Portugal. Ser mãe neste extremo da vida reprodutiva implica riscos para a saúde, porque os órgãos em geral, e principalmente os reprodutores, encontram-se numa fase de declínio das suas funções. Contudo, uma maior maturidade psicológica associada a melhores condições sociais e de saúde, podem determinar resultados favoráveis. Este estudo pretende responder à questão de investigação “*Como se desenvolve o processo de transição para a maternidade depois dos 35 anos?*”. Tendo como finalidade “Compreender o processo de transição das mulheres em situação de maternidade depois dos 35 anos”, procurámos identificar os momentos-chave experienciado pelas mães depois dos 35 anos, as facilidades, dificuldades, estratégias, intervenções facilitadoras e os resultados da transição para o papel maternal. Afaf Meleis (2010) e Ramona Mercer (2004) foram as autoras que suportaram teoricamente o estudo. Como referencial metodológico recorreremos à perspetiva construcionista da Grounded Theory de Kathy Charmaz (2014). Para a recolha de dados utilizámos a entrevista semiestruturada, o método Photovoice e as notas de campo. Para a seleção das participantes, na amostragem inicial definimos critérios de inclusão, sendo posteriormente utilizada a amostragem teórica. Na análise dos dados foi utilizado o método das comparações constantes na codificação inicial, focalizada e teórica. Foram realizadas 26 entrevistas a 21 participantes, no hospital ou no domicílio das mulheres, com duração variável entre 30 a 120 minutos e recolhidas 35 fotografias de 6 participantes. Os resultados permitiram a construção de um modelo compreensivo da experiência de transição para a maternidade depois dos 35 anos, designado “Metamorfose em Mãe”, como um processo que integra as seguintes categorias: “Consciencializando o desejo de ser mãe”, “Escolhendo o momento certo”, “Confrontando-se com o lado obscuro”, “Cuidando de si” e “Ser outra”. Estas categorias foram-se desenrolando a par e passo com as fases do processo de transição, nomeadamente: surgimento do evento crítico, reestruturação de objetivos, consciencialização da vulnerabilidade associada à transição, recuperação através do reequilíbrio e compensação, reestruturação de comportamentos e responsabilidades e incorporação da identidade. Concomitantemente, a identidade das participantes foi sofrendo alterações ao longo do processo de transição, às quais denominámos de identidade questionada, identidade planeada, identidade ameaçada, identidade (re)valorizada, identidade aceite e identidade incorporada. As transformações nestas identidades surgiram da antecipação do papel

materno, da constatação da insuficiência do papel, da necessidade de suplementação e de clarificação do papel. Dos resultados salientamos as dificuldades experienciadas pelas mães por volta do 2º mês, que desocultaram um lado obscuro da maternidade, desconhecido das mães e ocultado pelas mulheres e, a necessidade de cuidarem de si para ultrapassarem essas dificuldades. As repercussões desta compreensão são discutidas ao nível da prática, da investigação e da docência.

Palavras-chave: Maternidade tardia, Transição, Identidade, Enfermagem, Teoria específica de situação.

ABSTRACT

The occurrence of motherhood after the age of 35 is a trend that has been observed in developed countries, including Portugal. Being a mother at this extreme of the reproductive life cycle poses risks to health, as the organs in general, and especially the reproductive ones, are in a phase of decline of their functions. However, greater psychological maturity associated with better social and health conditions, can determine favourable results. Thus, this study aims to answer the research question "How is the process of transition to motherhood developed after the age of 35?". With the purpose of "Understanding the transition process of women in maternity status after 35 years", we sought to identify the key moments experienced by mothers after the age of 35, the facilities, difficulties, strategies, facilitating interventions and the results of the transition to the maternal role. Afaf Meleis (2010) and Ramona Mercer (2004) were the authors who theoretically supported the study. As a methodological reference, we use Kathy Charmaz's Grounded Theory (2014) perspective. For the data collection we used the semi-structured interview, the Photovoice method and the field notes. For the selection of the participants, in the initial sampling we defined inclusion criteria, and later the theoretical sampling was used. In the data analysis we used the method of constant comparisons in the initial coding, focused and theoretical. Twenty-six interviews were carried out with 21 participants, in the hospital or at the women's home, with a variable duration of 30 to 120 minutes, and 35 photographs of 6 participants were collected. The results allowed the construction of a comprehensive model of the transition experience for motherhood after the age of 35, called "Metamorphosis in Mother", as a process that integrates the following categories: "Conscious of the desire to be a mother", "Choosing the moment right, "" Confronting the dark side, "" Caring for oneself, "and" Being another. " These categories were developed along with the phases of the transition process, namely: emergence of the critical event, restructuring of objectives, awareness of the

vulnerability associated to transition, recovery through rebalancing and compensation, restructuring of behaviours and responsibilities and incorporation of identity. At the same time, the identity of the participants was altered throughout the transition process, which we called questioned identity, planned identity, threatened identity, (re) valued identity, accepted identity and corporate identity. The transformations in these identities arose from the anticipation of the maternal role, the finding of insufficient role, the need for supplementation and clarification of the role. From the results we highlight the difficulties experienced by the mothers around the 2nd month, which exposed a dark side of motherhood, unknown to mothers and concealed by women, and the need to take care of themselves to overcome these difficulties. The repercussions of this understanding are discussed at the level of practice, research and teaching.

Keywords: Advanced maternal age, Transition, Identity, Nursing, Situation Specific Theory.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CLE - Curso de Licenciatura em Enfermagem

CMESMO - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FIGO - International Federation of Gynaecology and Obstetrics

FIV - Fertilização in Vitro

GT - Grounded Theory

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

ÍNDICE

1. MATERNIDADE APÓS OS 35 ANOS - PERSPETIVAS TEÓRICAS.....	18
1.1. O fenómeno da maternidade depois dos 35 anos: demografia e tendências.....	18
1.2. Mulher, maternidade e família: uma perspetiva histórica.....	22
1.3. O fenómeno da maternidade depois dos 35 anos: riscos e benefícios.....	32
1.4. Pesquisando a Evidência científica qualitativa da maternidade depois dos 35 anos	39
1.5. Enquadramento conceptual da enfermagem na maternidade depois dos 35 anos ...	41
1.5.1. Maternidade e Parentalidade.....	41
1.5.2. De mulher a mãe: a transição para a maternidade	43
2. METODOLOGIA.....	52
2.1. Introdução à Abordagem Metodológica: Questão de Investigação, finalidade e objetivos do estudo	52
2.2. Grounded Theory	53
2.2.1. Interacionismo Simbólico e Grounded Theory.....	54
2.2.2. Escolha da Grounded Theory Construcionista de Kathy Charmaz	54
2.3. Seleção dos Participantes	59
2.3.1. Amostragem Inicial e Amostragem Teórica	60
2.3.2. Critérios de seleção dos Participantes.....	61
2.3.3. Saturação teórica.....	65
2.3.4. Caraterização das Participantes.....	66
2.4. Métodos de Colheita de Dados.....	67
2.4.1. Entrevistas.....	67
2.4.2. Photovoice.....	70
2.4.3. Notas de Campo	74
2.5. Análise dos Dados	74
2.5.1. Codificação Inicial.....	76
2.5.2. Codificação Focalizada.....	77
2.5.3. Codificação Teórica.....	77
2.5.4. Memos e Diagramas	78
2.5.5. Tratamento e Análise de Dados: o uso de Software NVivo 11	79
2.5.6. Sensibilidade Teórica.....	81
2.6. Preconceções do Investigador	82
2.7. Fiabilidade do Estudo/ Critérios de avaliação do estudo	83
2.7.1. Credibilidade.....	83
2.7.2. Auditabilidade.....	84
2.7.3. Ajuste, Transferabilidade ou Ressonância.....	84
2.7.4. Originalidade.....	85
2.7.5. Utilidade.....	85
2.7.6. Estética.....	85
2.8. Considerações Éticas	86
3. O PROCESSO DE METAMORFOSE DA MULHER EM MÃE DEPOIS DOS 35 ANOS.....	88
3.1. Consciencializando o desejo de ser Mãe	88
3.2. Escolhendo o momento certo	90

3.3.	Confrontando-se com o lado obscuro da maternidade.....	96
3.4.	Cuidando de Si	108
3.5.	Ser Outra / Transformando-se	114
4.	DISCUSSÃO DOS ACHADOS	129
5.	FORMULAÇÃO DE TEORIA ESPECÍFICA DE ENFERMAGEM DO PROCESSO DE METAMORFOSE EM MÃE DEPOIS DOS 35 ANOS	180
5.1.	Descrição do processo / do fenómeno da maternidade tardia.....	180
5.2.	Definição dos Conceitos Estruturantes	185
5.3.	Enunciação dos postulados	187
6.	REPERCUSSÕES DO ESTUDO.....	189
7.	CONCLUSÕES	195
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	205

APÊNDICES:

Apêndice I - Perfil Sociodemográfico das Participantes

Apêndice II - Guião entrevista

Apêndice III - Verbatim de entrevista

Apêndice IV - Artigo “Photovoice as a method of data collection in the study of
motherhood over the age of 35: the power of images”

Apêndice V - Notas de Campo - Reflexões

Apêndice VI - Memo: “O não dito”

Apêndice VII - Memo e Diagrama “Amamentação papel agridoce da maternidade”

Apêndice VIII - Consentimento Informado

ANEXOS

Anexo 1 - Consentimentos Éticos:

Comissão de Ética da Escola de Enfermagem de Lisboa

Hospital Fernando da Fonseca

Comissão Nacional de Proteção de Dados

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Esquema do Desenvolvimento do Estudo (adaptado de Charmaz (2014, p. 18)	59
Figura 2 - Fases da seleção das participantes e do processo de análise dos dados	65
Figura 3 - Categoria “Consciencializando o desejo de ser Mãe” e respectivas Subcategorias	90
Figura 4 - Categoria “Escolhendo o momento certo” e respectivas Subcategorias.....	96
Figura 5 - Categoria “Confrontando-se com o lado obscuro da maternidade” e respectivas Subcategorias	108
Figura 6 - Categoria “Cuidando de Si” e respectivas Subcategorias.....	113
Figura 7 - Categoria “Ser Outra/ Transformando-se” e respectivas Subcategorias.....	126
Figura 8 - Categorias que integram o processo de Metamorfose em Mãe.....	127
Figura 9 – Relação entre as fases de transição e as teorias	128
Figura 10 - Metamorfose em Mãe depois dos 35 anos à luz da teoria das transições	130
Figura 11 - Alterações da identidade das participantes ao longo do processo de transição	131
Figura 12 - Modelo compreensivo que representa o processo de Metamorfose em Mãe depois dos 35 anos	182

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Taxa de fecundidade por grupo etário em Portugal.....	19
Quadro 2 - Taxa bruta de mortalidade e de natalidade Portugal.....	20

INTRODUÇÃO

As transformações sociais, históricas e políticas ocorridas nos últimos dois séculos determinaram alterações no posicionamento social dos indivíduos, manifesto nos papéis que desempenham e que lhes são atribuídos. As mudanças ocorridas, sobretudo no século XX, nomeadamente o conhecimento mais aprofundado do corpo humano, a descoberta dos métodos anticoncepcionais e dos meios de reprodução medicamente assistida, contribuíram para uma mudança de paradigma em que a mulher deixou de ter um papel passivo, de recetáculo e de incubadora de filhos que permitiram dar continuidade à família e à espécie, para passar a ter um papel ativo na reprodução. A mulher passa a poder controlar se quer ter filhos, quantos e quando. Nas sociedades desenvolvidas este empoderamento da mulher sobre o seu corpo e a sua fertilidade teve como consequência direta uma diminuição da natalidade, assim como um olhar mais atento sobre a maternidade e para as questões que a circundam. A maternidade nos extremos da vida reprodutiva – adolescência e idade avançada – constituem fonte de preocupação pelos desafios que originam: os primeiros porque os órgãos reprodutores e estrutura óssea ainda estão em processo de formação e a estrutura psicológica é ainda imatura; os segundos porque embora possuam uma maior maturidade psicológica, os órgãos em geral, e principalmente os reprodutores, encontram-se numa fase de declínio das suas funções (Nelson, Telfer, & Anderson, 2013). Porém, se a maternidade na adolescência tem sido alvo das políticas de saúde com programas específicos e campanhas de sensibilização para a diminuição da sua ocorrência e acompanhamento multidisciplinar das jovens mães, o mesmo não se verifica com a maternidade em idades avançadas.

As tendências demográficas na maioria dos países da OCDE revelam um declínio da fertilidade e um aumento da esperança de vida (OECD, 2011), com taxas de fertilidade abaixo dos 2,1, ou seja, o limiar necessário à reposição das gerações. Portugal segue a mesma tendência: em 1982 foi o primeiro ano em que o número médio de filhos por mulher passou para baixo do limiar da substituição de gerações, e, desde 1994 que persistentemente este índice se mantém abaixo do limiar de 1,5 filhos – valor considerado crítico para a sustentabilidade de qualquer população (Mendes et al., 2016). É na faixa etária dos 35 aos 39 anos que se tem verificado um maior crescimento observando-se um aumento da idade

média das mães, de 6,9% em 1981 para 24,9% em 2016 (INE, Pordata, 2017)¹, um fenómeno que tem sido pouco valorizado.

Contudo, os problemas decorrentes do adiamento da maternidade não são apenas um problema das mulheres. A formação das famílias é influenciada e modificada pelas mudanças políticas, económicas e sociais, e, em resultado das escolhas temporais de parentalidade dos casais, as populações europeias estão a diminuir e os padrões demográficos relacionados com a idade estão a alterar-se. As baixas taxas de fertilidade causam preocupações relacionadas com a oferta no mercado de trabalho e com as despesas dos governos em serviços de pensões, saúde e bem-estar (Daly & Bewley, 2013).

A tendência crescente da maternidade em idades cada vez mais avançadas (Carolan & Frankowska, 2011), por vezes próxima da menopausa e em alguns casos já depois desta, em todos os países desenvolvidos e que Portugal não é exceção, faz-nos pensar que este grupo etário será no futuro um grande consumidor de cuidados de saúde materna e obstétrica, com problemas cujas repercussões interferem no bem-estar das pessoas e por isso impõe-se-nos um olhar mais atento sobre este fenómeno.

Tornar-se mãe é dar início a uma viagem sem retorno. A irreversibilidade do processo torna-o único sendo assim uma decisão da maior importância que deve ser ponderada, avaliada e atempada. Para além da irreversibilidade do processo, a maternidade modifica as mulheres de um modo tão intenso, profundo e marcante, que as transforma noutras pessoas. Atrevemo-nos a dizer que divide o mundo feminino em duas partes: as que são mães e as que o não são. Para as primeiras, detentoras de uma identidade materna, a maternidade passa a ter o papel fundamental das suas vidas que determina e influencia todos os outros papéis e decisões, das mais simples e mundanas, às mais difíceis e complexas. Talvez pela consciência desta irreversibilidade e magnitude dum projeto desta natureza, as mulheres que decidem ser mães tardiamente são maioritariamente um grupo informado, com uma boa posição socioeconómica que está em crescimento nos países desenvolvidos (Carolan & Frankowska, 2011; Benzies et al., 2006).

Contudo, embarcar numa jornada desta envergadura, implica necessariamente um confronto com as nossas próprias crenças, atitudes e história de vida, porque todo o percurso, opções e asserções são produto de um diálogo constante do investigador com o tema, a bibliografia,

¹ <http://www.pordata.pt/Municipios/Nados+vivos+de+m%C3%A3es+residentes+em+Portugal+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio+da+m%C3%A3e-104>

a análise dos dados e as próprias conclusões. Estudar o fenómeno da maternidade depois dos 35 anos, remeteu-nos para a experiência das nossas próprias maternidades, embora tivessem ocorrido numa idade um pouco mais jovem (31 e 33 anos). Revisitar a própria experiência de maternidade, compará-la com a das participantes e com as teorias existentes acerca do tema, foi sem dúvida de incomensurável valor quando se tratou de analisar e compreender os significados que as participantes atribuíram à sua maternidade, ou seja, permitiu-nos de uma forma ativa a co-construção desses mesmos significados. Significados esses que nos possibilitaram compreender e desocultar o processo de transição e construção da identidade materna destas mulheres com mais de 35 anos.

A abordagem desta problemática foi, pelas razões invocadas, sentida por nós como uma necessidade, uma motivação e também um desafio.

Desde o início que nos deparamos com uma dificuldade: como apelidar estas mães? A literatura utiliza várias nomenclaturas como «mães idosas ou mais velhas/older mothers», «maternidade em idade avançada/advanced maternal age», «maternidade tardia/delayed motherhood», «maternidade adiada/postponed motherhood». Todas parecem ter subjacente um juízo de valor, depreciativo ou uma conotação negativa que nos induz a questionar: mais velhas para quem? ou para quê? A esperança de vida aumentou substancialmente, assim como o acesso a técnicas de reprodução assistida que permitem ultrapassar o limite biológico da reprodução, tornando esta apreciação relativa; por outro lado, será que as mulheres que decidem ser mães nesta faixa etária se consideram velhas, idosas, ou que é tarde para tal? Ou é tarde porque simplesmente fogem à norma?

Sem querer atribuir um significado depreciativo ou fazer qualquer juízo de valor, ou enveredar por análises semânticas, adotámos neste trabalho a designação de «maternidade depois dos 35 anos» em simultâneo com a de «maternidade tardia», fundamentando a nossa decisão na definição da International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), pelos riscos maternos e fetais largamente documentados na literatura.

Para os enfermeiros torna-se essencial conhecer e compreender a maior transição de desenvolvimento na vida destas mulheres, a transição para a maternidade depois dos 35 anos, para que as possam apoiar e ajudar no complexo e exigente exercício do papel parental, de modo a realizarem uma transição bem-sucedida. De acordo com a teoria de Afaf Meleis (2010), para desenhar e implementar um cuidado efetivo, há que conhecer a natureza, as condições e os padrões de resposta face à transição, os quais nos permitem identificar os

tipos, propriedades, condições pessoais, sociais e da comunidade, bem como o processo envolvido e os resultados obtidos (Meleis, 2010). A identificação destes fatores que afetam a transição para a maternidade depois dos 35 anos, ajudarão a compreender as diferenças individuais e o processo subjacente. Ter em conta as diferenças individuais na transição para a maternidade destas mulheres, é essencial para planear e implementar intervenções que promovem a transição.

Foi com estes pressupostos e motivações que nos decidimos debruçar sobre o fenómeno da maternidade depois dos 35 anos.

O presente estudo teve como ponto de partida a seguinte pergunta de investigação: “*Como se desenvolve o processo de transição para a maternidade depois dos 35 anos, no período pós-parto?*”.

Tendo em conta a questão de investigação foi definida como **finalidade** do estudo “*Compreender o processo de transição das mulheres em situação de maternidade depois dos 35 anos*”, e como **objetivos**:

- Identificar os momentos-chave do processo da transição na maternidade depois dos 35 anos
- Compreender as facilidades e dificuldades do papel maternal experienciadas pelas mães depois dos 35 anos.
- Compreender as estratégias/intervenções facilitadoras na adoção do papel maternal mais frequentemente usadas pelas mães depois dos 35 anos.
- Reconhecer os resultados de uma transição bem-sucedida para o papel maternal experienciadas pelas mães depois dos 35 anos.

A metodologia de investigação foi de natureza qualitativa/indutiva, tendo sido escolhida a linha construtivista de Kathy Charmaz (2014) da Grounded Theory. Utilizaram-se como técnicas de recolha de dados: a entrevista semi-estruturada; colheita de fotografias (photovoice); e, as notas de campo. As lentes do interacionismo simbólico (Mead, 1932; Blumer, 1969; Goffman, 1993), ajudaram-nos na co-construção dos significados fundamentados nos dados que emergiram.

O trabalho está estruturado em sete capítulos:

- no 1º capítulo será analisado e aprofundado o fenómeno da maternidade depois dos 35 anos, começando por o enquadrar numa perspetiva demográfica e histórica. Seguidamente, apresentaremos o enquadramento conceptual à luz do conhecimento de enfermagem e os constructos teóricos utilizados na sua abordagem. Teremos como referenciais teóricos a teoria das transições de Afaf Meleis (2010) e na teoria da consecução do papel maternal/tornar-se mãe de Ramona Mercer (2004), e nas abordagens feministas acerca da maternidade, nomeadamente as defendidas por Simone de Beauvoir (1949-2008), Elisabeth Badinter (2010) e Carol Gilligan (1982), que se revelaram essenciais ao longo da análise dos achados;

- no 2º capítulo serão descritos e fundamentadas o percurso e as opções metodológicas tomadas no decurso da investigação, as razões da escolha da abordagem construtivista de Kathy Charmaz (2014), as considerações éticas, as preconcepções do investigador e os critérios de validação do estudo;

- no 3º capítulo serão descritos os achados que emergiram e o modo como as participantes deste estudo construíram o processo de transição para a maternidade depois dos 35 anos;

- no 4º capítulo procurámos dar significado teórico aos achados, discutindo-os e comparando-os com a melhor e mais recente evidência científica disponível;

- no 5º capítulo apresentamos uma teoria específica do processo de Metamorfose em Mãe depois dos 35 anos;

- no capítulo 6º- apresentaremos as repercussões do estudo para a prática profissional, docência e investigação;

- no 7º capítulo serão apresentadas as conclusões.

Por último apresentam-se as referências bibliográficas, seguidas dos apêndices e dos anexos.

1. MATERNIDADE APÓS OS 35 ANOS - PERSPETIVAS TEÓRICAS

Neste capítulo começaremos por apresentar os dados e tendências demográficas do fenómeno da maternidade depois dos 35 anos, contextualizando historicamente os conceitos de mulher, maternidade e família. Em seguida apresentaremos os riscos e benefícios da maternidade nesta faixa etária e uma síntese da revisão sistemática da literatura efetuada. Por último abordaremos o fenómeno da maternidade depois dos 35 anos e o seu enquadramento conceptual à luz do conhecimento de enfermagem e os constructos teóricos de maternidade, parentalidade e transição para a maternidade utilizados para a sua compreensão.

1.1. O fenómeno da maternidade depois dos 35 anos: demografia e tendências

O aumento do número de gravidezes em mulheres com mais de 35 anos é uma tendência universal que se tem vindo a observar principalmente nos países designados como desenvolvidos (OECD, 2011; Carolan & Frankowska, 2011; Cooke, Mills & Lavender, 2012; Kenny, Lavender, McNamee, O'Neill, Mills & Khashan, 2013; Guedes & Canavarro, 2014; Barclay & Myrskylä, 2016).

A faixa etária dos 35 aos 39 anos é onde se tem verificado um maior aumento: de 6,8 para 17% no Reino Unido (1986-2008); de 3,96 para 11,7% nos EUA (1980-2005) e de 7,1 para 21,4% na Austrália (1987-2006/2008), (Carolan & Frankowska, 2011). Portugal segue a mesma tendência, observando-se um aumento da idade média das mães, também mais acentuada no grupo etário dos 35 aos 39 anos: de 6,9% em 1981 para 24,9% em 2016 (INE, Pordata, 2017)². Nos países da OCDE a idade média das mães ao nascimento do primeiro filho aumentou de 24 anos em 1970 para 28 anos em 2008 (OECD, 2011).

Segundo dados do INE e da Pordata (2017)³ a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho em Portugal era de 25 anos em 1960, situando-se em 2015 nos 31,7 anos. Segundo a mesma fonte e independentemente de ser o primeiro ou não, também a idade

2

<http://www.pordata.pt/Municipios/Nados+vivos+de+m%C3%A3es+residentes+em+Portugal+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio+da+m%C3%A3e-104>

3 <http://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

média das mães ao nascimento de um filho aumentou, de 27,1 anos em 1990 passou para 31,9 anos em 2016.

Outro dado demográfico que auxilia a compreensão deste fenómeno é a taxa de fecundidade⁴, que representa o número de nascimentos por cada 1000 mulheres em idade fértil, ou seja, entre os 15 e os 49 anos de idade. As tendências demográficas na maioria dos países da OCDE revelam um declínio da fertilidade e um aumento da esperança de vida (OECD, 2011). Analisando a taxa de fecundidade em Portugal observada em 1960 e em 2016, o primeiro dado relevante é o decréscimo acentuado de nados-vivos que em 1960 era de 26,2‰ e em 2016 se cifrou em 8,1‰. Analisando a distribuição pelos grupos etários, conforme Quadro 1, podemos verificar que o decréscimo da taxa de fecundidade se deve essencialmente às seguintes faixas etárias: a dos 20 -24 anos (que em 1960 era de 148,7‰ e passou para 33,5‰ em 2016), à dos 25-29 anos (que em 1960 era de 177,6‰, passando para 67,8‰ em 2016), e à dos 30-34 anos (que passou de 133,4‰ em 1960, para 92,6‰ em 2016). Inversamente, tem-se verificado um aumento da taxa de fecundidade na faixa etária dos 40-44 anos entre 1990 e 2016 embora no período entre 1960 – 1990 se registasse também um decréscimo (1960: 42,5‰; 1990: 5,7‰; 2015: 12,7‰); contudo, foi no grupo etário dos 35-39 anos que este aumento foi mais expressivo verificando-se que em 1960 a taxa de fecundidade foi de 94,4‰, em 1990 de 23,3‰ e em 2015 de 56,1‰.

Quadro 1 - Taxa de fecundidade por grupo etário em Portugal

Anos	Grupos Etários						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1960	26,2	148,7	177,6	133,4	94,4	42,5	3,5
1990	23,9	88,9	107,1	61,8	23,3	5,7	0,5
2016	8,1	33,5	67,8	92,6	56,1	12,7	0,7

Fonte: INE, Pordata (2017)

Estes dados mostram um enorme declínio da taxa de fecundidade para todos os grupos etários entre 1960 e 1990, a manutenção desse decréscimo entre 1990 e 2016 para os grupos mais jovens (15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 25 a 29 anos), porém um aumento considerável da

⁴ Número de nados-vivos de mulheres de um determinado grupo de idade, observado durante um certo período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao efectivo médio de mulheres desse grupo de idade nesse período (habitualmente expressa em número de nados-vivos por 1000 (10³) mulheres). (metainformação – INE). A taxa de fecundidade fornece dados mais detalhados, por idades, do que a taxa bruta de natalidade que se refere ao número de nados-vivos ocorrido durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de nados-vivos por 1000 (10³) habitantes), no entanto no período analisado (1960 e 2015), os dados foram idênticos: 1960 – 24,1‰ e em 2015 – 8,3‰. (metainformação – INE)
Fonte: <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+fecundidade+por+grupo+et%c3%a1rio-415>

taxa de fecundidade nas faixas etárias mais elevadas (30 a 34 anos, 35 a 39 anos, 40 a 44 anos e 45 a 49 anos) entre 1990 e 2016.

A esperança de vida também aumentou significativamente desde 1970, ano em que se esperava viver até aos 67,1 anos em comparação com os 80,6 anos que em média são esperados em 2015, sendo que para as mulheres este número se cifra em 83,3 anos (INE, Pordata, 2017). A maternidade depois dos 35 anos, associada às baixas taxas de natalidade põe em causa a renovação geracional, pois se o número de óbitos for superior ao número de nascimentos, verifica-se um défice populacional, a não renovação da geração e, conseqüentemente um envelhecimento da população. Os dados estatísticos confirmam que este é já um problema em Portugal, conforme podemos verificar pelo Quadro 2 que nos mostra que desde o ano de 2008 em que a taxa bruta de mortalidade igualou a de natalidade. Esta última tem vindo a diminuir, enquanto a taxa da mortalidade se tem mantido mais ou menos estável. Os últimos dados disponíveis relativos a 2016 registaram 8,4 nascimentos de nados-vivos por mil habitantes e 10,7 óbitos por mil habitantes (INE, Pordata, 2017).

Quadro 2 - Taxa bruta de mortalidade e de natalidade Portugal

Anos	Taxa bruta de mortalidade	Taxa bruta de natalidade
1960	10,7	24,1
2008	9,9	9,9
2009	9,9	9,4
2010	10,0	9,6
2011	9,7	9,2
2012	10,2	8,5
2013	10,2	7,9
2014	10,1	7,9
2015	10,5	8,3
2016	10,7	8,4

Fonte: INE, Pordata (2017)

Várias são as razões que têm sido apontadas para o declínio das taxas de fertilidade, mas para a OCDE (2011) a principal razão é o adiamento da maternidade. A maternidade depois dos 35 anos é uma tendência que se tem vindo a generalizar nos países desenvolvidos por razões sociais, educacionais e económicas (Benzies et al., 2006; Carolan & Frankowska, 2011).

Atualmente, e na maioria das vezes, a maternidade que ocorre no extremo da vida reprodutiva de uma mulher deixou de ser um acaso do período da menopausa, para ser uma

opção de mulheres que adiaram deliberadamente a maternidade até ao final dos seus trinta anos ou final dos quarenta (Suresh, 2015).

As razões apontadas para este facto são a maior acessibilidade aos métodos anticoncepcionais, o adiamento do casamento, o aumento do número de divórcios associado ao crescente número de segundos casamentos, o desejo de atingir um nível educacional e profissional mais elevados, a procura de estabilidade financeira e o desenvolvimento das técnicas de reprodução medicamente assistidas (Benzies et al., 2006; Gomes et al., 2008; OECD, 2011; Suresh, 2015). O estudo de Benzies et al. (2006) agrupa os fatores que influenciaram as mulheres a serem mães depois dos 35 anos em três categorias: fatores individuais, fatores familiares e fatores sociais. Nos fatores individuais identificam o estabelecimento de independência através da educação, da segurança no emprego e da estabilidade financeira, a motivação para ter uma família, o sentir-se preparada por já ter alcançado os objetivos individuais, o ter um projeto de vida, o despertar do relógio biológico, ter ultrapassado ou contornado problemas crónicos de saúde (por exemplo infertilidade), e um relacionamento estável. Nos fatores familiares estão incluídos a negociação e reconhecer que o companheiro também está preparado para ser pai, a estabilidade financeira, a proximidade e o apoio da família de origem. Quanto aos fatores sociais identificaram a aceitação social do adiamento da maternidade, o conhecimento (e receio) das elevadas taxas de divórcio e as políticas de falta de apoio à maternidade. Porém, como é referido no estudo de Cooke et al. (2012), mesmo quando estão reunidas as condições e se sentem prontas para serem mães, existem circunstâncias de vida (relacionamento estável, estabilidade financeira, saúde e fertilidade), que saem da esfera do seu controlo e que determinam o protelamento da maternidade. Um estudo realizado na Suécia e Noruega identifica como fatores predisponentes para os casais se manterem sem filhos aos 32 anos: viverem numa grande cidade, terem pais com formação académica elevada, serem filhos únicos e não terem saído de casa dos pais aos 22 anos, experiência pouco positiva com os progenitores em especial com a mãe e não se sentirem preparados para a parentalidade ou não terem uma relação afetiva estável (Waldenström, 2016).

Concluindo: estes fatores associados ao enorme aumento da esperança média de vida – cerca de 45 anos, que as sociedades desenvolvidas registaram nos últimos 150 anos (Dudenhausen, Grunebaum, & Staudinger, 2013), faz com que a maternidade após os 35 anos se constitua num problema social, familiar e também de saúde - como a seguir abordaremos - que importa compreender e enfrentar.

1.2. Mulher, maternidade e família: uma perspectiva histórica

Os conceitos de mulher, maternidade e família sempre estiveram interligados e dependentes da contextualização histórica social e cultural (Relvas, 2007). Para melhor compreendermos o fenómeno da maternidade depois dos 35 anos torna-se necessário abordar historicamente o estatuto da mulher e o indissociável papel desta, desempenhado no seio da família.

A evolução da família ao longo dos tempos e em especial as profundas alterações sociais do século passado fazem com que o conceito e a definição de família sejam complexos. Talcot Parsons (1956; 1968)⁵, um dos primeiros sociólogos a debruçar-se sobre o estudo da família, identificou na sua teoria três eixos a partir dos quais a família se organizava: 1) a estrutura - em que a família conjugal constituída pelo casal e filhos dava resposta às necessidades da sociedade industrializada; 2) as funções - atribuindo-lhe duas funções essenciais: a socialização das crianças e a estabilização da personalidade do adulto; e 3) os papéis - em que diferencia os papéis masculino e feminino, atribuindo ao homem o papel instrumental e à mulher o papel expressivo (Dias, 2015).

Os dois modelos mais tradicionais da família (ocidental) - a família alargada composta por várias gerações que conviviam na mesma casa e a família nuclear composta por pai, mãe e filhos (Wall, Cunha, & Atalaia, 2013) - deixou de ser o modelo vigente, para dar lugar a novas formas de organização da família e a novas categorias, tais como as monoparentais, reconstituídas, heterossexuais ou homossexuais, ou simplesmente por pessoas que vivem sozinhas. Enquanto conceito, a família deixa de ser percebida socialmente como uma estrutura rígida com funções e normas que garantem a sua estabilidade e passa a ser entendida como uma realidade dinâmica (Wall et al., 2013). E que enquanto tal, tem sofrido, também, alterações, de acordo com as transformações sociais que ocorrem em torno dela. Destacam-se as decorrentes da relação desta com o Estado, no sentido em que a família ao ser considerada uma unidade funcional das sociedades e, como tal, um veículo e uma garantia dos seus valores. Adicionalmente, deu-se uma mudança nesta relação, a qual passa a ter como alvo os indivíduos e as relações interpessoais estabelecidas entre si, ao invés da família enquanto, apenas, grupo social. Assim, para além da pluralidade de formas, a família contemporânea caracteriza-se por uma maior dependência do Estado (o Estado Providência), uma maior independência face à rede de parentes, maior importância do indivíduo nas relações familiares e uma tendência para uma maior igualdade de género (Amaro, 2014). Na

⁵ Parsons, T.; Bales, R. (1958, 1968). *Family, Socialization and Interaction Process*, London, Routledge & Kegan Paul.

realidade portuguesa, a família passou por todas estas transformações, contudo a independência face à rede de parentes, assume características particulares de grande solidariedade entre os seus membros, pois dos valores que regulam as relações familiares da nossa sociedade “o laço de sangue impõe-se como um dado natural e um valor normativo muito forte” (Portugal, 2014, p. 28).

A fundamentação da família no casamento e as suas transformações independentemente do sistema subjacente, matriarcal ou patriarcal⁶, democrático ou totalitário, está associada à propriedade privada, dada a necessidade de proteger e garantir a sua transmissão às gerações seguintes. É com a mudança nas relações sociais, enfatizada na valorização do indivíduo, no seu desenvolvimento e nas relações interpessoais, em paralelo com outras transformações sociais que tornam mais equitativas as sociedades e os seus membros, que se assiste à perda de valor da transmissão familiar da propriedade privada (em geral e em particular para a classe média, porque as camadas mais baixas já não detinham propriedade) (Singly, 2011). Neste quadro, a herança económica transforma-se em capital escolar. Como salienta François de Singly “os herdeiros, vão tornar-se progressivamente naqueles e naquelas que beneficiam de melhores condições familiares para obterem diplomas” (Singly, 2011, p.21).

A família contemporânea no ocidente, seja qual for a sua constituição ou tipologia, é, também mais pequena quanto ao número de membros que a compõem, a coabitação deixou de ser uma regra (Amaro, 2014) e, no caso de haver crianças, estas são alvo de grande atenção e investimento (Badinter, 2010). O centramento da família contemporânea em si mesma, no investimento na individualidade e nos afetos dos seus membros, a par da autonomização relativamente aos parentes e vizinhança, torna-a mais privada. Mas, por outro lado, é alvo de uma maior dependência e vigilância por parte do Estado (como é exemplo da educação escolar), sendo esta ingerência na sua autonomia e intimidade justificada, na maioria das vezes, com o superior interesse da criança (Singly, 2011).

⁶ Com base no direito materno, isto é, enquanto a descendência só se contava por linha feminina, e segundo a primitiva lei de herança imperante no clã, os membros desse mesmo clã herdavam, no princípio, do seu parente falecido. Os seus haveres deveriam ficar, pois, dentro do clã. Devido à sua pouca importância, esses pertences passavam, na prática, desde os tempos mais remotos, aos parentes do clã mais próximos, isto é, aos consanguíneos por linha materna. À medida que as riquezas, iam aumentando, davam, por um lado, ao homem uma posição mais importante que a da mulher na família, e, por outro lado, faziam com que nascesse nele a ideia de valer-se desta vantagem para modificar, em proveito de seus filhos, a ordem da herança estabelecida. Mas, para isso não se poderia fazer enquanto permanecesse vigente a filiação segundo o direito materno. Por esse motivo esse direito teve que ser abolido e, como consequência os descendentes de um membro masculino passaram a permanecer no clã, mas os descendentes de um membro feminino saíam dele, passando ao clã de seu pai. Deste modo, se passou da família matriarcal regida pela filiação feminina e o direito hereditário materno, sendo substituída pela família patriarcal regida pela filiação masculina e o direito hereditário paterno. (Engels, Friedrich 1884). *A origem da família, da propriedade privada e do estado.*

A transformação histórica da família é marcada por um conjunto de transições que se prendem com o desenvolvimento da diversificação das maneiras de se viver em família, sejam elas relacionadas com as etapas de desenvolvimento ou (re) construção de novas formas de família. A história da família está intrinsecamente ligada ao papel da mulher na sociedade e, por consequência, com a história da maternidade. As grandes alterações na sociedade, demográficas, económicas e políticas, com repercussão na maternidade foram: a entrada massiva das mulheres no mercado de trabalho; o controlo e diminuição da natalidade; o adiamento do casamento e o aumento do número de divórcios; o adiamento da maternidade; e o aumento da longevidade. Estas duas últimas determinaram uma outra grande mudança na vida das mulheres: passam menos tempo da sua vida a cuidar dos filhos, mas mais tempo a cuidarem de outros elementos da família, dada a coexistência de maior número de gerações nos agregados familiares. Como salienta Sílvia Portugal “a maior parte da responsabilidade do “cuidar” e do “criar” continua a recair sobre as mulheres” (Portugal, 2014, p. 165).

No quadro das transformações sociais referidas, modifica-se o papel social das mulheres, constando-se a passagem do papel de “fada do lar”, com “uma identidade ligada aos papéis familiares de cuidadora do marido, dos filhos e dos idosos, para uma identidade pessoal complexificada pela atribuição complementar de objetivos de carreira, individual e relativamente autónoma perante as funções familiares” (Relvas & Alarcão, 2000, p. 330). Segundo estas autoras, esta transformação do feminino na família, colocou a mulher numa situação paradoxal de conflito entre os seus objetivos individuais e os objetivos familiares, que se resume ao seguinte dilema: se por um lado a mulher deve trabalhar fora de casa para ajudar a família, por outro, a mulher para ajudar a família não deve trabalhar fora de casa.

No final dos anos 80 os estudos sobre a família sofrem a influência do construcionismo social, segundo o qual a família é uma construção social, e, dos estudos feministas (Relvas & Alarcão, 2007). Os movimentos feministas e as teorias feministas surgiram como resultado das profundas alterações da sociedade e determinaram mudanças igualmente profundas que questionaram o estatuto e os papéis desempenhados pela mulher, na sociedade em geral e, na família em particular, incluindo o indissociável papel da maternidade. O feminismo surge assim como uma outra perspetiva teórica e política sobre a família, que brevemente iremos abordar.

O feminismo, é um conceito e um movimento político, que esteve sempre envolto em polémica, enquanto tal um movimento que pretende: a equiparação dos sexos relativamente ao exercício dos direitos cívicos e políticos (A. Oliveira, 1969); a denúncia e a luta contra as práticas sexistas (Pintassilgo, 1981); uma estrutura básica de consciência (Lamas, 1995); uma forma de dar voz às mulheres e de as fazer aceder ao poder negado (Thom, 1992); ou essencialmente uma reação, um produto da cultura patriarcal (Nicholson, 1996).

Segundo a perspectiva de Gisela Kaplan (1992) o movimento feminista pode ser dividido em três vagas, correspondentes a três períodos temporais distintos. A primeira que se situa em meados do século XIX durante a revolução industrial e a I e II Guerras Mundiais. Durante este período as mulheres entraram no mercado de trabalho, primeiro nas fábricas que precisavam de mão-de-obra e durante as I e II Guerras para realizarem os trabalhos deixados pelos homens mobilizados, mas com salários bastante inferiores aos auferidos por eles. As principais reivindicações desta primeira vaga foram a obtenção dos mesmos direitos laborais que os homens, a par com o direito ao voto e ao estatuto da mulher enquanto sujeito jurídico, levado a cabo pelo movimento sufragista, entretanto surgido em Inglaterra e nos Estados Unidos da América. A segunda vaga está associada aos movimentos surgidos pós-guerra (II Guerra Mundial), e situa-se entre as décadas de 1960 e 1980, caracterizando-se por uma série de movimentos feministas em torno da ideia central da opressão feminina, tanto na esfera pública quanto na privada. A esfera privada (entenda-se casa e família), até então considerado um local de realização e satisfação pessoal, é denunciada pelas feministas como sítio de desigualdade sexual, trabalho não remunerado e fonte de grande descontentamento para as mulheres, bem como dos problemas que emanam dos múltiplos papéis da mulher enquanto esposa, mãe, companheira sexual e trabalhadora. A terceira, a vaga contemporânea, também designada por pós-feminismo, é caracterizada por fenómenos como o do *Backlash* um movimento reativo e com uma posição negativa relativamente ao feminismo e aos movimentos feministas, com um discurso de ridicularização veiculado nos meios de comunicação social no final da segunda vaga e que persiste até hoje (Nogueira, 2001). Nesta terceira vaga, apesar da multiplicidade de perspectivas que foram surgindo, de que são exemplo o feminismo liberal, feminismo psicanalítico, feminismo radical, de entre outros, destaca-se a preocupação comum com as múltiplas formas de discriminação e opressão a que as mulheres estão sujeitas, procurando combatê-las através do debate académico intenso, a construção de conhecimento e o ativismo.

Durante o século XX em Portugal, tal como nos restantes países europeus com regimes ditatoriais (Espanha e Itália), os movimentos feministas não tiveram a mesma projeção que no resto da Europa ou nos Estados Unidos da América, pois foram sempre reprimidos pelos respetivos governos fascistas de Salazar, Franco e Mussolini. Por exemplo, em Portugal apenas em 1974, após o 25 de Abril, é que foram abolidas todas as restrições ao direito de voto baseadas no sexo dos cidadãos.

O surgimento das teorias feministas, entendido “como um sistema geral de ideias de grande alcance sobre a vida social e a experiência humana”(Dias, 2015, p.93), tem como objetivos descrever e explicar essas experiências do ponto de vista das mulheres, construir um mundo melhor para elas e para toda a Humanidade. Com este propósito, as feministas têm realizado um grande investimento na investigação, feito para, sobre e com as mulheres, e, em simultâneo, questionando, relativizando e desconstruindo parte do conhecimento atual, feito por homens, com os homens e sobre os homens, o que introduziu o viés da masculinidade e a política de género subjacente que a influencia.

Várias foram as teorias que surgiram a partir dos movimentos feministas acima descritos, que segundo Dias (2015) podem ser agrupadas em teorias de nível macrossociológico que se preocupam com as desvantagens da mulher no sistema social e as de nível microsociológico que procuram explicar o fenómeno do género como parte da compreensão da sociedade composta por seres humanos que interagem. As primeiras englobam a Teoria do Estrutural Funcionalismo segundo a qual a segregação dos papéis sexuais defendida por Parsons (1956; 1968), produziu um sistema de estratificação que desvalorizou e descriminou as mulheres e que contribuiu para que os filhos socializados neste modelo integrassem na sua aprendizagem a submissão do papel feminino expressivo ao papel masculino instrumental, o que acabou por se generalizar à sociedade, pela replicação dos modelos parentais nas gerações subsequentes. Já a Teoria do Conflito desenvolvida por Janet Chafetz (1990) centra-se na desigualdade de género que a autora designa como “estratificação de sexo”, responsável pelo conflito social recorrente, analisa as diversas variáveis que o produzem. Centra a análise nas estruturas e as condições que aumentam a estratificação ou as desvantagens das mulheres em todas as sociedades e culturas, tais como a diferenciação dos papéis de género, a ideologia patriarcal⁷, a família e a organização do trabalho. Concomitantemente observa variáveis relacionadas com o contexto: índices de fecundidade,

⁷ Entende-se por ideologia patriarcal aquela que reconhece o poder e supremacia masculina, sendo o poder exercido principalmente por homens.

a separação entre o espaço doméstico e o trabalho, o desenvolvimento tecnológico ou a densidade populacional. Por último, a Teoria dos Sistemas, também designada por Neomarxista, por recorrer aos conceitos de propriedade privada desenvolvidos por Karl Marx (1818-1839) e Friedrich Engels (1820 -1895), analisa o papel das mulheres no sistema social, considerando que este faz parte do sistema capitalista por contribuir para a produção dos mercados capitalista, na medida em que o seu trabalho – onde incluíram o trabalho doméstico – permite criar excedente económico. A corrente marxista considera que a principal razão da opressão da mulher é a sua exclusão da esfera de produção pública como resultado do capitalismo e a sua emancipação é encarada como parte da luta do proletariado contra o capitalismo.

Ao nível microssociológico, o fenómeno do género no contexto das inter-relações sociais, é explicado por teorias como o Interacionismo Simbólico. O Interacionismo Simbólico parte da noção de que a identidade de género, concomitantemente com outras identidades sociais, surge da interação social, é incorporada no *self* e deve afirmar-se continuamente através dessa mesma interação. De acordo com Breton (2008), a consciência do seu *self* de género, faz com que os indivíduos ajam de acordo com ele nas diferentes situações, embora possam alterá-la no decurso da interação. Teoricamente o sexo distingue-se de género, em que o primeiro corresponde às características biológicas e o segundo diz respeito aos comportamentos esperados pela sociedade ou cultura de ser homem ou de ser mulher, ou seja, o sexo nasce com uma pessoa, o género adquire-se na interação (Dias, 2015; Scott, 1995).

De entre as teóricas feministas que se debruçaram sobre a maternidade salientamos Simone de Beauvoir (1949-2008,2015), Carol Gilligan (1982) e Elisabeth Badinter (2010). Simone de Beauvoir foi uma importante ativista francesa da 2ª vaga e que influenciou os movimentos feministas posteriores. No seu livro “O Segundo Sexo” (Beauvoir, 2008; 2015), a autora demonstra como a mulher foi desvalorizada, como a assimetria entre os sexos se manteve ao longo da história, revelando os desequilíbrios de poder e a opressão que a mulher é sujeita no mundo. A razão principal da sua luta é o combate pela igualdade entre homens e mulheres.

Beauvoir retoma o tema da influência do patriarcado na desvalorização da mulher. Em sua opinião, a desvalorização surge não apenas porque o trabalho doméstico é minorizado, mas também porque associado a essa perda de valor o direito paterno substitui-se ao direito

materno e a igualdade só poderá ser reposta quando os dois sexos tiverem direitos jurídicos iguais e a mulher entrar no mercado de trabalho. No patriarcado a filiação materna foi substituída pela paterna, mas para Beauvoir seja qual for a filiação prevalente “a mulher encontra-se sempre sob a tutela dos homens, a única questão consiste em saber se após o casamento ela fica sujeita à autoridade do pai ou do irmão mais velho (...) ou se ela se submete, a partir de então, à autoridade do marido” (Beauvoir, 2008, p. 111). A autora acrescenta ainda que a mulher não é mais do que o símbolo da sua linhagem, na qual “é apenas a mediadora do direito, não a detentora” (Beauvoir, 2008, p. 111). Ao ser destronada dos seus direitos pelo aparecimento da propriedade privada, continua ligada a ela, pois a sua história confunde-se com a história da herança. O patriarcado retira à mulher todos os direitos sobre a detenção e transmissão dos bens; excluída da sucessão e sem nada em sua posse “a mulher não é elevada à qualidade de pessoa” (Beauvoir, 2008, p. 124). Para Beauvoir a questão centra-se na condição da mulher ao longo dos tempos, de não ser reconhecida como sujeito em alteridade com o homem – e por isso lhe chama o “Outro”, uma “coisa”, algo que não pode ser reconhecido porque não existe, e essa a verdadeira razão de não lhe serem reconhecidos os seus direitos.

A desvalorização continuada da mulher ao longo dos séculos, negando-lhe capacidades intelectuais, ou corporais, traduziu-se na perceção das diferenças entre os sexos como uma minoridade. Recuando historicamente, por exemplo, Aristóteles considerou a mulher como um “macho falhado” (Joaquim, 1997), reconhecendo-lhe apenas a capacidade reprodutora de “fêmea”. Mas, mesmo esta, durante muito tempo foi somente considerada como um recetáculo da força criadora do esperma masculino. As suas características biológicas associadas ao sexo e ao ciclo reprodutivo que as distinguem dos homens (menstruação, gravidez e parto), foram durante séculos temidas e diabolizadas pelo desconhecimento dos processos subjacentes, levando à construção social de superstições e crenças, as quais algumas perduram até aos dias de hoje, como é o caso de se atribuir à mulher menstruada poderes/ influências negativas capazes de alterar os alimentos, ou no caso de algumas religiões a entrada das mulheres menstruadas em templos ser vedada, por a considerarem “impura”. A própria designação de menstruação na língua inglesa “curse” cuja tradução é “maldição” é bem significativa.

Relativamente à maternidade, Beauvoir assume uma posição muito crítica, evidenciando como a exultação deste papel, resultou no principal fator de opressão da mulher. Considera que a maternidade a escravizou, a oprimiu (Beauvoir, 2008, p.256) e a remeteu para o lar.

Para os homens nunca houve hiato entre a vida pública e a privada, o seu sucesso na primeira repercute-se favoravelmente na segunda, ao passo que com as mulheres o sucesso na vida pública, sempre foi percebida como um obstáculo à sua feminilidade. Nos períodos em que a mulher foi chamada a participar no mercado de trabalho, por exemplo durante a industrialização, os seus deveres domésticos e maternais mantiveram-se, acrescentando ao trabalho da fábrica. Mais tarde, depois da II Guerra, quando deixou de ser necessária nos empregos que até aí tinha assegurado, e era preciso aumentar a natalidade para repor os índices demográficos, as mulheres voltaram a ser aliciadas para voltarem ao lar, às suas lides domésticas e às “alegrias da maternidade”. Beauvoir denunciou esta situação que apelidou de “hipócrita”. Para a autora a questão reside na adoção da maternidade como o papel principal das mulheres, que as afastou da esfera pública e deste modo “como nada *fazem*, não se podem *fazer ser*; perguntam-se indefinidamente o que *poderiam* vir a ser, o que as leva a descobrir o que são: é uma interrogação vã (...) porque ela (essência) não existe(...) porque está à margem do mundo”(Beauvoir, 2008, p. 361).

Carol Gilligan é uma filósofa e psicóloga também associada à 2ª vaga feminista, amplamente conhecida pelo seu livro "*In a Different Voice*" (1982), traduzido para português como "Teoria Psicológica e Desenvolvimento da Mulher" (Carol Gilligan, 1997). Neste aborda a questão do desenvolvimento infanto-juvenil e das suas diferenças nos dois sexos. Gilligan foi uma das primeiras psicólogas a questionar as teorias do desenvolvimento existentes, nomeadamente as de Sigmund Freud (1925), Jean Piaget (1932), Eric Erickson (1968) e, em especial, a de Lawrence Kohlberg (1958, 1981) sobre o desenvolvimento moral. As discrepâncias que verificou na opinião das mulheres na formulação de julgamento e ação em situação de conflito moral e opção, com as teorias e descrições psicológicas e de desenvolvimento moral, aceites até então na comunidade científica, foram o ponto de partida para os seus estudos. Começou a notar a existência de problemas recorrentes na interpretação do desenvolvimento das mulheres e a relacioná-los com a sistemática exclusão das mulheres nos estudos e pesquisas que deram origem a essas teorias de desenvolvimento. As teorias desenvolvidas até aí por homens, suportadas por pesquisas realizadas com o sexo masculino, enfermavam do viés da masculinidade e comprometiam a neutralidade científica das mesmas; em sua opinião “habitúamo-nos a ver a vida através dos olhos dos homens”(Gilligan, 1997, p. 16), bem como “a tendência para ver o comportamento masculino como a norma e o comportamento feminino como uma espécie de desvio da norma” (Gilligan, 1997, p.29). Os trabalhos de Nancy Chodorow (1974), acerca da

reprodução, das diferenças de personalidade e as funções distintas entre os sexos, que atribui não à anatomia, mas ao facto de as mulheres, de um modo geral, serem as principais responsáveis pelos cuidados a prestar às crianças (Chodorow, 1978), foram outro importante contributo para os estudos de Gilligan. Segundo Chodorow a identidade feminina forma-se num contexto de relacionamento contínuo, em que as mães tendem a ver nas filhas a sua imagem e continuação “as mulheres enquanto mães, produzem filhas com capacidades de serem mães e o desejo de serem mães”(Chodorow, 1978, p.7); pelo contrário, com os filhos rapazes, essas necessidades e capacidades cuidativas são sistematicamente reduzidas e suprimidas, o que os prepara para uma vida familiar e um papel parental menos afetivo e para uma maior participação no mundo impessoal do trabalho e da vida pública. Nos rapazes a separação e individualização estão profundamente ligadas à identificação sexual porque a separação da mãe é essencial para o desenvolvimento da masculinidade (Carol Gilligan, 1997). Por seu lado, as raparigas identificam-se como pertencentes ao género feminino, semelhantes às suas mães, fundindo em simultâneo as experiências vividas com elas e o processo de formação de identidade. Para Gilligan (1997)

a masculinidade é definida pela separação, enquanto a feminilidade é definida pela ligação, a identidade sexual masculina é ameaçada pela intimidade enquanto que a identidade feminina é ameaçada pela separação. Assim, os homens tendem a ter dificuldades nos relacionamentos enquanto que as mulheres tendem a ter problemas na individualização. (p. 20-21)

Este é um aspeto fundamental para se compreender a perspetiva de Gilligan no desenvolvimento moral. Já anteriormente Martina Horner tinha sugerido que a ansiedade manifestada pelas mulheres em situações competitivas existia somente quando o êxito da pessoa se obtinha à custa do fracasso de outra, ou a previsão e medo do sucesso, poderiam pôr em causa a sua aceitação social ou a sua feminilidade (Horner, 1972). O mau desempenho das mulheres registado por Kohlberg nos seus estudos sobre desenvolvimento moral, manifestado pela aparente confusão das respostas e dispersão nos juízos, por ele entendida como fraqueza moral é, pelo contrário, na opinião de Gilligan, uma força moral, pois revela a sua sensibilidade para com as necessidades dos outros, a sua forte preocupação com os relacionamentos e a capacidade de assumir responsabilidades. Algumas mulheres tendem a definir-se no contexto dos relacionamentos humanos e a julgar-se em termos da

sua capacidade de cuidar. A dificuldade em formular juízos pode denotar o cuidado e a preocupação das mulheres com os outros. De acordo com a mesma autora

no ciclo de vida dos homens a função da mulher tem sido alimentar, tratar e ajudar, tecelã das redes de relacionamento nas quais, por sua vez, ela se apoia. Mas, enquanto as mulheres assim cuidam dos homens, eles, nas suas teorias de desenvolvimento psicológico, tal como nos seus acordos económicos, tendem a assumir e desvalorizar esses cuidados. (Gilligan, 1997, p.33)

Para Gilligan a noção de responsabilidade e cuidado com os outros está fortemente associado à identidade das mulheres, e esta, organizada em torno da capacidade de desenvolver relacionamentos.

Por sua vez, Elisabeth Badinter, uma filósofa francesa pertencente à vaga pós-feminista, é autora de vários livros, entre eles “O Conflito: a Mulher e a Mãe”(Badinter, 2010), onde analisa o percurso do feminismo desde a 1ª vaga até aos dias de hoje, embora se centre na maternidade contemporânea. Para Badinter o advento da pílula anticoncepcional ao permitir controlar a reprodução das mulheres, facultou-lhes também a possibilidade de priorizar as suas ambições pessoais, de desfrutar o celibato ou uma vida a dois sem filhos ou então satisfazer o desejo de maternidade. Aberta a possibilidade de escolha à reprodução, a maternidade já não pode ser considerada um instinto ou um desejo universal, um destino ou uma necessidade natural, como até então fora por vezes encarado, para incluir a noção de realização pessoal. A maternidade colocada às mulheres como uma opção implica uma reflexão sobre as causas e as consequências, nem sempre claras ou isentas de ambivalência, numa cultura em que o individualismo e o hedonismo se tornaram os principais motivos da reprodução, mas por vezes também os da sua recusa (Badinter, 2010). Os efeitos desta ambivalência entre a maternidade ou realização pessoal não demoraram a fazer-se sentir, dando origem a fenómenos que afetam todos os países desenvolvidos como “o declínio da fertilidade, um aumento da idade média da maternidade, um aumento das mulheres no mercado de trabalho e a diversificação dos modos de vida femininos, com o aparecimento num número crescente de países, de um modelo de casal ou de mulheres celibatárias sem filhos” (Badinter, 2010, p.24). Para esta autora a crise económica que se seguiu à crise do petróleo (1973), despoletou uma nova vaga de desemprego e precariedade, como sempre com maior expressão nas mulheres. Esta situação social, a par das desigualdades nunca

ultrapassadas quer no emprego que não lhes dá estatuto social nem independência financeira, quer no trabalho doméstico onde as mulheres continuam a assegurar a maioria dos cuidados à casa e aos filhos, fez repensar esta nova geração de filhas das primeiras feministas e que abraçaram uma nova ideologia – o naturalismo. Esta nova ideologia defende um regresso ao passado, a tudo o que é natural, ao instinto maternal e coloca a criança em primeiro lugar. Sendo a maternidade uma escolha, a responsabilização da mãe é maior e o bebé é sacralizado, sendo que “o «Primeiro eu» da geração das mães deu, pouco a pouco, lugar ao «A criança primeiro» proclamado pelas suas filhas”(Badinter, 2010, p. 102). Com o aumento do conhecimento sobre a complexidade do desenvolvimento e necessidades infantis “as tarefas maternas tornam-se cada vez mais ambiciosas e esmagadoras, sobre um pano de fundo de ansiedade e nervosismo” (Knibiehler, 1999, p. 290-291). A ideologia naturalista advoga o regresso a tudo o que é natural, a uma maternidade radical, incluindo o aleitamento materno que considera um dever e que para Badinter se transformou numa escravatura e, em simultâneo um direito que as mães devem reivindicar. A mesma ideologia advoga também o regresso ao parto natural, no domicílio e sem manobras interventivas como o uso da analgesia epidural, e o regresso a casa das mães para estarem junto dos filhos, estabelecerem laços de vinculação fortes e lhes prestarem os melhores cuidados que permitam otimizar o seu desenvolvimento. Badinter (2010) opõe-se veementemente a esta ideologia que considera uma “tirania dos deveres maternos” (p. 93), uma escravidão voluntária, em que no império do bebé o pai tem um papel secundário, a mãe vem antes do pai, o bebé antes do casal e a criança antes da mulher, e, não menos importante, “revigora o modelo do casal patriarcal” (p. 96).

1.3. O fenómeno da maternidade depois dos 35 anos: riscos e benefícios

Encontramo-nos no início de uma nova era em que a mulher pode adiar a maternidade consoante o seu desejo, mesmo para além do final do seu período reprodutivo biológico. Porém, esta liberdade de opção tem custos uma vez que vários estudos sugerem que quanto mais tardia for a gravidez, maiores serão os riscos de saúde associados (Van Katwijk & Peeters, 1998; Newburn-Cook & Onyskiw, 2005; Lampinen et al., 2009; Bayrampour & Heaman, 2010; Carolan & Frankowska, 2011; Oliveira et al., 2012; Suresh, 2015).

O protelar a maternidade para idades cada vez mais tardias coloca a mulher por vezes em risco, por a sua capacidade reprodutiva começar a declinar bastante cedo. Enquanto nas mulheres que tentam engravidar na faixa etária dos 20-24 anos a gravidez ocorre ao fim dum

ano em 90% dos casos, no caso da faixa etária dos 30-39 anos a percentagem desce para 50% (Dudenhausen et al., 2013). A perda de oócitos⁸ é um processo contínuo que se inicia ainda *in útero* quando existem cerca de 6 a 7 milhões às 20 semanas de gestação, 1 a 2 milhões à nascença, 300 000 a 500 000 no início da puberdade, sendo que apenas 400 a 500 destes oócitos serão ovulados ao longo de todo o período fértil da mulher (Liu et al., 2012). O envelhecimento ovárico com o conseqüente decréscimo do número e qualidade dos oócitos que conduzirá à menopausa é um processo que se acelera 10 a 15 anos antes desta, ou seja, por volta dos 36 anos. Nos países ocidentais em que a idade da menopausa é por volta dos 51 anos, estima-se que 10% das mulheres terão um decréscimo das funções ováricas a partir dos 30-35 anos (Liu et al., 2012). Por este motivo, a decisão de tornar-se mãe tardiamente pode ter como conseqüência problemas de (in) fertilidade que remeterão a mulher para consultas e técnicas de reprodução medicamente assistida (Perla, 2001; Benzie et al., 2006; Cooke et al., 2012; Subrat, Santa, & Vandana, 2013; Suresh, 2015; Waldenström, 2016), com elevados custos económicos, físicos e psicológicos, por vezes sem sucesso. Mesmo quando ocorre uma gravidez através do uso de técnicas de reprodução assistida, a probabilidade de terminar no nascimento de uma criança viva, diminui à medida que aumenta a idade materna (Ziebe et al., 2001). A ocorrência de gravidez no final da vida reprodutiva é o maior teste aos órgãos e sistemas da potencial mãe; à medida que a idade materna avança, aumenta a incidência de doenças cardiovasculares, metabólicas, renais, oncológicas e autoimunes (Dudenhausen et al., 2013). Os riscos de uma gestação nesta fase da vida da mulher estão relacionados com o envelhecimento do corpo em geral e conseqüente aumento da incidência de doenças crónicas, e, em particular, com o envelhecimento do sistema reprodutivo (Lampinen et al., 2009). A capacidade funcional do útero diminui com a idade e aumenta a incidência de pólipos e fibroses no endométrio, assim como as lesões escleróticas nas artérias uterinas (Suresh, 2015).

Embora não reúna consenso, a maioria dos autores adota a definição da International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO), de 1958, que considera a idade materna avançada ou maternidade tardia a partir dos trinta e cinco anos (Carolan & Nelson, 2007; Delbaere et al., 2007; Gomes et al., 2008; Graça, 2010, 2017; Koo et al., 2012; Lean,

⁸ Os oócitos são os gâmetas femininos presentes e produzidos nos ovários (oogénese) durante a vida embrionária. Existem os oócitos I (células diploides) e os oócitosII (células haploides), resultantes da divisão dos oócitos I através de um processo de meiose, quando é atingida a puberdade.

Derricott, Jones, & Heazell, 2017; Marques et al., 2017), designação que também adotamos neste estudo.

Na maternidade após os 35 anos além de existir um risco acrescido da mulher desenvolver situações de doença que podem afetar a gravidez ou no caso de doença crónica prévia esta poder agravar-se, também o recém-nascido pode ser portador de alguma doença genética (Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2016). A gravidez neste extremo da vida reprodutiva está associada a um aumento de complicações materno-fetais (Santos, Lopes, & Botelho, 2018) e por esse motivo requer cuidados pré-natais diferenciados (Silva, 2010). Os riscos da ocorrência de complicações maternas e fetais aumentam com a idade materna (Koo et al., 2012; Kenny, Lavender, McNamee, O'Neill, Mills & Khashan 2013).

As complicações maternas mais frequentes são a hipertensão, pré-eclâmpsia e diabetes (Delbaere et al., 2007; Gomes et al., 2008; Lampinen et al., 2009; Silva, 2010; Shrim et al., 2010; Koo et al., 2012; Oliveira et al., 2012), as alterações anatómicas uterinas (Silva, 2010), complicações placentares e hemorrágicas (Gomes et al., 2008; Lean et al., 2017), a gravidez múltipla (Benzies et al., 2006) e o aumento da mortalidade materna (Silva, 2010). Também são descritos o aumento da taxa de cesarianas (Bayrampour & Heaman, 2010; Silva, 2010; Dudenhausen & Chervenak, 2010; Carolan et al., 2011; Oliveira et al., 2012; Marques et al., 2017), o recurso ao uso de analgesia epidural (Silva, 2010; Carolan et al., 2011), a rutura prematura de membranas (Santos et al., 2009), as complicações do trabalho de parto (Gomes et al., 2008; Carolan et al., 2011; Bayrampour et al., 2012) como trabalhos de parto prolongados (Suresh, 2015), aumento de partos instrumentais com recurso a fórceps ou ventosas (Carolan et al., 2011), bem como a indução do trabalho de parto relacionado com a pré-eclâmpsia ou a pós-maturidade (Benzies et al., 2006). A idade materna superior aos 35 anos foi também relacionada com a hemorragia pós-parto (Shrim et al., 2010), assim como graves resultados da gestação, incluindo a morte materna (Oliveira et al., 2012; Laopaiboon et al., 2014).

Além dos riscos ocorrerem na mãe com idade superior aos 35 anos, também existem riscos para a criança. Os riscos neonatais descritos na literatura incluem: síndrome de dificuldade respiratória e internamento em unidades de cuidados intensivos (Delbaere et al., 2007; Shrim et al., 2010; Koo et al., 2012; Laopaiboon et al., 2014), parto pré-termo (Newburn-Cook & Onyskiw, 2005; Silva, 2010; Carolan & Frankowska, 2011; Oliveira et al., 2012; Ciancimino et al., 2014; Laopaiboon et al., 2014; Waldenström, 2016; Lean et al., 2017),

restrição do crescimento intra-uterino e baixo peso à nascença (Newburn-Cook, 2005; Delbaere, et al., 2007; Silva, 2010; Carolan & Frankowska, 2011; Oliveira et al., 2012; Laopaiboon et al., 2014; Jongh, 2015; Suresh, 2015; Lean et al., 2017), aumento mortalidade perinatal⁹ e neonatal¹⁰ (Reddy, Ko, & Willinger, 2006; Laopaiboon et al., 2014; Waldenström, 2016; Walker, Bradshaw, Bugg, & Thornton, 2016; Lean, Derricott, Jones, & Heazell, 2017).

Outros autores acrescentam ainda que após esta idade aumenta a incidência de abortos e defeitos cromossômicos (Cleary-Goldman et al., 2005; Gomes et al., 2008; Lampinen et al., 2009; Koo et al., 2012; Godino et al., 2013; Ciancimino et al., 2014; Cetin et al., 2015; Suresh, 2015; Walker et al., 2016), malformações fetais (Benzies et al., 2006; Oliveira et al., 2012), hemorragias (Gomes et al., 2008), maiores índices de sofrimento fetal e menores índices de Apgar do recém-nascido ao 5º minuto (Santos et al., 2009; Oliveira et al., 2012). Recentemente vários estudos têm correlacionado o autismo com a idade materna avançada (Gomes et al., 2008; Bhuyan, 2014; Daniluk & Koert, 2015), dificuldades de aprendizagem e esquizofrenia (Daniluk & Koert, 2015). Outros autores concluíram que a idade materna avançada poderia aumentar a possibilidade de mutações genéticas responsáveis por alterações no desenvolvimento da tireóide dos recém nascidos tais como ausência ou pequeno desenvolvimento ou alterações de localização da glândula (Kırmızıbekmez, Güven, Yıldız, Cebeci, & Dursun, 2012).

A doação de oócitos atualmente utilizada nos casos de infertilidade por escassa reserva ovariana relacionada com a idade, representa um fator de risco para as complicações perinatais em especial a pré-eclâmpsia, provavelmente pelo mecanismo histológico de rejeição do embrião pelo hospedeiro, verificando-se problemas de placentação com consequente pré-eclâmpsia e aumento da resistência vascular (Younis & Laufer, 2015). Devido aos efeitos nefastos de uma gravidez múltipla nesta faixa etária que contribuem para o aumento da mortalidade e morbidade materna e fetal (pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, parto pré-termo, aborto, prematuridade e restrição do crescimento intrauterino, morte perinatal), existe atualmente uma tendência universal a implantar apenas um óvulo

⁹ A taxa de mortalidade neonatal é o número de crianças que morre antes de completar 28 dias de idade por cada 1000 crianças nascidas com vida. (INE, Pordata, 2017)

¹⁰ A taxa de mortalidade perinatal é o número de fetos-mortos a partir das 28 semanas de gravidez e de mortes de crianças até uma semana de idade por cada 1000 nascimentos. (INE, Pordata, 2017)

nas mulheres com idade avançada e assim evitar gravidezes múltiplas (Younis & Laufer, 2015).

Um outro estudo concluiu ainda que o efeito da maternidade após os 35 anos tem repercussões negativas na saúde dos filhos a longo prazo, nomeadamente na mortalidade, auto percepção da saúde, estatura e obesidade (Myrskylä & Fenelon, 2012), e uma meta-síntese refere os riscos de esquizofrenia e problemas psicológicos como fobia à escola ou anorexia (Cooke, Mills, & Lavender, 2010). A maternidade nesta faixa etária está também associada a um maior risco de *stress* psicológico e de depressão (Carlson, 2011). Outro estudo refere ainda uma postura dificultadora das mulheres nesta faixa etária que se manifesta por uma disposição física reduzida, menos atitudes positivas em relação à maternidade, maior resistência à mudança, mais ansiedade em relação aos cuidados com a criança no período pós-parto e percepção de que o bebé é mais vulnerável, o que pode originar problemas de adaptação e sentimentos de culpa por terem adiado a maternidade (Gomes et al., 2008).

As grávidas com mais de 35 anos são, por vezes, denominadas de idade avançada, grávidas idosas ou grávidas pré-menopáusicas (Tavares, 2005; Graça, 2017), designações que têm implícita a noção de que a idade materna é considerada por si só um fator de risco. Ao serem consideradas grávidas de risco, têm uma vigilância mais apertada da gravidez com um maior número de consultas e variedade de procedimentos pré-natais, alguns deles invasivos, como por exemplo a biópsia das vilosidades coriônicas da placenta e a amniocentese (Gomes et al., 2008; Godino, Turchetti, Genetics, Skirton, & Genetics, 2013). A amniocentese, através do qual é feito o estudo dos cromossomas fetais, coloca em risco a viabilidade da gestação pelo perigo de aborto (Bornstein et al., 2009), sendo vivenciada com dúvida, incerteza, ambivalência, expectativa e elevados níveis de ansiedade pelas gestantes (Sun, Hsia, & Sheu, 2008; Godino et al., 2013). Ao serem consideradas grávidas de risco estas mulheres pela sua vulnerabilidade acrescida, têm uma maior probabilidade de serem hospitalizadas ou mantidas em repouso, o que se traduz numa vivência da maternidade com maiores índices de ansiedade (Carolan & Nelson, 2007; Sun, Hsia, & Sheu, 2008; Gomes et al., 2008; Lampinen, 2009). A ansiedade pode ter repercussões negativas no ciclo gravídico-puerperal podendo interferir com a evolução da gravidez, o parto e no relacionamento com o recém-nascido. Altos níveis de ansiedade e medo estão relacionados com disfunções da contractilidade uterina, nomeadamente do ritmo e da intensidade das contrações durante o trabalho de parto e ainda com diminuição do índice de Apgar do recém-nascido (Petrie &

Williams, 1996), o que está de acordo com os trabalhos de Dick Read (1950) e de Lamaze (1951) a quem se deve o método psicoprofilático de preparação para o parto, nos quais se pretende interromper o ciclo medo-tensão-dor (Olds, London, & Ladewig, 1987). Estes autores relacionaram a ansiedade materna com a maior tensão muscular, menor perfusão uteroplacentária, maior percepção da sensação dolorosa e maior dificuldade no nascimento.

Mais recentemente, vários autores têm vindo a contestar o conceito de gravidez de risco e a denominação de grávidas idosas ou de maternidade tardia para as mulheres que são mães depois dos 35 anos, pela conotação negativa que encerra, sendo a designação Idade Materna Avançada (*Advanced Maternal Age*) a mais consensual. Para designar a maternidade entre os 45 e os 49 anos é usado o termo Idade Materna Muito Avançada (*Very Advanced Maternal Age*), e, Idade Materna Avançada Extrema (*Extreme Advanced Maternal Age*) para a maternidade após os 50 anos (Osmundson, Gould, Butwick, Yeaton-Massey, & El-Sayed, 2016). Contudo, para a Idade Materna Muito Avançada (45 e os 49 anos) e Idade Materna Avançada Extrema (após os 50 anos), os autores são unânimes em afirmar os riscos acrescidos de complicações maternas e fetais já mencionadas anteriormente (Callaway et al., 2005; Simchen, Yinon, Moran, Schiff, Sivan, 2006; Carolan, Davey, Biro, & Kealy, 2013; Jacquemyn, Martens, & Martens, 2014; Osmundson et al., 2016), principalmente nas primíparas (Ben-David, Glasser, Schiff, Zahav 2016).

A tendência mantida do adiamento da maternidade para depois dos 35 anos e o aparecimento de estudos que realçam bons resultados obstétricos e fetais, permitiu aprofundar este fenómeno e analisá-lo por outros ângulos que não apenas o biológico. Fatores externos e ambientais que estão na base do aumento da esperança de vida, tais como maior e melhor acessibilidade aos cuidados de saúde, maior vigilância de saúde, adoção de estilos de vida mais saudáveis, nível educacional mais elevado e melhores conhecimentos acerca da saúde em geral e em particular da saúde reprodutiva e sexual, determinam escolhas mais conscientes e informadas das mulheres que decidem ser mães depois dos 35 anos e subsequentes melhores resultados (Zasloff, Schytt, Waldenström, 2007; Lisonkova et al., 2011). Porém, não são apenas as mulheres a estarem mais preocupadas com a sua saúde em geral, em particular da saúde sexual e reprodutiva, ou a estarem sob o olhar atento de alguns investigadores. Também os homens têm adotado estilos de vida mais saudáveis, tendo surgido estudos que analisam os fatores influenciadores das intenções de paternidade dos homens (Roberts, Metcalfe, Jack, & Tough, 2011), ou as implicações da idade e da saúde paterna no resultado de uma gestação depois dos 35 anos (Saha, Barnett, Buka, & McGrath,

2009). Este estudo associa a idade paterna avançada com deficientes resultados neurocognitivos durante a infância, nomeadamente a associação da idade paterna avançada com o risco de esquizofrenia; a hipótese levantada é que mecanismos da idade paterna avançada contribuem para mutações e poderiam ter um efeito cumulativo ao longo de várias gerações (Saha, Barnett, Foldi, et al., 2009).

A par destes problemas foram identificados na literatura fatores positivos e facilitadores do processo de transição na maternidade tardia: maior maturidade (Postmontier, 2002), maior autonomia, melhores condições de saúde mental, menor tendência a culpar a equipa de saúde pela dor e a ficar mais satisfeitas com os cuidados prestados (Windridge & Berryman, 1999), e menor medo de ficar sem ajuda e de perder o controlo durante o parto (Stark, 1997); vantagens psicossociais como tendencialmente serem casadas, altamente educadas/diferenciadas e influentes (Benzies et al., 2006). Foram ainda referidas vantagens psicológicas, como a experiência de vida e uma identidade mais consolidada que favorecem a aceitação do bebé como ser independente de si e com características próprias, o que promove o desenvolvimento emocional da criança (Gomes et al., 2008). São ainda descritas vantagens para as crianças como: maiores capacidades cognitivas e inteligência¹¹, menor incidência de punições físicas¹², uma maior independência¹³ e menor incidência de morte súbita¹⁴. Stein & Susser (2000) também concluem que os filhos de pais de idade mais avançada têm como vantagem uma maior segurança financeira o que influencia um melhor desempenho escolar. Já em 1999 Windridge et al., afirmavam que as mulheres desta faixa etária são em geral mais saudáveis, e, mesmo para as que têm doenças crónicas, o controlo e gestão dessas situações clínicas tem melhorado nos últimos anos, sendo que a tendência para terem menos filhos evita os riscos associados à elevada paridade (Windridge & Berryman, 1999). Carolan sugere que os riscos que apresentam as mães com mais de 35 anos são controláveis com bons cuidados obstétricos, sendo possíveis resultados favoráveis destas gestações (Carolan, 2003b). A mesma autora, numa revisão sistemática posterior, conclui que os resultados da maternidade entre os 35 e 39 anos são geralmente favoráveis relacionando este facto com as melhores condições sociais, económicas e educacionais deste

¹¹ Ragozin, A., Basham, R., Crinc, K., Greenberg, M., Robinson, N. (1982). *Effects of maternal age on parenting role*. *Developmental Psychology* 18, 627-634.

Zybert, P., Stein, Z., Belmont, L. (1978). *Maternal age and children's ability*. *Perceptual and motor skills* 47, 815- 818

¹² Sears, R., Maccoby, E., Levin, H. (1957). *Patterns of child rearing*. Row Peterson, Evanston

¹³ Seth, M., Khanna, M. (1978). *Child rearing attitudes of the mothers as a function of age*. *Child Psychiatry Quarterly* 11, 6-9

¹⁴ Naeye, R., Ladis, B., Drage, J. (1976). *Sudden infant death syndrome. A prospective study*. *American Journal of diseases of Children* 130,1207-1210

grupo etário que as leva a serem mais saudáveis e fazerem escolhas de saúde mais prudentes (Carolan & Frankowska, 2011). Um outro estudo associa os atuais melhores resultados neonatais das mães com mais de 35 anos à maior escolaridade, maior estrato socioeconômico, menor paridade, relacionamento estável/casamento e melhor situação de saúde no momento da gravidez (Rodriguez-Romero et al., 2015). Numa outra revisão levada a cabo por uma das autoras anteriormente citadas (Carolan, 2013), conclui que existe uma tendência para resultados favoráveis mesmo para as mães de idade avançada extrema (50-65 anos) desde que saudáveis e descartada a existência de doença prévia anterior à gestação.

Por último, um estudo conclui que o aumento das complicações e intervenções como a hemorragia anteparto e a indução do trabalho de parto são os motivos da associação entre a idade materna avançada com a hemorragia pós-parto. Contudo, o envelhecimento materno *per si* tem um efeito protetor contra a hemorragia pós-parto. Os autores consultados atribuem este fenômeno aparentemente paradoxal à redução da vascularização e consequente diminuição da perfusão uterina relacionada com o envelhecimento (Lao, Sahota, Cheng, Law, & Leung, 2014).

1.4. Pesquisando a Evidência científica qualitativa da maternidade depois dos 35 anos

As implicações físicas e sociais da maternidade após os 35 anos tanto para a mãe como para o feto/recém-nascido estão bem documentadas pela evidência científica acabada de descrever. Da revisão narrativa efetuada deparámos com escassa evidência qualitativa acerca do modo como as mulheres com mais de 35 anos vivenciam o processo de maternidade. Para aprofundar o nosso conhecimento acerca do fenómeno em estudo – a maternidade depois dos 35 anos – realizámos uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) que originou um artigo com o título: Processo de transição para a parentalidade na maternidade tardia: uma metasíntese. O estudo teve como objetivo conhecer o processo de transição para a parentalidade na maternidade tardia. Foi usado o método PICO e efetuada uma pesquisa na EBSCO (CINAHL, MEDLINE, ISI of Knowledge, Cochrane Database of Systematic Reviews), de estudos com abordagem qualitativa, em texto integral, entre 2000 – 2013, tendo sido selecionados 6 artigos (Nelson, 2004; Carolan, 2005; Carolan, 2007; Suplee, Dawley, & Bloch, 2007; Yang, Chen, & Chiu, 2010; Cooke et al., 2012).

Em síntese, apresentamos os elementos encontrados nos estudos com relevância para o Processo de transição para a parentalidade na maternidade depois dos 35 anos, bem como as

Intervenções sugeridas nos mesmos. Neste estudo (RSL), concluímos que as mulheres que engravidam após os 35 anos têm elevada escolaridade e altos rendimentos. O adiamento da maternidade nem sempre é uma escolha consciente, mas antes influenciada por um conjunto de fatores como o tipo de relacionamento com o parceiro, a estabilidade económica, a saúde e a fertilidade. A idade materna avançada, por si só, não é considerada pelas mulheres como fator de risco. O projeto de maternidade é para algumas mulheres, o mais importante das suas vidas e passa por várias etapas como a procura de informação, planeamento da conceção e finalização de outros projetos que possam colidir com a maternidade. A vivência da maternidade tardia parece ser vivenciada com orgulho, excitação, mas também ansiedade e apreensão com o decurso e desfecho da gravidez. A perceção de estarem a vivenciar uma gravidez de risco e da eventualidade de não conseguirem voltar a engravidar parece ter influenciado o investimento na gravidez e levado as mulheres a protegerem-se emocionalmente mantendo um certo distanciamento relativamente à gestação.

A RSL evidencia ainda que a adaptação ao papel maternal na maternidade tardia é mais lenta do que o habitual (4 a 6 meses, em vez de 3 meses), provavelmente devido aos maiores níveis de ansiedade e à vulnerabilidade do recém-nascido e passa quatro fases: a 1ª “o projeto”, anterior à conceção e gravidez; a 2ª entre a 1ª - 4ª semana pós-parto “o pesadelo da maternidade recente”; a 3ª entre o 1-4 meses pós-parto “luta e ambivalência” e a 4ª por volta dos 4-6 meses pós-parto “ceder, realizar, encontrar o próprio caminho”. As dificuldades e receios experienciados por estas mães relacionam-se com as exigências físicas de cuidar de um recém-nascido, mesmo que saudável, com o parto e recuperação pós-parto.

Os enfermeiros de saúde materna pelas suas competências específicas nesta área estão habilitados a fornecer a estas mulheres o conhecimento necessário acerca das implicações da idade na maternidade capacitando-as a tomar decisões informadas. As consultas de planeamento familiar e as pré-concepcionais podem ser meios a utilizar pelos enfermeiros para informar as mulheres acerca da decisão da maternidade. As intervenções de enfermagem na maternidade tardia devem ser holísticas, sensíveis e satisfazer as necessidades físicas, emocionais e sociais da experiência da maternidade neste grupo de mulheres, evitando rotulá-las de mães idosas. O conhecimento mais profundo das razões que as levaram a adiar a maternidade, as suas necessidades especiais e dificuldades, poderão contribuir para que a prestação de cuidados de enfermagem sejam ser um apoio significativo, diminuindo as dificuldades de adaptação ao papel maternal. Os cuidados de enfermagem holísticos e centrados na pessoa podem influenciar positivamente a capacitação para a

transição para a maternidade destas mães com mais de 35 anos, antecipando as suas necessidades e preocupações maternas, demonstrando conhecimento e respeito pela sua autonomia, conhecimentos acerca da maternidade e reafirmando as suas competências parentais. Ao ajudar estas mães a desenvolver, reconhecer e ter confiança nas suas capacidades parentais, desenvolve-se a construção da confiança materna, diminui-se a dependência, atenua-se a ansiedade, promove-se uma vivência mais positiva da maternidade e aumenta-se a satisfação da mulher com os cuidados de enfermagem.

1.5. Enquadramento conceptual da enfermagem na maternidade depois dos 35 anos

Neste subcapítulo serão abordados alguns constructos teóricos como a maternidade, parentalidade, transição e transição para a maternidade, de forma a aprofundar a compreensão do fenómeno da maternidade depois dos 35 anos.

1.5.1. Maternidade e Parentalidade

Apesar de muito se ter escrito acerca da maternidade, raramente o seu conceito é descrito. Paul-Claude Racamier (1961), um psicanalista francês terá sido um dos poucos a definir o conceito de maternidade como “o conjunto de processos psicoafectivos que se desenvolvem e se integram na mulher por ocasião da maternidade”(cit. por Houzel, 2004, p. 47). O dicionário define maternidade como “estado, qualidade de mãe; laço de parentesco que une a mãe ao(s) seu(s) filho(s)”(Houaiss & Villar, 2003, p. 5347). Realçando que a maternidade está para além da gestação, Correia (1998) salienta que a “maternidade não corresponde a um acontecimento biológico mas a uma vivência inscrita numa dinâmica sócio-histórica. Envolve prestação de cuidados, envolvimento afectivo” (Correia, 1998, p.366). A versão da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) de 2015, embora não inclua o termo maternidade, passou a integrar o termo “papel de mãe”, cuja descrição é a seguinte: “Papel parental: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel das mulheres grávidas e mães”(Ordem dos Enfermeiros, 2016, p. 70).

Habitualmente utiliza-se na literatura o conceito de parentalidade que engloba os conceitos de maternidade e de paternidade. Bayle (2005) na sua definição do conceito de parentalidade, destaca a importância da temporalidade e do processo, dado que a parentalidade é um processo de transformação e de crescimento que os pais atravessam e se desenvolve ao longo do tempo. Para este autor a parentalidade “é um processo maturativo que leva a uma

reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos de se tornarem pais, isto é, de responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s)”(Bayle, 2005, p. 322). Por sua vez, a versão de 2015 da CIPE, engloba na sua definição de parentalidade as noções de responsabilidade pelo desenvolvimento harmonioso e otimização do potencial da criança, da prestação de cuidados como resposta às suas necessidades e da integração da criança na família:

Tomar Conta; assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p.71)

Segundo Canavarro & Pedrosa (2005) existem várias abordagens da transição para a parentalidade de acordo com os modelos teóricos subjacentes, nomeadamente a teoria da Vinculação desenvolvida por John Bowlby (1969-1980, 1973, 1980), para quem os seres humanos têm necessidade de desenvolverem ligações afetivas de proximidade, com o objetivo de atingirem a segurança que lhes permitirá explorar com confiança o *self*, os outros e o mundo. Mary Ainsworth (1978) realçou a importância dos cuidados parentais e proteção da criança, apontando a sensibilidade materna enquanto capacidade de avaliar, interpretar os sinais do bebé – a que chamou sensibilidade - e a capacidade de lhe dar resposta – responsividade - como importantes preditores duma vinculação bem-sucedida ou vinculação segura, e, por oposição, vinculação insegura à mal-sucedida (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). A figura parental será a que por excelência – pela proximidade, proteção e prestação de cuidados, estará melhor posicionada para proporcionar uma vinculação segura à criança. Esta vinculação preferencial, denunciada por manifestações de angústia e protesto por parte da criança em caso de separação, levou a que Ainsworth (1989) identificasse quatro características inerentes à vinculação preferencial: procura de proximidade, noção de base segura, a procura de refúgio na figura de vinculação quando é percecionada uma ameaça e as reações intensas perante a separação, que quando prolongada se manifesta por protesto, desespero e desapego (Guedeney & Guedeney, 2004). Outras perspetivas como a Ecológica desenvolvida por Belsky (1999) e Bronfenbrenner (1986) que reconhecem a influência dos

sistemas intrafamiliares e ambientais no comportamento humano, ou a perspectiva Desenvolvimentista (Canavarro, 2001; Belsky, 1984; Cowan & Cowan, 1988, 1992, 1995), salientam a passagem para uma nova fase do ciclo de vida familiar com redefinição de papéis e tarefas ou a complexificação do sistema familiar no caso de haver filhos anteriores. Também as teorias do *Stress* e Mudança (Vaz Serra, 1999; Boss, 2002) ajudam a compreender melhor a complexidade desta etapa da vida do casal e em particular da mulher. Segundo esta perspectiva os processos de gravidez, maternidade e transição para a parentalidade implicam *stress*, embora Boss realce para a neutralidade do mesmo: “o *stress* familiar apenas significa mudança – um equilíbrio perturbado no sistema” (Boss, 2002, p.62) não sendo positivo nem negativo, embora possa resultar em crise se a perturbação do equilíbrio familiar for de tal modo grave que o funcionamento do sistema fique bloqueado ou incapacitado. Nesta perspectiva a transição para a parentalidade pode ser um evento indutor de *stress*, e, por isso, requer o seu reconhecimento, recursos e estratégias de *coping* (Canavarro & Pedrosa, 2005).

A maternidade não se resume à parte física da gravidez, parto e puerpério que podem até nem ter existido, como se verifica no caso da adoção. Uma vez iniciado o processo de maternidade, este é irreversível. De acordo com Bayle (2005) a maternidade é um processo único, de *longa* duração no qual a mãe se implica com a sua personalidade, história de vida, o seu passado, o romance do casal e os acontecimentos de vida. Apesar da dificuldade em encontrarmos definições do conceito de maternidade na literatura, a sua importância é clara pela atenção que tem sido dispensada à transição para a maternidade no espectro da literatura atual, que em seguida abordaremos.

1.5.2. De mulher a mãe: a transição para a maternidade

Neste subcapítulo abordaremos o conceito de transição, a teoria das transições de Afaf Meleis e de alguns autores que mais especificamente se têm debruçado sobre a transição para a maternidade, como Reva Rubin (1976, 1984), Colman & Colman (1994), Canavarro & Pedrosa (2005) e Ramona Mercer (2004).

O conceito de transição deriva da raiz etimológica da própria palavra que em latim *transire* significa passar, atravessar. Para Chick & Meleis, autoras de referência em que nos inspiramos, entre outros, transição é “a passagem de uma fase de vida, condição ou status para outra”, um conceito que “engloba os elementos de processo, tempo e percepção” (2010, p. 25). Esta passagem de um estado estável para outro estado igualmente estável é um

processo desencadeado por eventos críticos e mudanças nos indivíduos ou no ambiente em que estão inseridos.

A maternidade altera profundamente a vida das mulheres sendo considerada por Mercer a maior transição de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida (Mercer, 2004). Na transição para a maternidade as mulheres têm a consciência da irreversibilidade do processo, envolvem-se nele, têm a noção que envolve mudanças nas suas vidas que, por sua vez, determinarão diferenças na sua forma de ser, sentir e estar daí em diante. É uma transição que simultaneamente resulta da mudança e origina mudança (Meleis, Sawyer, Im, & Messias, Schumacher, 2010). Tornar-se mãe significa passar de uma realidade conhecida para outra desconhecida (Mercer, 2004). Esta transição, implica que a mulher reestruture os seus objetivos, comportamentos e responsabilidades para atingir um novo conceito de si. Para Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000) as transições podem ser facilitadas ou dificultadas pelas condições particulares da mulher, as crenças e atitudes culturais, o estatuto socioeconómico, a preparação e conhecimento e as condições comunitárias e sociais (Mercer, 2010). Segundo Meleis as transições são dinâmicas e caracterizam-se por fases, marcos e pontos de viragem e podem ser definidas através de processos e/ou de resultados (2010). A transição para a maternidade é despoletada por um evento crítico – a constatação da gravidez ou pela sua antecipação, e, neste caso o desejo ou idealização de ser mãe. É uma mudança de um estado estável para outro estado estável, com momentos-chave e pontos de viragem que ocorrem ao longo do processo que exigirão novos padrões de resposta ao nível das capacidades, relações e papéis, que, por sua vez, conduzirão a determinados resultados. O diagnóstico da gravidez e a sua aceitação representa um desses momentos-chave que determinará mudanças que exigirão novos padrões de resposta à futura mãe. As condições da mulher ou do contexto em que ocorre a transição para a maternidade, podem ser facilitadoras ou dificultadoras do processo e do resultado da transição. Assim, para compreender as experiências de maternidade e para uma intervenção de saúde, em particular na perspetiva da enfermagem, torna-se importante conhecer as condições pessoais e contextuais da mulher em que ocorre a transição. Como em qualquer intervenção de enfermagem importa identificar os fatores relativos à pessoa e ao ambiente que rodeiam a grávida e a maternidade, bem como o que a pessoa sabe sobre o processo de gravidez e maternidade (Collière, 1999). Para uma intervenção individualizada é significativo, por exemplo, conhecer o significado que as mulheres atribuem à maternidade, as crenças e atitudes culturais associadas à maternidade da mulher e da família, a paridade, o nível de

escolaridade, o estatuto socioeconómico, o suporte familiar e social, a rede de cuidados de saúde. As experiências dos pais, familiares do cônjuge/parceiro, bem como o suporte e crenças dos amigos, são igualmente condições que poderão influenciar positivamente ou negativamente o processo e o resultado da transição. Os objetivos de vida, os medos e anseios relativos à vida e ao fenómeno específico da maternidade são áreas nem sempre tidas em conta no quotidiano da prática dos cuidados proporcionados às mulheres nesta transição.

De acordo com o projeto de regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) aprovado pelo respetivo Colégio da Especialidade da Ordem dos Enfermeiros a 26 de Janeiro de 2018, (em substituição do atual e ainda em vigor do perfil de competências aprovadas pelo Regulamento n.º 127/2011), pode ler-se:

o enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica - assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher. (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2018, p. 3)

Tanto estas competências, ainda que muito gerais, como a sua descrição mais pormenorizada no descritivo e nos critérios de avaliação de cada uma das competências apresentadas no mesmo documento da página 4 a 9, estão redigidas numa linguagem onde não descortinamos atividades direcionadas claramente para situações de vulnerabilidade da situação da transição para a maternidade, à exceção das situações de patologia. O cuidado individualizado, centrado na pessoa, holístico e por isso na sua globalidade, não estão patentes nestas competências específicas dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica. Contudo, num outro documento da Ordem dos Enfermeiros (OE), ao explicitar a filosofia de cuidados de saúde materna e obstétrica a importância dos cuidados centrados na pessoa são claramente identificados quando se lê:

o Cuidado prestado pelo EESMO/Parteira é, naturalmente, holístico, pois atende à compreensão da Mulher nas suas dimensões social, emocional, cultural, espiritual, psicológica e física/biológica, no seu ciclo reprodutivo, considerando-a no seu todo. (Barradas, A. et al., 2015, p. 9)

assim como a relevância do empoderamento das mulheres:

o modelo de cuidados centrado na Mulher implica uma adequação dos mesmos às suas reais necessidades, que estes sejam sensíveis às necessidades individuais das mulheres, e que haja lugar a escolhas informadas sobre todos os aspetos relativos à prestação de cuidados. Pressupõe ainda que seja enfatizado o empoderamento (*empowerment*) capacitação das mulheres, afirmando a sua própria força e competências pessoais”. (Barradas, A. et al., 2015, p. 8)

Ou seja, a filosofia de Cuidados em Saúde Materna e Obstétrica assenta num modelo assistencial, em que os cuidados prestados pelo EESMO se baseiam no trabalho de parceria com a mulher e na sua centralidade no ciclo reprodutivo.

A transição para a maternidade pode também ser encarada como uma transição situacional, pela alteração na dinâmica familiar que introduz, na medida em que a díade passa a tríade ou no caso de já haver filhos anteriores, é acrescentado mais um elemento na dinâmica pré-existente. E, em particular nesta faixa etária, poderá ainda constituir-se como uma transição de saúde-doença, pela elevada probabilidade do surgimento ou agravamento de doenças adquiridas ou pré-existentes, ou ainda pela recuperação pós-cirurgia decorrente da necessidade da realização de uma cesariana. Pode, deste modo, considerar-se não apenas uma transição de desenvolvimento, mas também uma transição múltipla, ao envolver vários tipos de transições em simultâneo (Meleis, 2010), o que aumenta a vulnerabilidade e a complexidade do processo de transição.

Para que uma transição seja bem sucedida, os sentimentos de *stress* e *distress* (ansiedade, insegurança, frustração, depressão, apreensão, ambivalência e solidão) são substituídos pela sensação subjetiva de bem-estar, de mestria no desempenho do papel e de bem-estar nas relações interpessoais (Schumacher & Meleis, 1994). Estes indicadores de processo e de resultado devem constituir-se como a finalidade da prática de cuidados especializados de

enfermagem de saúde materna e obstétrica, traduzidos numa prática de cuidados *de e para* o cliente, neste caso particular as mulheres a experienciarem e a alcançarem uma transição bem sucedida para a maternidade após os 35 anos.

Meleis na sua teoria, recupera e adota o conceito de papel da escola do interacionismo simbólico, desenvolvido por George Herbert Mead, ou seja, considera o papel como o resultado da interação dos atores num sistema social, sendo por isso validado pela aceitação dos outros. É através da interação com os outros que cada um descobre, cria, modifica e define os seus papéis e os incorpora no seu autoconceito/ identidade (Meleis, 2010). Deste modo, a transição de papel está associada a uma mudança nas relações interpessoais, expectativas e habilidades. Por exemplo, o relacionamento com o companheiro que no caso da maternidade, a inclusão de uma terceira pessoa (o bebé), muda por completo a estrutura de grupo que, de díade passa a tríade, com mudanças significativas no papel materno. As mudanças de papel passam pela aquisição de outros papéis, neste caso o parental, com perda simultânea de outros até então desempenhados. Durante este processo podem surgir sentimentos negativos, uma clara manifestação de insuficiência do papel, ou seja, a mãe reconhecer que existem dificuldades em atingir os objetivos associados ao desempenho do papel, percebidos por si ou pelos outros significativos. Para diminuir, melhorar ou prevenir a insuficiência de papel são utilizadas determinadas estratégias como a suplementação de papel, entendido como um processo intencional para o ultrapassar, através de estratégias de clarificação do desempenho do papel, o qual compreende o conhecimento necessário para o desempenho, e, pressupõe que a pessoa reduza a ambiguidade e os conflitos existentes ao pretender desempenhar o papel esperado. Ou seja, no desempenho do papel, o indivíduo é capaz de imaginar o ponto de vista de outro e colocar-se no lugar do outro. A existência de modelos de referência, permite que através da observação do próprio desempenho, da imitação e da tentativa e erro, possam constituir uma fonte de aprendizagem e de suplementação do papel. Tal como o treino mental do papel, em que o indivíduo fantasia, imagina e mentalmente atua numa suposta situação, antecipando as respostas dos outros significativos, a comunicação e interação com os outros são os pilares da clarificação e suplementação do papel, como acontece com a existência de grupos de referência, de que são exemplo grupos de pares ou os enfermeiros. Esta clarificação e suplementação do papel é baseada na partilha de símbolos em que os significados são construídos e partilhados através das interações sociais. Neste caso o indivíduo ao tornar-se mãe pode conseguir ter um olhar externo de si próprio e por isso imaginar como os outros o vêem no seu papel de

mãe (Meleis, 2010). A transição para a maternidade depois dos 35 anos não é experienciada pelas mulheres de forma igual. As diferenças individuais, bem como do contexto em que estão inseridas, irão contribuir para que cada mulher experiencie a maternidade de forma diferente. A exploração destas premissas na preparação, orientação e gestão da gravidez pode ajudar a mulher a antecipar um papel que lhe foi vagamente referido como complexo, mas cujo grau de vulnerabilidade a mulher pode não perceber claramente.

A transição para a maternidade com o estabelecimento de uma identidade materna contribui para o desenvolvimento psicossocial da mulher. As transições são experiências pessoais e cada indivíduo experiencia uma transição de modo diferente. As transições são diversas e complexas, podem ser sequenciais ou simultâneas e podem envolver incerteza, a grávida pode viver estes processos sem ter a consciência de quanto tais experiências vividas na incerteza podem afetar a sua saúde e bem-estar.

O conceito de vulnerabilidade está associado ao conceito de transição. A vulnerabilidade está relacionada com as experiências de transição, interações e condições ambientais que expõem os indivíduos a um potencial dano, problemática, recuperação extensa ou demorada ou forma pouco saudável como lidam com uma situação (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010). Por outro lado, a vulnerabilidade acrescida a que estas mães estão expostas já referidas anteriormente - não só pelos riscos físicos de desenvolverem patologia ao longo do processo, ou de verem as patologias anteriores à gravidez agudizarem-se, pelos riscos acrescidos a que o bebé está sujeito, como também pelo risco psicológico e social que uma gestação nesta idade acrescenta – requer um olhar atento (individual e global), que possibilite intervenções promotoras de uma transição segura e saudável. Os cuidados de enfermagem vão ao encontro das necessidades das pessoas com vulnerabilidades a viver processos de transição, pois a enfermagem "está preocupada com os processos e as experiências dos seres humanos durante o percurso das transições, no qual a saúde e a percepção do bem-estar são os resultados/ganhos" (Meleis & Trangenstein, 1994, p. 257). Os enfermeiros têm como função específica derivada do seu papel social apoiarem as pessoas na gestão dos diversos tipos de transição inerentes à sua trajetória de vida, seja na preparação das transições previstas como são as de desenvolvimento, as situacionais ou outras. Esta função de preparação, apoio e orientação são domínios de intervenção dos enfermeiros (Benner, 2001) que preparam da melhor forma possível as pessoas para essa transição de forma a que se possam antecipar problemas, pois toda e qualquer transição causa

vulnerabilidade acrescida e, esta, se não for apoiada pode criar condições de mal-estar e doença.

Assim, o conhecimento do processo de transição para a maternidade experienciado por estas mães com mais de 35 anos, permitirá ajudar os profissionais do sistema de saúde a identificar as suas necessidades específicas e contribuirá para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem centradas nas necessidades únicas de cada cliente e que lhes deem resposta.

Ao pesquisar a evidência científica acerca da transição para a maternidade, constatámos que vários autores se têm debruçado sobre o assunto, como Reva Rubin (1976, 1984), Colman & Colman (1994), Canavarro & Pedrosa (2005), Mercer (2004). A transição para a maternidade engloba várias tarefas desenvolvimentais específicas que vão desde a satisfação pessoal, relacionamento com a família de origem e com o companheiro, aceitação do bebé e reestruturação da identidade materna. A realização de tais tarefas desenvolvimentais requerem a reestruturação de responsabilidades e comportamentos, exigindo da mulher a experienciar essa transição um compromisso intenso e um envolvimento ativo (Graça, Figueiredo, & Carreira, 2010).

Reva Rubin (1976) identificou quatro objetivos que as mulheres se esforçam por alcançar durante a gravidez e acrescentou serem estes o quadro básico de motivação no comportamento materno. Dois deles são direcionados para o bebé durante a gravidez: garantir a segurança e a aceitar o filho ainda feto; os outros dois direcionadas para a formação do papel materno e de relacionamento com o filho: ligar-se ao filho e aprender a dar-se em benefício do filho (Rubin, 1976).

Para Colman & Colman o ano do nascimento é encarado como um período de transição em que os novos pais se preparam para as tarefas desafiantes e complexas e que pode servir para “alcançar novos níveis de força pessoal e clarificação de objetivos” (Colman & Colman, 1994, p.175). Estes autores identificam seis tarefas psicológicas para o ano de reprodução: aceitar a gravidez, aceitar a realidade do feto, reavaliar a geração de pais mais antiga, reavaliar o relacionamento entre companheiros, aceitar o bebé como uma pessoa separada e integrar a identidade parental.

Na mesma linha desenvolvimentista, Canavarro em 2001 identificou várias tarefas de desenvolvimento associadas ao período de transição da gravidez (aceitar a gravidez, aceitar a realidade do feto, aceitar o bebé como pessoa separada, reavaliar e reestruturar a relação com os pais, reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro, reavaliar e

reestruturar a sua própria identidade para incorporar a identidade materna e reavaliar e reestruturar a relação com os outros filhos) (Canavarro, 2001) e em 2005, de um modo mais abrangente identifica as seguintes tarefas de desenvolvimento da transição para a parentalidade:

- a) reavaliar e reestruturar a relação com os pais; b) reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro; c) construir a relação com a criança enquanto pessoa separada e d) reavaliar e reestruturar a sua própria identidade (papéis, valores, objetivos pessoais e prioridades). (Canavarro & Pedrosa, 2005, p. 240)

Ramona Mercer desenvolveu a Teoria de Consecução do Papel Maternal (Maternal Role Attainment), embora a designação tivesse sido introduzida anteriormente por Rubin (1967). Em 2004 Mercer propõe a substituição da designação Consecução do Papel Maternal por Tornar-se Mãe ¹⁵(Becoming a Mother) considerando que a transição para a maternidade se desenvolve em quatro fases distintas: a primeira, ainda durante a gravidez, de compromisso, ligação ao feto e preparação para parto e maternidade; a segunda nas primeiras 2 a 6 semanas após o nascimento de restauração física e aquisição de conhecimentos, aprendizagem sobre o cuidar do bebé; a terceira entre as 2 semanas a 4 meses de adaptação a um novo normal (novo quotidiano); a quarta e última fase, por volta dos 4 meses, de alcance de uma identidade materna através da redefinição de si mesma para incorporar a maternidade. Nesta altura, a mãe sente-se autoconfiante e competente com a sua maternidade e expressa amor e prazer em interagir com o bebé (Mercer, 2004, 2010; Mercer & Walker, 2006).

Pelo exposto fomos levadas a concluir que o processo de transição para a maternidade é complexo e que o facto de ocorrer num dos extremos da vida reprodutiva, associado a outros fatores pessoais e de contexto, poderão vir a complexificar ainda mais esse processo. Questionámo-nos: será que a transição para a maternidade depois dos 35 anos será um processo semelhante aos anteriormente descritos na literatura noutras faixas etárias? Será que o modo como as mudanças ocorrem nas mulheres, serão processos lineares, comuns a todas as mulheres? Como se desenvolve a identidade materna e acontece a redefinição de si mesma para incorporar a maternidade no seu projeto de vida? Foram estas as dúvidas que se nos colocaram e nortearam o percurso da investigação.

¹⁵ Tradução nossa

Procurámos neste capítulo abordar o fenómeno da maternidade tardia, sob várias perspectivas, recorrendo a várias disciplinas, teorias e modelos, de enfermagem ou de outras ciências, de modo a alargar a nossa compreensão sobre a temática. A interdisciplinaridade tem essa vantagem que procurámos utilizar no enquadramento teórico do estudo que desenvolvemos e cuja metodologia será apresentada no próximo capítulo.

2. METODOLOGIA

Neste capítulo serão descritos e fundamentados o percurso e as opções metodológicas tomadas no decurso da investigação. Em primeiro lugar apresentaremos a questão de investigação, finalidade e objetivos do estudo que condicionaram e determinaram as opções metodológicas; seguidamente faremos uma breve descrição das raízes históricas da Grounded Theory (GT) e das diferentes perspetivas e razões da escolha da perspetiva de Kathy Charmaz. Seguem-se as considerações éticas, os procedimentos de amostragem e a caracterização dos participantes, os métodos de colheita e análise dos dados e por último os critérios de avaliação do estudo.

2.1. Introdução à Abordagem Metodológica: Questão de Investigação, finalidade e objetivos do estudo

A escolha do paradigma de investigação que norteia um estudo é condicionada pela finalidade, objetivos e pergunta de investigação. Assim no paradigma qualitativo procura-se compreender o fenómeno, enquanto no quantitativo procura-se a sua verificação. A investigação qualitativa enquanto método procura compreender os fenómenos sob a perspetiva dos participantes, sendo que a metodologia de abordagem ao estudo é determinada pela pergunta de investigação. O presente estudo teve como ponto de partida a seguinte pergunta de investigação: *“Como se desenvolve o processo de transição para a maternidade depois dos 35 anos, no período pós-parto?”*.

Tendo em conta a questão de investigação foi definida como finalidade do estudo *“Compreender o processo de transição das mulheres em situação de maternidade depois dos 35 anos”*, já que os resultados do estudo poderão, e acreditamos, serão utilizados para melhorar os modelos atuais de intervenção de cuidados de enfermagem às mulheres que experienciam a maternidade depois dos 35 anos, uma população-alvo dos cuidados de enfermagem de saúde materna cada vez mais expressiva em termos numéricos.

Decorrentes desta, foram traçados os seguintes objetivos para o estudo:

- Identificar os momentos-chave do processo da transição na maternidade depois dos 35 anos
- Compreender as facilidades e dificuldades no desempenho do papel maternal experienciadas pelas mães depois dos 35 anos.

- Compreender as estratégias/intervenções facilitadoras na adoção do papel maternal mais frequentemente usadas pelas mães depois dos 35 anos.
- Reconhecer os resultados de uma transição bem-sucedida para o papel maternal experienciadas pelas mães depois dos 35 anos.

2.2. Grounded Theory

No paradigma qualitativo a finalidade da investigação é a compreensão dos fenômenos através do raciocínio dedutivo. Neste paradigma que privilegia a descrição e compreensão da experiência humana, os investigadores reconhecem e valorizam a subjetividade (Streubert & Carpenter, 2013). As metodologias qualitativas permitem uma exploração aprofundada das experiências dos participantes, conduzida pelos próprios participantes e livre de influências de teorias preconcebidas ou hipóteses sobre o que poderá surgir da pesquisa. A abordagem qualitativa possibilita descrições ricas do fenômeno em estudo e permite levantar hipóteses acerca dele, contribuindo para a construção ou desenvolvimento de teorias ou quadros conceituais (Denzin & Lincoln, 2011). A investigação qualitativa tem também um importante papel ao clarificar os valores, linguagem e significados atribuídos pelas pessoas, ao permitir serem elas próprias a falarem em vez de serem confrontados com as categorias e termos que lhes são impostos por outros (Denzin & Lincoln, 2011). A metodologia selecionada para este estudo foi a Grounded Theory (GT), pois permite explorar as experiências dos participantes e descobrir novas dimensões dos processos sociais que acontecem na vida das pessoas (Streubert & Carpenter, 2013). A GT é uma metodologia que possibilita o estudo de fenômenos e processos sociais, ao proporcionar ferramentas para o seu estudo, promover abertura a todos os possíveis entendimentos teóricos e, promover o desenvolvimento de tentativas de interpretações sobre os dados através da codificação e categorização, desenvolver verificações sistemáticas e refinamentos das principais categorias teóricas do pesquisador (Charmaz, 2012). Os conceitos e as ligações teóricas que explicam o que se passa na área em estudo e permitem gerar uma teoria são fundamentados nas experiências dos participantes, ou seja a teoria é gerada a partir dos dados (Strauss & Corbin, 2002; Charmaz, 2006; Bryant & Charmaz, 2007; Corbin & Strauss, 2008; Strauss & Corbin, 2008; Charmaz, 2009; Charmaz, 2014). Neste estudo para aceder à experiência de maternidade das participantes, realizámos uma análise qualitativa utilizando a GT segundo Kathy Charmaz (Charmaz, 2014), que mais à frente detalharemos.

2.2.1. Interacionismo Simbólico e Grounded Theory

A Grounded Theory enquanto metodologia qualitativa, alicerçada nos dados e construída a partir dos dados através do método das comparações constantes, tem a sua base no interacionismo simbólico de George Herbert Mead (1932) e Herbert Blumer (1969).

O interacionismo simbólico é uma perspetiva teórica dinâmica que encara as ações humanas como construídas do *self*, da *situação* e da *sociedade* que possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com quem interagem (Charmaz, 2014). A consciência deste fenómeno social – a maternidade depois dos 35 anos - interferiu positivamente no desenrolar da interação do investigador com as participantes, na medida em que a forte atenção ao que era dito por parte das participantes fazia ajustar o questionamento do investigador no sentido de serem elas as condutoras do processo de interação sem que o objetivo do estudo ficasse esquecido. No interacionismo simbólico a linguagem e os símbolos desempenham um papel fundamental na formação e partilha dos significados e ações; nesta perspetiva as interpretações e as ações são um processo recíproco que se afetam mutuamente, ou seja, agimos em resposta ao que interpretámos de uma determinada situação, mas por outro lado, “as nossas ações e as das outras pessoas, afetam a situação e conseqüentemente podemos modificar a nossa interpretação do que é, foi, ou irá acontecer” (Charmaz, 2014, p.262). Para Barney Glaser o objetivo do investigador é compreender o comportamento e os significados que os sujeitos atribuem à sua experiência, no seu contexto natural, de modo a descobrir o processo social básico subjacente (Glaser, 1978), ou seja os investigadores em GT que adotam o interacionismo simbólico como base filosófica precisam de compreender como é que os comportamentos dos participantes se formaram através da interação social num determinado contexto (Le Navenec, 2011). Tendo por base estes pressupostos do interacionismo simbólico na investigação qualitativa, nomeadamente na GT, aceder e compreender os significados que os participantes atribuem aos fenómenos é um dos desafios que se coloca ao investigador. Em GT a flexibilidade dos métodos de recolha de dados visa aceder à perspetiva dos participantes, embora o papel interpretativo seja da responsabilidade do investigador.

2.2.2. Escolha da Grounded Theory Construcionista de Kathy Charmaz

A metodologia da GT é uma abordagem de investigação qualitativa que procura desenvolver uma teoria fundamentada nos dados colhidos e analisados de forma sistemática. Inicialmente foi introduzida e desenvolvida por dois sociólogos - Barney Glaser e Anselm Strauss, quando

realizavam um estudo com doentes terminais num hospital (Glaser & Strauss, 1965). Neste estudo desenvolveram um método em que a colheita e análise simultânea dos dados possibilitavam a construção de uma teoria fundamentada nos dados, em vez de testar noções preconcebidas (Ramalho, Adams, Huggard, & Hoare, 2015). Em 1967 Glaser e Strauss publicaram o livro *The Discovery of Grounded Theory* em que descreviam o método (Glaser & Strauss, 1967). Mais tarde, em 1990, Anselm Strauss e Juliet Corbin publicaram o livro *Basics of Qualitative Research* (Strauss & Corbin, 1990b), que provocou uma cisão entre o pensamento de Glaser e de Strauss. A metodologia continuou a evoluir e surgiram três abordagens metodológicas distintas da GT: a abordagem Glaseriana ou Clássica de Barney Glaser, a Straussiana desenvolvida por Anselm Strauss e Juliet Corbin e a abordagem construtivista de Kathy Charmaz (Streubert & Carpenter, 2013).

A abordagem clássica de Glaser enfatiza a natureza interpretativa, contextual e emergente do desenvolvimento de uma teoria (Thai, Chong, & Agrawal, 2012), em que a pergunta de investigação não é uma declaração que identifica o fenómeno a ser estudado, mas sim o resultado do problema e questões relacionadas com o problema que emergiram e que orientarão a amostragem teórica. O foco da pesquisa surge com a codificação aberta, a colheita de dados pela amostragem teórica e a comparação constante entre os dados. Com esta perspetiva, Barney Glaser defende a formulação da pergunta de investigação numa fase avançada do estudo e que o investigador na fase de colheita de dados, e, mesmo em estádios mais tardios da pesquisa deve iniciar o trabalho empírico sem ter feito uma revisão da literatura sobre o tema em estudo, de modo a não ser contaminado com ideias preconcebidas (Ramalho et al., 2015; Streubert & Carpenter, 2013; Dunne, 2011). Segundo Glaser “*our perspective was to start off knowing nothing, in contrast to the typical research plan of knowing the problem before hand*”¹⁶ (Glaser, 2016, p. 5), tornando-se numa metodologia isenta de preconceções em que são os participantes que ditam o que investigar pela relevância e ajuste/ adequação ao tema. No nosso caso, foi a pergunta de investigação que determinou a escolha da metodologia a utilizar e efetuámos uma revisão de literatura acerca do fenómeno em estudo, antes de iniciar o trabalho empírico, razões porque não adotámos a linha Glaseriana da GT.

Anselm Strauss e Juliet Corbin reconhecem que o investigador traz para a pesquisa não apenas a sua experiência pessoal e profissional, mas também o conhecimento adquirido na

¹⁶ “a nossa perspetiva foi começar por não saber nada, em contraste com o plano de pesquisa típico de conhecer o problema antes iniciar o trabalho de campo” (tradução do investigador).

literatura (Ramalho et al., 2015; Corbin & Strauss, 2015). A abordagem Straussiana permite uma revisão da literatura inicial para identificar os problemas de investigação e as áreas em que poderão ser pesquisados os dados. O recurso à literatura, técnica e não-técnica, deve ocorrer em todas as fases da pesquisa. De acordo com esta perspectiva, o investigador não começa a pesquisa com uma teoria preconcebida, mas começa numa área de estudo e permite que a teoria surja a partir dos dados (Strauss & Corbin, 2008; Thai et al., 2012). Strauss e Corbin defendem a formulação de uma pergunta de investigação (Streubert & Carpenter, 2013), que forneça ao investigador flexibilidade e liberdade para explorar o fenómeno em profundidade; por outro lado, a pergunta de investigação identifica o fenómeno a ser estudado, delimita o alcance do estudo e orienta para a ação e o processo envolvidos (Strauss & Corbin, 1990b). A teoria deve emergir dos dados, sem os forçar, sem ideias preconcebidas ou assunções que possam contaminar a subjetividade do investigador, ou seja, o investigador deve ficar de certa forma afastado do processo de investigação, tornando-se num observador neutro (Ramalho et al., 2015). Na abordagem Straussiana a análise é feita pela codificação aberta, axial, seletiva e teórica. A codificação aberta tem o objetivo de identificar categorias e as suas propriedades e dimensões, enquanto a codificação axial tem o propósito de relacionar as categorias com as subcategorias usando um modelo de paradigma de um modo bastante rígido em que cada categoria é avaliada pelas suas propriedades e dimensões, isto é, pelas condições, contexto, estratégias de ação/interação e consequências (Strauss & Corbin, 1990; Strauss & Corbin, 2008; Thai et al., 2012). Barney Glaser reagiu a este modelo de paradigma de análise acusando Anselm Strauss e Juliet Corbin de estarem a forçar os dados e de se estarem a distanciarem da metodologia inicialmente desenvolvida por ambos (Glaser, 2016). Apesar de Barney Glaser e Anselm Strauss pretenderem distanciar-se do positivismo dos métodos quantitativos prevalente na ciência até então, as perspectivas destes dois fundadores da GT foram influenciadas pelo treino quantitativo do primeiro e pelas raízes do interacionismo simbólico do segundo (Higginbottom & Lauridsen, 2014; Leite, 2015).

Kathy Charmaz decidiu afastar-se do positivismo que viu nas abordagens à GT de Barney Glaser, Anselm Strauss e Juliet Corbin, que defendiam a existência de uma realidade externa, que a pesquisa deve ser generalizável e que o pesquisador é um observador objetivo com pouca influência nos dados e nos processos analíticos. Esta corrente objetivista da GT considera que o investigador fica fora do fenómeno em estudo, vê o pesquisador como um observador neutro, a quem não se colocam questões acerca das suas assunções, estatuto

privilegiado ou posições acerca do estudo (Charmaz, 2011). Segundo a mesma autora, as concepções positivistas enfatizavam a objetividade, a generalização e a replicação das pesquisas através do uso de métodos e técnicas, reduzindo a experiência humana a variáveis quantificáveis (Charmaz, 2014).

Kathy Charmaz, por sua vez, optou por uma abordagem construtivista (Charmaz, 2006). O paradigma construtivista assume um relativismo ontológico porque aceita a existência de múltiplas realidades, uma epistemologia subjetivista porque o investigador e os participantes co-constroem os significados e uma metodologia naturalística na medida em que adota um conjunto de procedimentos naturais, isto é, realizados no mundo natural dos participantes (Denzin & Lincoln, 2011). A abordagem construtivista adota as estratégias metodológicas clássicas de Barney Glaser e de Anselm Strauss, mas em simultâneo inclui a relatividade e a reflexividade no processo de pesquisa (Charmaz, 2011). Para Charmaz a realidade social é múltipla, processual e construída sendo que as posições, privilégios, perspectivas e interações do investigador devem ser tidas em conta e consideradas como parte da realidade da investigação, ou seja, o investigador não é um observador neutro – as suas preconcepções e privilégios influenciam e moldam a análise. Charmaz utiliza o termo construtivista para realçar a subjetividade do envolvimento do investigador na construção e interpretação dos dados, em vez de ver o investigador separado da investigação, defendendo que as teorias devem ser construídas e são afetadas pelas interações do investigador ao longo da sua vida. O investigador não pode separar-se das suas experiências ou da investigação ou ser objetivo acerca dos dados; pelo contrário, faz interpretações subjetivas dos dados, fundamentadas na sua perspectiva, privilégios, posições, interações ou localizações geográficas (Charmaz, 2014; Higginbottom & Lauridsen, 2014). Como resultado, os achados do investigador não são representativos de uma verdade, de uma realidade descoberta, mas interpretações de múltiplas realidades mutuamente construídas pelo investigador e pelo investigado/participante (Wertz et al., 2011). Na perspectiva construtivista o conhecimento é visto como “construído num processo de intercâmbio social” (Flick, 2014, p. 78), em que a presença do investigador no produto da investigação não é neutral, nem indesejável. A sua voz no resultado final da investigação não deve ser excluída, evitada ou escondida (Ramalho et al., 2015). Na perspectiva construtivista o papel dos participantes não é um papel passivo mas, pelo contrário, a teoria final gerada é realmente uma co-construção do investigador e participantes ou a construção do investigador acerca das construções dos participantes (Charmaz, 2006; Ramalho et al., 2015; Higginbottom & Lauridsen, 2014). Nesta abordagem

interpretativa de Charmaz, como denomina Lise Allen (Allen, 2010), nem os dados, nem as teorias são descobertas, mas sim construídas pelo investigador e pelo participante; as respostas dos participantes a uma questão são “uma construção-reconstrução de uma realidade” (Charmaz, 2006, p.27). No nosso caso, a RSL realizada, a identificação dos conceitos sensibilizantes que orientaram inicialmente a colheita de dados/elaboração das questões, a amostragem teórica realizada, a diversidade dos métodos de recolha de dados, a consciência do papel ativo do pesquisador e das suas opiniões, preconceções acerca do tema/fenómeno, a não utilização de um modelo de paradigma na análise dos dados, bem como a participação ativa das participantes na produção das narrativas, da captura e elicitação das fotografias recolhidas e na validação dos conceitos que foram emergindo, tornaram claro que seria a perspetiva construtivista de Kathy Charmaz a seguir na investigação.

Na Figura 1 pode ser consultado o esquema do desenvolvimento do estudo que contém uma síntese das opções metodológicas e que passaremos a descrever.

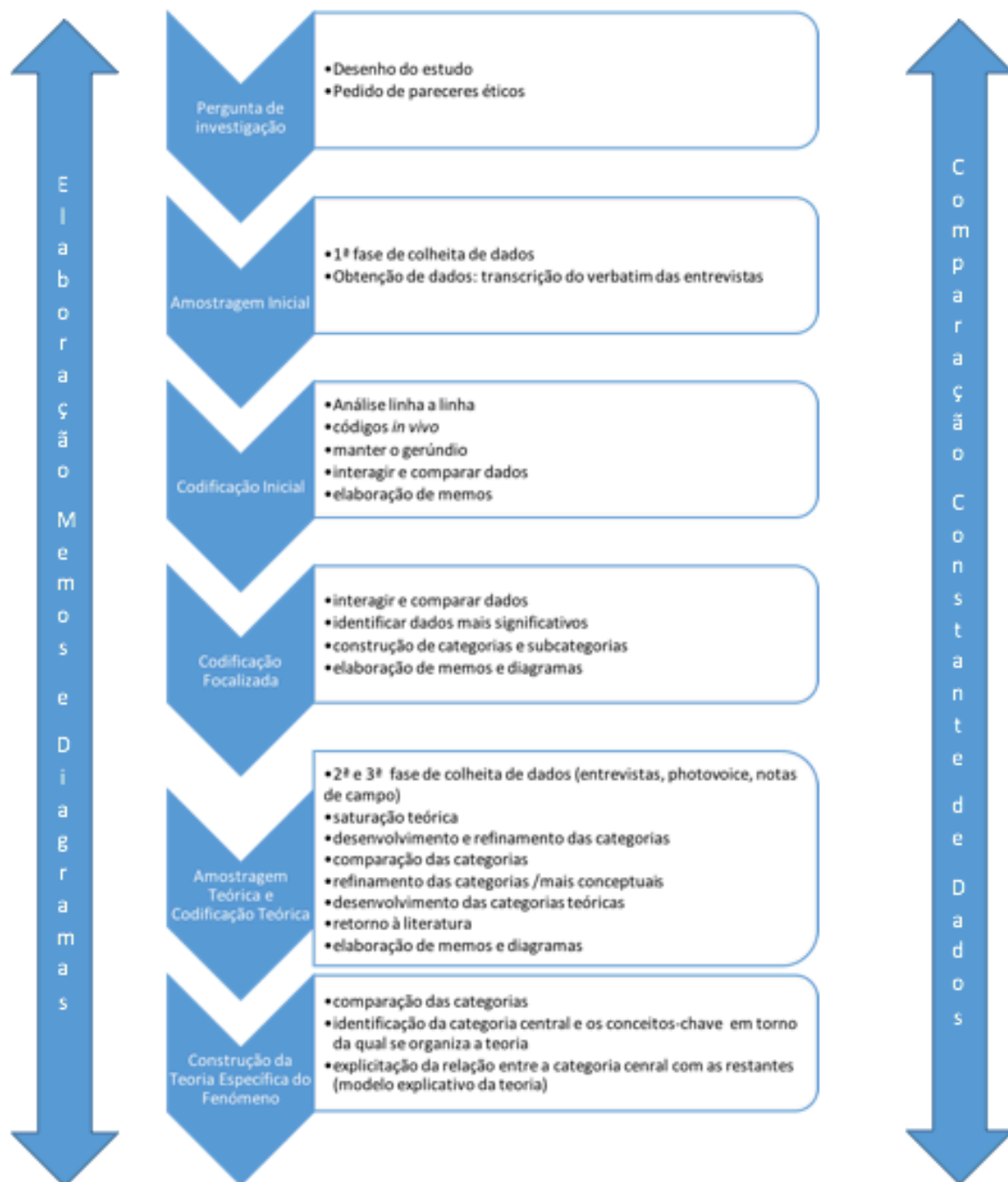


Figura 1 Esquema do Desenvolvimento do Estudo (adaptado de Charmaz (2014, p. 18)

2.3. Seleção dos Participantes

Em investigação qualitativa os participantes são elementos-chave porque detêm a experiência sobre o fenómeno em estudo. Por esse motivo é importante valorizar a sua experiência e tratá-los como os únicos especialistas da sua própria experiência (Foley &

Timonen, 2015). O processo de seleção das participantes foi realizado através da amostragem inicial e da amostragem teórica (Glaser, 1978; Strauss & Corbin, 2008; Charmaz, 2011; Charmaz, 2014; Corbin & Strauss, 2015). Numa fase inicial do estudo, a amostragem inicial ajudou a preencher as propriedades das categorias, possibilitando uma definição e explicação analítica das mesmas; posteriormente, a amostragem teórica possibilitou demonstrar as relações entre as categorias. Como salienta Charmaz (2011), para os investigadores de GT, a amostragem teórica é realizada sempre depois da amostragem inicial, pois só após a colheita e análise desses primeiros dados que irão preencher as propriedades de uma categoria emergente, será possível iniciar a amostragem teórica (Charmaz, 2011).

2.3.1. Amostragem Inicial e Amostragem Teórica

Com a amostragem inicial pretendeu-se obter uma ideia geral de todo o processo da experiência da maternidade depois dos 35 anos. Assim, no início do estudo foram definidos critérios de inclusão que mais adiante explicitaremos.

A amostragem inicial permitiu determinar a abrangência do fenómeno, as suas dimensões e limites, permitiu estabelecer critérios e planear o modo de aceder aos dados, contribuindo para definir uma trajetória do projeto. Na amostragem inicial a seleção das participantes foi realizada através do recrutamento de uma amostra de conveniência de sujeitos, num contexto fisicamente acessível (o hospital), que cumprissem os critérios de inclusão definidos e, que por estarem a experienciar o fenómeno em estudo, pudessem ajudar a compreendê-lo (Morse, 2007). O aprofundamento teórico realizado e a Revisão Sistemática da Literatura (RSL) sobre o fenómeno da maternidade depois dos 35 anos e os conceitos sensibilizantes emergentes, foram o ponto de partida para a elaboração dos critérios de inclusão e o planeamento da colheita de dados. Os conceitos sensibilizantes que nos ajudaram a definir os critérios de inclusão para a amostra inicial foram: gravidez de risco, experiência de maternidade, ausência de patologia materna ou do feto/recém-nascido e parto eutócico.

Num segundo momento - amostragem teórica - foram selecionados participantes que pudessem contribuir com novos *insights* acerca do fenómeno e ajudassem a aprofundar, explicar e dar robustez às categorias encontradas previamente, ilustrando/esclarecendo aspetos teóricos e dimensões relevantes do fenómeno (Strauss & Corbin, 1990; Strauss & Corbin, 2002; Strauss & Corbin, 2008; Bryant & Charmaz, 2007; Charmaz, 2006; Charmaz, 2014). A amostragem teórica guiou o percurso da investigação, na medida em que a seleção

dos participantes e dos tópicos a aprofundar foi feito com base na análise e comparação dos dados obtidos anteriormente, com as perguntas que emergiam desses dados e da necessidade de preencher as lacunas identificadas. Com este propósito procurámos intencionalmente novas participantes (mães de dois ou mais filhos), em novos contextos, com experiência de maternidade mais longa (até um ano) (Morse, 2007). Nesta fase a amostra intencional foi obtida através de vários métodos de seleção das participantes, nomeadamente o método da bola de neve, recorrendo ao boca-a-boca, à rede social *facebook* e ao correio eletrónico.

A amostragem teórica permitiu a construção de categorias robustas, clarificar relações entre as categorias e compreender como se desenvolve o processo de transição na maternidade após os 35 anos. Deste modo, seguimos a orientação de Charmaz, usando a amostragem teórica como estratégia para estreitar o foco de atenção nas categorias emergentes e como técnica para as desenvolver e refinar (Charmaz, 2014). Assim, a seleção das participantes, bem como o guião das entrevistas, foi sendo alterado a par e passo com a recolha de dados, como iremos descrever mais adiante.

2.3.2. Critérios de seleção dos Participantes

Para obtermos a amostragem inicial no início do estudo definimos os seguintes critérios de inclusão:

- Mães com mais de 35 anos - a escolha deste critério remete para o conceito de gravidez de risco já mencionado anteriormente e que segundo vários autores, nesta faixa etária existe um aumento de riscos e complicações materno-fetais nos períodos pré, peri e pós natal, nomeadamente de desenvolvimento ou agravamento de doença, da mulher desenvolver situações de doença que podem afetar a gravidez ou de terem um bebé com alguma anomalia genética (Lampinen, Vehvilainen-Julkunen, & Kankkunen, 2009; Oliveira, Sousa, Pimentel, Santos, Maia, 2012; Suresh, 2015; Waldenström, 2016);
- Primíparas ou múltiparas - na primeira fase do estudo pretendeu-se aceder à experiência de maternidade independentemente da paridade, já que todas poderiam contribuir com dados relevantes provenientes da sua experiência vivida do processo de maternidade;
- Gravidez sem doença (prévia ou adquirida) - como já foi mencionado, existe uma maior probabilidade de existência de doença prévia ou adquirida, o que poderia ter

um impacto negativo na experiência de maternidade, pelo que optámos por mães sem doença;

- Parto eutócico - tal como no critério anterior existe uma maior probabilidade de complicações durante o parto e deste ser distócico, o que poderia ter um impacto negativo na experiência de maternidade, pelo que optámos por mães com partos eutócicos;
- Recém-nascido sem patologia ou malformação - tal como nos critérios anteriores existe uma maior probabilidade de o recém-nascido sofrer de complicações durante o parto e pós-parto ou de apresentar malformações, o que teria um impacto negativo na experiência de maternidade, pelo que optámos por mães com filhos saudáveis e sem malformações;
- Mulheres que proporcionassem riqueza de informação não só pela vivência do fenómeno, mas preferíamos também mulheres que tivessem gosto em partilhar a sua experiência;
- Aceite participar no estudo mediante a assinatura do consentimento informado - este foi um imperativo ético, do qual nunca prescindimos, pelas razões éticas que mais à frente explicitaremos.

Na fase de elaboração do projeto de investigação definimos os critérios de inclusão acima mencionados. Todavia, durante o trabalho de campo e desenvolvimento dos procedimentos metodológicos estes critérios tiveram de ser ajustados e alguns foram mesmo removidos, como passamos a descrever.

Na fase de planeamento propusemo-nos a realizar um estudo composto por 2 fases: na 1ª semana pós-parto e 6 meses pós-parto, de forma a incluir os momentos-chave da transição para a maternidade e adaptação ao papel maternal. Ainda durante a gravidez e nas últimas semanas (das 37 às 40/42) previu-se um primeiro contacto com as participantes durante a consulta de referência que ocorre em contexto hospitalar. Este primeiro contacto tinha como finalidade dar a conhecer o projeto de investigação às participantes, bem como a intenção da sua inclusão no estudo caso o parto viesse a ser eutócico; serviria ainda para combinar a primeira entrevista em que seria solicitada a sua colaboração, obtenção do consentimento informado escrito e fornecidas as informações sobre a captura de imagens fotográficas.

Ao entrarmos em campo deparámos com várias dificuldades que nos obrigaram a rever as estratégias previamente delineadas que em seguida descrevemos.

Os primeiros contactos programados para a consulta de referência ainda durante a gravidez mostraram-se infrutíferos, pois não conseguimos realizar nenhuma entrevista às grávidas abordadas após o nascimento dos filhos. Apesar de se mostrarem muito recetivas e prontificarem-se a colaborar no estudo, quando as tentávamos contactar, regra geral, não atendiam o telefone nem respondiam às mensagens, o que nos levou a mudar a estratégia de recrutamento: fazer uma primeira entrevista no hospital, seguida de uma segunda na 3ª ou 4ª semana pós-parto e tentar obter participantes no curso de Preparação para a Parentalidade, na fase do pós-parto, a decorrer na mesma instituição hospitalar.

Porém, o recrutamento de participantes após o parto e já no serviço de obstetrícia também se revelou mais difícil do que inicialmente previmos, apesar do elevado número de puérperas com mais de 35 anos. Embora estivéssemos conscientes, pela revisão da literatura, do aumento de doenças na gravidez e de partos distócicos nesta faixa etária, a realidade mostrou-nos que a maioria das puérperas nesta faixa etária apresentou patologia durante a gravidez (prévia ou adquirida), ou o parto foi distócico, o que reduziu consideravelmente o número de possíveis participantes. Perante este facto, tendo em conta que o nosso objetivo era aceder à experiência de maternidade depois dos 35 anos e a bibliografia qualitativa acerca do tema não referir que houvesse evidência que a patologia ou tipo de parto afetasse a experiência de maternidade, decidimos alterar os critérios de inclusão, removendo estes dois critérios (gravidez sem doença prévia ou adquirida e parto eutócico). Outro obstáculo que se nos deparou foi o elevado número de puérperas de nacionalidades estrangeiras o que nos levou a incluir nos critérios as participantes compreenderem e falarem bem o Português. A necessidade de incluir este critério prendeu-se com o facto de a população deste hospital ter uma grande diversidade cultural, sendo que a população imigrante representa atualmente cerca de 40% dos partos desta maternidade. A maioria é proveniente dos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP), da Europa de Leste e do Brasil.¹⁷ Segundo dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras os concelhos da área de afluência do hospital, apresentam uma forte concentração de imigração, da qual 25.725 são mulheres, oriundas sobretudo dos Países Africanos de Língua Portuguesa (PALOP), (SEF, 2015)¹⁸.

¹⁷ De acordo com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), nas últimas décadas, Portugal tem vindo a observar intensificação da população imigrante, embora com um decréscimo de 2009 a 2015, relacionado com a crise económica de que o país foi alvo. Em 2015, a população estrangeira em Portugal registava um total de 383.759 pessoas vindas de todo o mundo. As comunidades estrangeiras residentes em Portugal mais representativas são: o Brasil (82.590 – 21%); Cabo Verde (38.674 – 10%), a Ucrânia (35.779 -9%), Roménia (30.523 – 8%), China (21.329 – 5%), Angola (18.247 – 5%), e Guiné-Bissau (17.091 – 4%), (SEF, 2015).

¹⁸ Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Sefstat Portal de Estatística <https://sefstat.sef.pt/evolucao.aspx> acessado a 12/3/2017

Apesar da alteração dos critérios de inclusão referidos, continuaram as dificuldades no recrutamento de participantes, agora centradas nas segundas entrevistas antecipadas para as primeiras semanas do puerpério, a realizar no domicílio ou em outro lugar de acordo com a conveniência das participantes. A complexidade da experiência em curso começou cedo a manifestar-se sem, no entanto, lhe termos inicialmente atribuído o significado que hoje a nossa sensibilidade teórica lhe confere. A sua disponibilidade quando regressavam a casa era muito pequena, regra geral, não atendiam o telefone nem respondiam às mensagens quando as tentávamos contactar, ainda que anteriormente se tivessem mostrado recetivas. Por este motivo alterámos ligeiramente a estratégia: passámos a fazer uma pequena entrevista ainda no hospital, seguida de uma outra na 3ª ou 4ª semana pós-parto por considerar que nesta altura as participantes já deviam estar mais disponíveis e também por ser uma entrevista mais rica dado a experiência de maternidade ser maior.

Na primeira entrevista era-lhes pedido que fossem tirando fotografias a momentos que considerassem significativos da sua experiência de maternidade, sobre as quais seria realizada uma descrição e análise (fotoelicitação), na entrevista seguinte. Tínhamos planeado a 2ª entrevista por volta dos 6 meses, mas por considerar que era um período de tempo muito extenso, resolvemos antecipá-la para não perder o contacto com as participantes. Ainda, com o intuito de obter participantes, passámos também a ir ao curso de Preparação para a Parentalidade durante a fase do pós-parto, como foi referido anteriormente.

Utilizando os princípios da amostragem teórica que guiou o percurso da investigação referidos anteriormente (Charmaz, 2006; Bryant & Charmaz, 2007; Strauss & Corbin, 2008; Charmaz, 2011; Charmaz, 2014), na segunda fase do estudo a seleção das participantes foi feita com o objetivo de aprofundar os dados que emergiram da primeira fase após a análise de cada entrevista e de preencher as lacunas identificadas. Por exemplo, numa das entrevistas iniciais surgiu o conceito de estar a “trair/indo o filho mais velho”, um dos tópicos gerador de *stress* que decidimos aprofundar em entrevistas posteriores, após termos validado informalmente com outras mães que esse é um sentimento e uma preocupação quando se tem um segundo filho. Com este propósito, procurámos intencionalmente novas participantes mães de dois ou mais filhos. Outros conceitos que foram emergindo e mais tarde elevámos a categorias foi o “confronto com a realidade”, a surpresa e dificuldade em lidar com um “lado obscuro da maternidade” difícil e desconhecido, o sentirem-se pessoas diferentes que denominámos/categorizámos como “ser outra”, foi feito com base na análise e comparação dos dados obtidos anteriormente, com as perguntas que emergiam desses

dados e da necessidade de validar e dar robustez às categorias. Com esta finalidade procurámos intencionalmente novas participantes com mais de 35 anos, em novos contextos, com experiência de maternidade mais longa (até um ano), independentemente do número de filhos e que pudessem trazer novos *insights* (Morse, 2007).

A título de exemplo, a figura 2 mostra um diagrama sintetizador da forma como decorreu a seleção das participantes e do processo de análise dos dados.

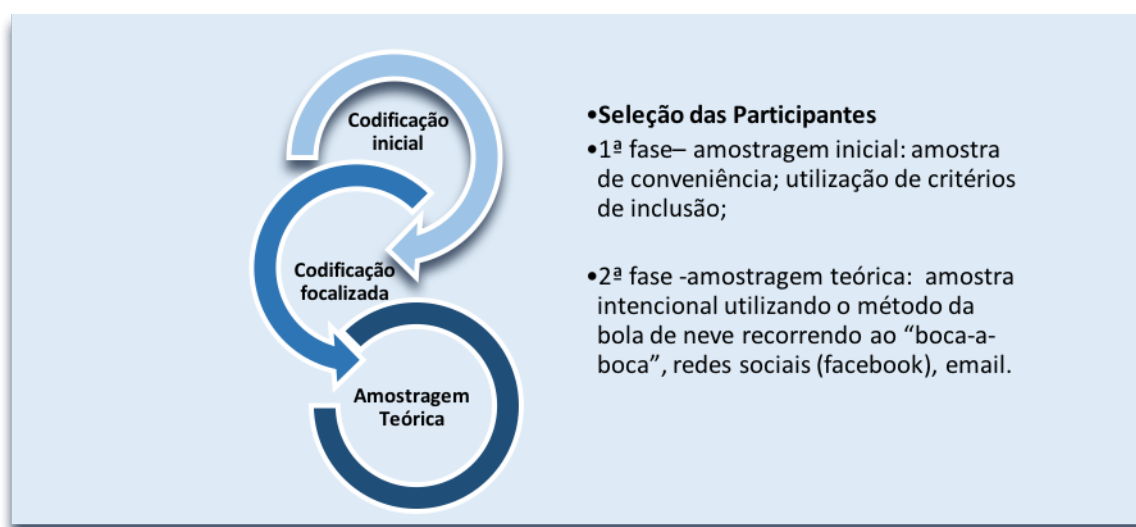


Figura 2 - Fases da seleção das participantes e do processo de análise dos dados

2.3.3. Saturação teórica

Em GT não é possível determinar *à priori* o tamanho da amostra porque é a saturação teórica que o determina (Charmaz, 2014). Por saturação teórica entende-se a fase da investigação em que todos os conceitos estão bem definidos e explicados (Corbin & Strauss, 2008), sendo o número de participantes determinado pelo atingir desta fase. A saturação teórica foi alcançada quando não surgiram propriedades novas das categorias, ou seja, quando as categorias apresentaram robustez e não obtivemos novos *insights* teóricos que permitissem aprofundar o fenómeno da maternidade depois dos 35 anos. Até obter a saturação dos dados procurámos padrões, conceptualizámos e comparámos os incidentes, até não emergirem novas propriedades. A procura de padrões teve como objetivo identificar novas perspetivas que demonstrassem precisão analítica e estabelecessem relações teóricas entre os conceitos e possibilitassem formular novas hipóteses teóricas. Quando concluímos que as categorias

estavam bem descritas em todas as suas dimensões, que novos dados não iriam trazer novas perspectivas à compreensão do fenómeno, considerámos que os dados estavam saturados e demos por terminada a colheita de dados.

2.3.4. Caracterização das Participantes

Foram incluídas no estudo 21 participantes das 23 entrevistadas (Apêndice I), tendo sido eliminadas 2 pelas dificuldades no domínio, expressão e compreensão da língua portuguesa. As 21 participantes tinham idades compreendidas entre os 35 e os 47 anos, situando-se a maioria (12) na faixa etária dos 35 aos 39 anos, seguida das participantes que tinham idades compreendidas entre os 40 e os 44 anos (8), e apenas uma das participantes tinha idade igual ou superior a 45 anos. Relativamente à idade dos companheiros, é de salientar que a maioria se situava entre os 35 e 39 anos (5), mas igual número (5), tinha menos de 35 anos, ou seja, uma tendência para serem parceiros mais jovens do que as participantes, facto que pode ser comprovado pela análise do apêndice I em que comparando as idades dos casais verificamos que em 9 casos, os homens são mais jovens.

Quanto à nacionalidade, as 21 participantes distribuíam-se por 6 nacionalidades, sendo a Portuguesa a de maior expressão (14), seguida das Cabo-Verdiana, Angolana e Brasileira (2), e por último uma das participantes era de nacionalidade Francesa.

No que concerne às habilitações literárias 7 das 21 participantes possuíam uma licenciatura, o mesmo número o ensino secundário, 3 participantes o 9º ano, uma o 8º ano, 2 o 7º ano e uma o 4º ano. Comparando as profissões com as habilitações literárias das participantes, verificamos que o mesmo número (7) de licenciadas exercem profissões liberais por conta própria (por exemplo técnico oficial de contas), ou por conta de outrem (por exemplo advogada), não se verificando a mesma proporção nos detentores do ensino secundário, em que 5 trabalham em empregos relacionados com a prestação de serviços (esteticista, cabeleireira, auxiliar de educadora de infância), ou nos de formação inferior, em que 4 trabalhavam em limpezas ou hotelaria. De salientar o elevado número de participantes desempregadas (5), reflexo provável da crise económica vivenciada no nosso país na altura em que foram colhidos os dados.

Quanto à paridade, para a maioria das participantes este era o seu primeiro (7) ou segundo filho (7); das restantes participantes, apenas para uma era o seu 3º filho, para quatro o 4º filho, e para uma o seu 5º filho e para uma outra o seu 6º filho. Relativamente ao tipo de

parto, 11 das participantes tiveram um parto eutócico, 9 foram submetidas a uma cesariana e uma a fórceps.

Quanto à religião, 16 das participantes eram católicas, 2 adventistas e 3 afirmaram ser agnósticas.

2.4. Métodos de Colheita de Dados

De acordo com Charmaz, uma GT pode ser realizada utilizando vários tipos de dados, recolhidos através de entrevistas, notas de campo, relatórios ou outros, dependendo o tipo de dados do assunto em pesquisa e do acesso aos dados (Charmaz, 2014). A triangulação de métodos de colheita de dados tem a finalidade de obter dados que podem enriquecer a análise (Polit & Beck, 2006). Procurámos assim recolher dados relevantes que revelassem os pontos de vista, os sentimentos, intenções e ações, bem como os contextos e estruturas das experiências de maternidade das nossas participantes que nos possibilitassem efetuar uma sólida análise. Para tal, utilizámos um espírito indagador (de la Cuesta, 2015), persistência e abordagens inovadoras de colheita dados, de modo a estarmos recetivos a novas perspetivas e sermos confrontados com dados relevantes, “obtidos sob a superfície da vida social subjectiva”, conforme recomenda Charmaz (Charmaz, 2014, p. 22). Na presente investigação planeámos utilizar múltiplas fontes de dados para melhorar a compreensão dos conceitos (Corbin & Strauss, 2008). Mais concretamente, recorreremos ao uso de diversos métodos de recolha de dados como entrevistas semiestruturadas em profundidade, o Photovoice e as notas de campo. Nestas inserimos incidentes relativos aos diversos momentos de interação do investigador no seu quotidiano, bem como todo o material que nos meios de comunicação social foi sendo produzido referente ao tema em estudo.

2.4.1. Entrevistas

Um dos métodos de colheita de dados escolhido para este estudo foi a entrevista semiestruturada em profundidade. Este tipo de entrevista é constituído por perguntas orientadoras presentes num guião previamente elaborado, proporcionando uma maior latitude de respostas (Streubert & Carpenter, 2013). Para as primeiras entrevistas, as perguntas foram construídas com base nos conceitos sensibilizantes (Charmaz, 2014; Leite, 2015) obtidos na revisão da literatura e provenientes da experiência da investigadora nesta área particular. As entrevistas semiestruturadas às mães foram realizadas com o intuito de perceber as perceções das mães da sua transição e adaptação ao papel maternal. Foi elaborado um guião de entrevista com as perguntas que permitiram alcançar os objetivos

definidos. As perguntas iniciais foram sendo substituídas ou acrescidas de novas perguntas decorrentes das categorias emergentes, fruto da análise das entrevistas anteriores, de forma a clarificar, validar e dar robustez às categorias que foram surgindo, até se ter atingido a saturação teórica, conforme explicado anteriormente.

No presente estudo foram realizadas 26 entrevistas a 21 participantes com durações variáveis entre 30 a 120 minutos. As entrevistas semiestruturadas foram iniciadas com uma pergunta aberta “como descreve a sua experiência de maternidade?” seguidas se necessário de outras como por exemplo “como se vê no seu novo papel (de mãe)?” que complementaram as questões do guião (Apêndice II).

As primeiras entrevistas foram realizadas em contexto hospitalar com o objetivo de estabelecer um primeiro contacto, dar a conhecer o estudo, realizar uma pequena entrevista para conhecer a experiência de maternidade nos primeiros dias pós-parto, agendar uma segunda entrevista passado 1 ou 2 semanas e pedir que nessa entrevista posterior comentassem algumas fotos de momentos significativos da experiência de maternidade.

Estas primeiras entrevistas revelaram-se muito ricas em dados acerca das razões da escolha do *timing* de engravidar, da experiência de gravidez, mas foram pouco profundas acerca da experiência de maternidade; esta pouca profundidade deveu-se à pouca disponibilidade física e psicológica das puérperas. Por questões éticas (de não maleficência), respeitou-se esta pouca disponibilidade, terminando as entrevistas sempre que se percebeu que as participantes estavam cansadas, preocupadas com os bebés, tinha chegado o companheiro ou outra visita, aguardavam alguma visita médica ou estava na hora da refeição. No entanto, os dados destas entrevistas foram muito úteis e foram incluídas no estudo, pois permitiram elaborar novas questões a aprofundar em entrevistas posteriores. Como afirma De la Cuesta, o trabalho qualitativo é um conhecimento nascido da experiência (de la Cuesta, 2015), sendo que estas primeiras entrevistas permitiram que o investigador desenvolvesse a sua competência de indagador e de reflexão sobre os dados colhidos.

Após a análise das primeiras entrevistas e com os dados categorizados, partimos para uma segunda fase em que construímos um novo guião em que as questões pretendiam validar, clarificar alguns aspetos e dar robustez às categorias encontradas. Por exemplo, nas primeiras entrevistas as participantes mencionaram a temporalidade da sua escolha para serem mães, contudo, ficou pouco claro se a maternidade era um projeto de vida que sempre estivera presente ou era recente; para aprofundar este aspeto questionámos: “ser mãe –

porquê? O que a levou a querer ser mãe?"; outro assunto que mereceu a nossa atenção foi o facto de as mães parecerem conhecer os, ou alguns dos riscos da maternidade nesta faixa etária, mas ignorarem-nos ou desvalorizarem-nos. Por esse motivo, questionámos: "O que sabe, ou sabia, acerca dos riscos de uma maternidade nesta idade? Como lidou com os riscos de poderem ter um filho com problemas, ou mesmo deficiente?". Também o modo como falavam do trabalho, por um lado com saudade, por outro temendo os riscos do afastamento do trabalho, levou-nos a querer aprofundar como compatibilizaram o mundo laboral com a maternidade, questionando: "Como é que encarou o trabalho durante a maternidade? Como experienciou a licença de maternidade?". A emergência de um sentimento de traição ao(s) filho mais velho(s), levou-nos a querer aprofundar este tema, seleccionando mães com dois ou mais filhos e questionando: "Como se sentiu relativamente ao(s) outro(s) filho(s) quando soube que estava grávida, ao longo da gravidez e depois da criança nascer? Que sentimentos? Que receios? Alguma vez sentiu que estava a trair o(s) filho (s) mais velho (s) ? A prejudicá-lo?".

À medida que a investigação foi progredindo novas dúvidas teóricas iam surgindo e, para as colmatar, novas questões foram sendo formuladas. Assim, deparámo-nos com a surpresa das participantes com a exigência do novo papel, com a constatação de que é em simultâneo trabalhoso e prazeroso, o que nos fez perguntar: "É costume dizer-se que a maternidade é exigente. Em quê? Como? Porquê?", ou face aos aspetos negativos da maternidade – esse lado menos conhecido, oculto e por vezes obscuro, perguntámos: "Que desconfortos sentiu na maternidade? (fala-se muito e são conhecidos os da gravidez, mas não os da maternidade), Que perdas teve com a maternidade? O que é mais difícil em ser mãe?"

O mesmo método foi seguido para as entrevistas posteriores, tendo sido reconstruído o guião que foi sendo ajustado de entrevista para entrevista. Houve também o cuidado de ir validando os achados resultantes da análise de cada uma das entrevistas nas entrevistas subsequentes.

A título de exemplo, pode ser consultado o *verbatim* de uma das entrevistas (Apêndice III)

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, atribuído um número de código e transcritas para um *verbatim* que posteriormente foram introduzidos e analisados com o software QSR NVivo 11. Todas as entrevistas foram transcritas pelo investigador. Esta opção, apesar de laboriosa e consumidora de grande quantidade de tempo, pareceu-nos importante por permitir visitar o momento da entrevista, lembrar o que foi dito, em que contexto e, por consequência ser o mais fiel possível aos significados produzidos pelas participantes durante

a narrativa. Durante a transcrição, houve também o cuidado de ouvir repetidas vezes os excertos, de modo a que a pontuação traduzisse a fidelidade dos significados e discurso produzido. Como referido anteriormente, no total foram realizadas 26 entrevistas.

2.4.2. Photovoice

Outro método usado na recolha de dados foi o Photovoice. Por ser um método ainda pouco divulgado, faremos uma introdução, seguida dos passos utilizados na presente investigação.

O conceito de Photovoice foi desenvolvido por Caroline Wang e Mary Ann Burris em 1997. Inicialmente denominaram a técnica de *photo novella* (1994), termo que abandonaram por ser geralmente usado para descrever o processo de usar fotografias ou imagens para contar uma história, ensinar uma língua ou literatura. Caroline Wang e Mary Ann Burris definiram o Photovoice como um processo pelo qual as pessoas podem identificar, representar e melhorar a sua comunidade através de uma técnica fotográfica específica em que os participantes capturam as suas realidades quotidianas sob a forma de fotografias. Como estratégia de investigação-ação participativa, o Photovoice permite aos seus participantes criar e discutir fotografias como forma de catalisar a mudança pessoal e comunitária (Wang & Burris, 1997). As mesmas autoras definiram três objetivos principais para o uso do *Photovoice*: “(1) capacitar as pessoas para registrar e refletir pontos fortes e preocupações da sua comunidade; (2) promover o diálogo crítico e o conhecimento sobre questões importantes através de grandes e pequenos grupos de discussão das fotografias; (3) alcançar os formuladores de políticas” (Wang & Burris, 1997, p.370). O conceito de Photovoice foi desenvolvido a partir dos fundamentos teóricos da educação para a consciência crítica de Paulo Freire (1974) (Freire, 2007), a teoria feminista e as abordagens não-tradicionais à fotografia documental (Wang & Burris, 1997). Os conceitos subjacentes da metodologia feminista são uma valorização das experiências subjetivas das mulheres enquanto investigadoras, defensoras ou participantes, baseada no entendimento de que teoria e prática feminista executarão programas e políticas realizadas por e com as mulheres, em vez de sobre as mulheres, de forma a valorizar o conhecimento e inteligência das mulheres fundamentadas na sua experiência, no reconhecimento da importância das suas experiências e do seu envolvimento e compromisso político nas comunidades a que pertencem (Wang, 1999). Uma revisão da literatura sobre este método (Catalani & Minkler, 2010) revela que inicialmente a maioria dos projetos realizados com o método Photovoice foram realizados com mulheres, talvez como reflexo das suas raízes feministas.

O método Photovoice, concebido inicialmente para ser utilizado na saúde comunitária, pode ser uma ferramenta para alcançar, informar e organizar os membros da comunidade capacitando-os a priorizar as suas preocupações, discutir os problemas e soluções, tornando os participantes defensores do seu próprio bem-estar e da comunidade. Segundo os seus concetores (Wang & Burris, 1997), este método oferece vantagens relativamente a outros que de igual modo pretendem avaliar as necessidades de uma comunidade, seja em termos de contexto, diagnóstico ou processo de avaliação, nomeadamente: permite aos investigadores e prestadores de cuidados a possibilidade de perceber o mundo sob o ponto de vista das pessoas; utiliza um meio excepcionalmente poderoso de comunicação – a imagem visual; pode aceder às perspetivas dos grupos mais vulneráveis da população por ser acessível a todos aqueles que sejam capazes de tirar uma fotografia, independentemente de saberem ler ou escrever; facilita a amostragem de diferentes contextos sociais e comportamentais, como lugares, momentos ou ideias que, de outro modo poderiam não estar ao alcance dos profissionais de saúde ou dos investigadores; permite manter os participantes desde a fase de inicial de avaliação das necessidades à fase de implementação por o uso de uma câmara fotográfica poder ser fonte de orgulho e de sentido de propriedade; permite reafirmar ou redefinir os objetivos do programa inicialmente traçados; permite que os participantes tragam explicações, ideias ou histórias de outros membros da comunidade para o processo de avaliação; fornece benefícios reais, palpáveis e claros para as pessoas na sua rede social, pois ao partilharem as fotografias com os vizinhos e amigos, permite aos participantes expressarem as suas opiniões, estabelecer laços e transmitir algo de valor feito por eles próprios; permite retratar não apenas as necessidades da comunidade, como também as suas capacidades, forças e recursos; as imagens produzidas e os assuntos discutidos podem estimular a ação social (Wang & Burris, 1997).

Desde os primeiros estudos realizados na década de noventa, o uso do Photovoice tem vindo a aumentar com participantes de ambos os géneros, de várias faixas etárias que vão desde a adolescentes a idosos, de várias raças/etnias e abordando um leque variado de temas na área da saúde e da justiça social, como por exemplo infeções epidémicas, doenças crónicas, discriminação ou violência (Catalani & Minkler, 2010).

O Phothovoice é um método cada vez mais utilizado na pesquisa qualitativa por aumentar a possibilidade de captar as perceções e experiências dos participantes. As fotografias estimulam novos pensamentos e memórias despoletadas, mas não necessariamente contidas na imagem presente na fotografia tornando o invisível visível e deste modo tornam possível

aceder à compreensão de fenómenos ou de experiências, e, porque acrescentam ao sentido da audição o da visão expandem a consciência sensorial e aumentam o processo reflexivo (Padgett, Smith, Derejko, Henwood, & Tiderington, 2013). O termo *Photovoice* encerra em si mesmo a ideia central deste método – dar voz à experiência individual ou coletiva através das fotos.

Assim, para aceder à experiência de maternidade das participantes utilizámos o método Photovoice. Foram introduzidas algumas alterações e adaptações ao método descrito por Wang & Burris (1997), devidas à especificidade do estudo e das participantes, que passamos a descrever.

Num primeiro momento as participantes foram informadas do tema e objetivo do estudo e da utilização do Photovoice. Solicitou-se às participantes que escolhessem momentos que considerassem ter contribuído de alguma forma para a sua adaptação à maternidade, os fotografassem e os descrevessem oralmente ou por escrito. Não foram impostas qualquer tipo de limitações quanto ao número ou material a ser fotografado, apenas foi sugerido que fotografassem preferencialmente objetos ou lugares relacionados com o motivo que as levou a tirar essa fotografia, em vez de rostos, de modo a preservar a identidade e manter o anonimato dos participantes. Não foi necessário distribuir máquinas fotográficas ou instruir as participantes sobre o seu uso, porque todas possuíam telefones portáteis com câmaras acopladas que sabiam manejar. Numa segunda fase foram realizadas entrevistas em profundidade em que foram discutidos, analisados e validados com as participantes as fotos capturadas e os temas identificados. A esta fase que alguns autores denominam *photo elicitation* (Radley & Taylor, 2003; Oliffe & Bottorff, 2007; Harper, 2010; Harris & Guillemin, 2012), foi utilizada a técnica SHOWeD (Shaffer, 1983) modificada, de forma a dar resposta aos nossos objetivos. O acrónimo SHOWeD refere-se a questões a colocar aos participantes para os ajudar a falarem acerca das fotografias por eles capturadas, para as descreverem e analisarem criticamente. É composto pelas seguintes cinco perguntas que são as seguintes (Wang, 1999; Catalani & Minkler, 2010; Padgett et al., 2013; Teti, Pichon, Kabel, Farnan, & Binson, 2013):

- What do you See here?
- What is really Happening here?
- How does this relate to Our lives?
- Why does this situation, concern or strength exist?

- What can we Do about it?

No nosso estudo as perguntas foram simplificadas e ajustadas à especificidade do estudo e à realidade das participantes, sendo a técnica SHOWeD usada apenas como guia orientador. As perguntas realizadas foram as seguintes:

- O que a levou a tirar esta fotografia?
- Fale-me um pouco desta fotografia.
- De que trata esta fotografia? O que é mais importante nesta fotografia? O que pretende expressar/transmitir?
- Se tivesse que explicar esta fotografia, por telefone (a uma pessoa que não a pudesse ver), o que diria? Como a descreveria?

Como já referimos, inicialmente as participantes foram informadas do método Photovoice numa primeira entrevista e pedida uma segunda entrevista em que incluiríamos as fotografias captadas pelas participantes e a sua photoelicitação. Porém, a desistência, desmarcação ou recusa das segundas entrevistas levou-nos a reformular a estratégia nas fases posteriores de colheita de dados: quando contactávamos telefonicamente as participantes para agendar as entrevistas solicitávamos a sua adesão e combinávamos que as fotografias seriam comentadas durante a entrevista, o que nem sempre sucedeu. Nestes casos pediu-se às participantes que enviassem as fotografias por *email* ou *whatsapp*. As fotos recebidas por estas vias vieram acompanhadas de descrições resultantes das respostas às questões utilizadas na photoelicitação, entregue durante a entrevista. Decorrente da análise das primeiras fotografias e do retorno à bibliografia, numa segunda fase de recolha de dados, passámos a pedir às participantes que dessem um título a cada uma das fotografias. Foram recolhidas 35 fotografias de 6 participantes, cujas idades variaram entre os 36 e os 47 anos, sendo esta a segunda experiência de maternidade para 5 e a primeira para uma delas. O número de entrevistas realizadas a estas 6 participantes, variou entre uma a quatro entrevistas, sendo a causa desta variação a disponibilidade individual das participantes. A maioria das entrevistas foram realizadas no domicílio das participantes, à exceção de uma que foi realizada na sala de espera do hospital, antes de uma aula do curso de preparação para a parentalidade/recuperação pós-parto, uma no local de trabalho da participante, outra no local de trabalho do entrevistador e outra participante enviou as fotos por mail com a respetiva descrição.

As narrativas acerca das fotografias foram gravadas em áudio, os dados colhidos transcritos para um *verbatim* que posteriormente foram introduzidos e analisados com o software QSR NVivo 11. Os dados foram sujeitos a uma análise qualitativa utilizando os procedimentos inerentes à Grounded Theory segundo Charmaz (Charmaz, 2014), em que as narrativas acerca das fotografias foram analisadas do mesmo modo que o restante discurso proveniente das entrevistas e já descrito anteriormente.

Do aprofundamento e utilização deste método de recolha de dados apresentámos algumas comunicações em eventos científicos e elaborámos um artigo (Apêndice IV) que foi escolhido para integrar o livro *Computer Supported Qualitative Research*, publicado pela Springer (Santos, Lopes, & Botelho, 2018).

2.4.3. Notas de Campo

Foram utilizadas notas de campo para anotar observações, pensamentos, reflexões experimentadas pelo investigador (Streubert & Carpenter, 2013). Estas notas sobre o que foi observado, sentido, experimentado ou refletido foram utilizadas como dados, seguindo a orientação de que “*all is data*” (Glaser, 1998, p. 8) e constituíram um importante contributo para aumentar a nossa reflexividade acerca da experiência de maternidade das participantes, como pode constatado pelo apêndice V.

À medida que a análise foi evoluindo, e para validar os dados obtidos através das entrevistas e do Photovoice, procurámos obter testemunhos de mulheres acima dos 50 anos que tinham experienciado a maternidade nesta faixa etária. As suas opiniões foram consideradas dados e incluídas no estudo sob a forma de notas de campo.

Alguns contributos das participantes, contactadas através da rede social *facebook* ou através de *email*, foram também consideradas notas de campo, por não terem a duração e profundidade de uma entrevista.

Estes elementos recolhidos sob a forma de notas de campo, foram incluídos no diário metodológico realizado que serviu para validar a qualidade do estudo, através da auditabilidade.

2.5. Análise dos Dados

A análise qualitativa apresenta a visão interna dos participantes, a sua perspetiva, capturando a sua experiência do fenómeno através da narrativa. Em GT é enfatizado o estudo do

processo subjacente ao fenómeno em estudo, no contexto em que decorre, realizando simultaneamente a colheita e a análise dos dados, adotando métodos comparativos e procurando identificar categorias emergentes. A análise começa com uma abordagem sistemática indutiva, mas não termina com a indução porque os achados e a tentativa de identificar categorias são sujeitos a rigorosos procedimentos (Charmaz, 2011). Na sua essência a GT é um método iterativo porque repete-se diversas vezes para se chegar a um resultado, comparativo porque os dados são sistematicamente comparados entre si, interativo porque confrontam e interrogam o participante e o investigador, fazendo emergir novas leituras e novos dados, e, abdução ao considerar todas as possíveis explicações teóricas formulando hipóteses ou questões acerca dos dados e, posteriormente testando essas novas hipóteses teóricas com novos dados (Charmaz, 2011).

A GT tem certas características próprias que a distinguem de outras formas de análise qualitativa, nomeadamente:

fornece ferramentas explícitas para o estudo de processos; promove uma abertura a todos os possíveis entendimentos teóricos; promove o desenvolvimento de tentativas de interpretações sobre os dados através da codificação e categorização, e, desenvolve verificações sistemáticas e refinamentos das principais categorias teóricas do pesquisador. (Charmaz, 2012b, p. 4)

Em GT a codificação faz mais do que filtrar, classificar e resumir dados - divide os dados nos seus componentes ou propriedades e define as ações que moldam ou suportam esses dados. Codificam-se processos, ações e significados, o que ajuda os pesquisadores a definir conexões entre dados, enquanto a maioria dos pesquisadores qualitativos codificam tópicos e temas (Charmaz, 2012).

Charmaz propõe ainda uma atitude interpretativista do investigador ao sugerir a utilização de “porquê”, em vez de apenas o “quê” e “como”, habituais na maioria dos estudos qualitativos. Esta forma de interrogar os dados e ideias emergentes com questões analíticas ao longo da pesquisa pode elevar o nível de conceitualização/conceptualização desses dados e aumentar o alcance teórico da análise (Charmaz, 2012). O questionamento dos dados e a sua subsequente análise explicando suas ações e significados implícitos, permitirão a emergência de uma teoria fundamentada nos dados.

2.5.1. Codificação Inicial

A codificação dos dados gera o esqueleto da análise (Charmaz, 2006, 2014), daí a sua importância em todo o processo de pesquisa. É o primeiro passo da análise e consiste na categorização de segmentos de dados, quer sejam palavras, linhas, segmentos ou incidentes, atribuindo-lhes um nome que simultaneamente resume, sumariza e contabiliza cada porção dos dados. Categorizar significa nomear, dar um nome a uma porção dos dados. Neste processo de categorização procurou-se compreender os pontos de vista e ações das participantes, sob a sua perspectiva, interagindo com os dados na busca de interpretar os significados implícitos no discurso. No nosso caso a codificação inicial foi feita linha a linha, privilegiando a utilização do gerúndio, por esta forma verbal imprimir ação aos códigos e, por outro lado, dar visibilidade ao processo subjacente (Charmaz, 2006, 2009, 2012, 2014), que de outro modo poderia permanecer oculto. Sempre que possível utilizámos *códigos in vivo*, ou seja os códigos com os termos específicos usados pelos participantes, de modo a preservar a sua produção semântica e a conservar os significados dos participantes relativos às suas opiniões e atitudes na própria codificação (Charmaz, 2009). Este tipo de codificação ajuda a definir significados e ações implícitas, coloca o investigador frente aos dados e a interagir com cada fragmento do texto (Charmaz, 2014).

Durante todo o processo de codificação fomos colocando questões aos dados que promovessem a sua análise em vez de apenas os descrever. Essas questões, utilizadas por vários investigadores e elencadas por Charmaz (Charmaz, 2006, 2009, 2012, 2014), são as seguintes:

- “Esses dados representam o estudo de quê?” (Glaser, 1978, p. 57; Glaser & Strauss, 1967)
- “O que sugerem ou afirmam os dados?”
- “Do ponto de vista de quem?”
- “Que categoria teórica indica esse dado específico?” (Glaser, 1978)

Contrariamente aos métodos habitualmente usados em que apenas são identificados tópicos ou temas, o processo de categorização linha a linha permitiu-nos codificar ações, na tentativa de explicar e aprofundar o estudo da maternidade depois dos 35 anos.

Tal como recomenda Charmaz tivemos em consideração que os códigos iniciais eram provisórios, de modo a mantermo-nos abertas a outras possibilidades de análise com construção de novos códigos que melhor encaixassem nos dados (Charmaz, 2014).

2.5.2. Codificação Focalizada

O passo seguinte – a codificação focalizada – permitiu-nos sintetizar e explicar segmentos maiores de dados (Charmaz, 2009). Nesta etapa metodológica, usámos os critérios de ajuste e relevância, isto é, os códigos mais significativos ou mais frequentes foram utilizados para ordenar, sintetizar e integrar os dados recolhidos. Nesta fase da análise, estudámos e avaliámos os códigos iniciais para determinar a sua adequação e robustez conceptual. Seleccionámos os que nos pareceram mais robustos e com maior poder analítico, comparámos códigos com códigos e tentámos identificar os que poderiam vir a constituir-se em categorias. Por outras palavras, a codificação focalizada consistiu em “usar certos códigos iniciais que tinham maior alcance teórico, direção, e centralidade e tratá-los como o núcleo da análise nascente” (Charmaz, 2014, p. 141). Após a identificação de categorias (provisórias), desenvolvemos as respetivas subcategorias, mostrando as ligações existentes. Um exemplo da codificação inicial e focalizada pode ser consultado no Apêndice IV, embora corresponda a uma fase inicial da análise e, por esse motivo, tal como preconiza o método, a categoria provisória foi alterada numa fase posterior. A comparação entre os dados, nomeadamente as diferenças entre as experiências das participantes (diferentes tipos de parto ou diferentes paridades, por exemplo), foram usados para compreender a variedade do fenómeno e desenvolver as propriedades das categorias.

2.5.3. Codificação Teórica

Na última fase da análise - codificação teórica – procurámos teorizar os dados e códigos identificados na fase anterior, tornando a análise coerente e compreensível. Os códigos teóricos deram forma aos códigos focalizados anteriormente e, por isso, foram integradores. Com a codificação teórica tornámos os códigos mais conceptuais, estabelecemos relações entre eles e levantámos hipóteses de modo a serem integradas numa teoria compreensiva do fenómeno (Charmaz, 2014). Para compreender o processo da experiência da maternidade depois dos 35 anos, levantámos hipóteses explicativas que tinham emergido na codificação focalizada e voltámos a campo para as testar, isto é, para as validar e tentar preencher lacunas e dar robustez às categorias e subcategorias identificadas. Para tal, recorreu-se à amostragem teórica, ou seja a amostra foi definida/recrutada com base nos conceitos teoricamente

relevantes para a teoria emergente (Strauss & Corbin, 1990; Strauss & Corbin, 2002; Strauss & Corbin, 2008; Bryant & Charmaz, 2007; Charmaz, 2006; Charmaz, 2014; Corbin & Strauss, 2015). Quando não surgiram propriedades novas das categorias, ou seja, quando as categorias apresentaram robustez, não obtivemos novos *insights* teóricos que permitissem aprofundar o fenómeno da maternidade depois dos 35 anos, considerámos ter atingido a saturação teórica, já abordada anteriormente, e cessámos a colheita de dados.

2.5.4. Memos e Diagramas

Os *memos* e os diagramas são considerados uma ferramenta de análise essencial no desenvolvimento dos estudos que utilizam a GT (Strauss & Corbin, 2002; Charmaz, 2006; Lempert, 2007; Bryant & Charmaz, 2007; Strauss & Corbin, 2008; Charmaz, 2009; Charmaz, 2011; Charmaz, 2012; Charmaz, 2014). Os *memos* são o pensamento posto por escrito, do pesquisador para si mesmo. São um registo do diálogo que o investigador estabelece consigo mesmo e, por isso, não são objeto de avaliação, embora reflitam o pensamento reflexivo (De la Cuesta-Benjumea & Arredondo-González, 2015). A redação de *memos* foi uma estratégia importante de análise, por nos incentivarem ao aprofundamento da análise dos dados, nos terem mantido envolvidos na análise e ajudarem a elevar o seu nível de abstração. Os *memos* permitiram-nos explorar relações entre os conceitos e as categorias, distanciarmo-nos e abstrairmo-nos dos dados com vista ao refinamento das categorias e desenvolvimento de uma teoria explicativa. Ao questionarmos os dados, realizando perguntas analíticas e esclarecedoras, como por exemplo: “o que se passa aqui?”, estivemos em interação com estes, o que nos permitiu avançar da descrição para a sua conceptualização.

Foram realizados *memos* desde o início da análise, notando-se uma crescente complexidade na sua formulação, densidade teórica, nível de abstração e clareza, à medida que as comparações constantes entre os códigos e as categorias se desenvolviam e a pesquisa foi evoluindo. No nosso caso, optámos por não seguir nenhum modelo rígido de elaboração de *memos*, seguindo apenas a sugestão de “Faça o que resultar melhor para si, mas com o intuito de tornar os seus *memos* cada vez mais analíticos¹⁹” (Charmaz, 2014, p. 165). Inicialmente foram quase sempre um registo dos nossos pensamentos que iam surgindo ao longo da análise que interpelavam e questionavam os dados; após um período de interregno do

¹⁹ “Do what works for you, but aim to make your memos increasingly analytic” (Charmaz, 2014, p. 165). Nota: tradução do investigador.

doutoramento houve necessidade de rever e reanalisar todo o material (dados) obtidos até então. Nessa fase, os *memos* foram cruciais para sistematizar o trabalho até então efetuado e adquiriram um formato de reflexão acerca das entrevistas e da análise feita e refeita. Mais tarde tornaram-se mais teóricos, ou seja, mais direcionados para a codificação e amostragem teórica. Um exemplo de *memo* realizado na primeira etapa do percurso pode ser consultado no Apêndice VI.

Criámos também um diário metodológico como recomenda Charmaz (2014), onde fomos registando as dificuldades encontradas no terreno, as opções metodológicas tomadas, as dúvidas e os sentimentos experienciados. Este diário metodológico permitiu-nos uma descrição detalhada do processo de colheita e análise dos dados, situar temporalmente as atividades e decisões tomadas, refletir sobre as decisões metodológicas e sobre o fenómeno em estudo e comparar os dados entre si. Por último, promoveu a validação da qualidade do estudo ao contribuir para a credibilidade, auditabilidade e ajuste ou transferibilidade, como mais adiante detalharemos.

Os diagramas foram outro instrumento utilizado na análise que se revelaram de grande utilidade por permitirem complementar o processo de análise e organização das ideias emergentes e, simultaneamente permitirem apresentar os achados sob a forma gráfica. Os diagramas permitem representar as relações entre os conceitos, códigos e categorias que emergem dos dados. Ao permitirem concretizar em imagens as ideias, fornecem uma representação visual das categorias e das suas relações (Charmaz, 2014). No Apêndice VII apresentamos um *memo* com os diagramas onde procurámos representar graficamente as ideias que emergiram na sua elaboração.

No início da análise realizámos diagramas que nos ajudaram a delinear as propriedades de cada categoria, posteriormente a identificar quais as que precisavam de refinamento e de desenvolvimento e, por fim, a demonstrar graficamente e de um modo claro a densidade e a complexidade da compreensão teórica do processo de transição para a maternidade das mulheres com mais de 35 anos.

2.5.5. Tratamento e Análise de Dados: o uso de Software NVivo 11

O uso de *softwares* para tratamento e análise dados qualitativos, geralmente conhecidos como CAQDAS (Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software) ou QDAS (Qualitative Data Analysis Software), são cada vez mais utilizados nos estudos qualitativos (Davidson & di Gregorio, 2011). Estes programas específicos para estudos qualitativos,

permitem ao investigador armazenar, organizar, recuperar e ligar dados com dados. São um poderoso instrumento que poderá facilitar muitos aspetos do processo de desenvolvimento de uma GT, desde o desenho do projeto e procedimentos iniciais de amostragem, até à análise dos dados, desenvolvimento teórico e apresentação dos achados (Hutchison, Johnston, & Breckon, 2010). Charmaz salienta como vantagens do seu uso:

“(1) a relativa facilidade de busca, recuperação, classificação, separação e categorização de dados e códigos, (2) capacidade de trabalhar em vários níveis de análise simultaneamente, (3) visibilidade de dados e processos analíticos, (4) possibilidade de partilha de documentos para pesquisa em equipe, e (5) gestão e organização dos dados e análise emergente”²⁰(Charmaz, 2011, p. 370).

Porém, estes recursos e instrumentos não substituem o elemento humano dos investigadores em GT que codificam, categorizam e colocam questões acerca dos dados formulando hipóteses (Foley & Timonen, 2015). Como salienta o mesmo autor, o uso de CAQDAS em GT, não é necessário porque toda a análise pode ser feita manualmente, nem suficiente porque esta metodologia é interpretativa, o que significa que a análise dos dados tem de ser conceptualizada por seres humanos (Foley & Timonen, 2015). Charmaz (2011) também manifesta alguma reservas quanto ao uso de CAQDAS e adverte que os investigadores primeiro devem aprender a utilizar a metodologia da GT, que o seu uso prematuro pode levar ao desenvolvimento de expectativas irrealistas acerca da utilização do *software* como metodologia, razão pela qual os utilizadores são encorajados a examinar o método de análise antes de utilizarem a ferramenta de *software* e antes do início do processo de pesquisa (Hesse-Biber, 2007). No nosso caso, seguimos esta recomendação e a análise das primeiras entrevistas foi feita manualmente. O uso deste *software* permitiu o armazenamento da grande quantidade de dados provenientes da transcrição dos *verbatim*s das entrevistas e da elicitação das fotografias, assim como os ficheiros áudio das entrevistas, as próprias fotografias e as notas de campo. Facilitou ainda o processo de codificação, o armazenamento, a sua organização em categorias, o que auxiliou na construção das mesmas, comparação de dados

²⁰ (1) *relative ease of searching, retrieving, sorting, separating, and categorizing de dados e códigos*, (2) *the ability to work at multiple levels of analysis simultaneously*, (3) *visibility of both data and analytic processes*, (4) *document-sharing capacities for team research*, and (5) *management and organization of the data and emerging analysis*” (Charmaz, 2011, p. 370). Nota: tradução do investigador.

e recuperação ou visualização do material, quer fossem códigos, trechos das narrativas codificados ou entrevistas.

2.5.6. Sensibilidade Teórica

Um dos requisitos da metodologia da GT é a sensibilidade teórica do investigador, ou seja a sua habilidade de ter a sensibilidade, compreensão e envolvimento em todo o processo, que lhe possibilite reconhecer as diferenças e variações nos dados, nos termos conceituais, no processo de codificação e na interpretação dos significados (Holton, 2008; Gomes, Hermann, Wolff, Peres, & Ribeiro, 2015; Santos et al., 2016).

No nosso estudo, a sensibilidade teórica foi adquirida não só no conhecimento científico obtido através da literatura, mas também na experiência pessoal como mãe, como profissional como enfermeira docente na área da maternidade, e na experiência do processo analítico na fase de análise dos dados em confronto e validação com outras mães que viveram os seus processos de maternidade. A revisão da literatura antes de iniciarmos a pesquisa foi essencial para desenvolvermos a sensibilidade teórica e a reflexividade, pois levou-nos a ter uma posição crítica sobre os conhecimentos em uso na academia e na prática de cuidados, bem como favoreceu a identificação dos conceitos sensibilizantes que nos ajudaram a construir o guião e guiaram as primeiras entrevistas; posteriormente, durante a codificação teórica, o regresso à literatura consolidou conhecimentos, confrontou-nos com outras perspetivas, outros autores, o que facultou o desenvolvimento de novas ideias e formas de “olhar “para os dados e conceptualizá-los (Holton, 2008). A realização de *memos* e de diagramas, assim como a amostragem teórica também referida na literatura (Hoare, Mills, & Francis, 2012), foram outras das estratégias que nos auxiliaram no desenvolvimento da sensibilidade teórica pois a capacidade de reflexão (reflexividade) permite identificar a postura do investigador na escolha do tema, desenho do estudo ou nas opções metodológicas. A adoção de uma atitude reflexiva permite ainda um olhar crítico constante não apenas sobre os métodos utilizados e os dados colhidos, mas também sobre si próprio, os participantes e o contexto de pesquisa. O investigador ao levar o seu *self* para o terreno também cria o seu *self* no terreno, ou seja, a adoção de uma atitude reflexiva contribui para o desenvolvimento do próprio investigador enquanto pesquisador e enquanto pessoa. A reflexividade é o processo de refletir criticamente em si próprio (*self*) como investigador enquanto “instrumento humano” (Lincoln, Lynham, & Guba, 2011, p. 124), é uma das características intrínsecas ao investigador qualitativo. Através duma postura reflexiva, o investigador

evidencia ainda a sua dimensão ética, expressa no respeito pelos participantes, na interação, na condução da pesquisa, no tratamento dos dados e nos resultados apresentados (S. R. De Oliveira & Piccinini, 2009).

2.6. Preconcepções do Investigador

A reflexividade enquanto processo de reconhecimento dos constructos que implícita e explicitamente influenciam o processo de pesquisa (Lincoln et al., 2011), é mais do que a simples reflexão. Ser reflexivo implica que o investigador explicita as suas perspetivas, interesses e posições acerca do fenómeno em estudo, de modo a que os utilizadores/leitores da pesquisa possam ajuizar qualquer eventual viés no processo de investigação. O modo de ser reflexivo é equilibrar o conhecimento de si mesmo, evitando tornar-se excessivamente absorvido e centrado nas suas posições (Engward & Davis, 2015). Na perspetiva construtivista a explicitação das preconcepções do investigador é fundamental para se entender o processo de interação do investigador com os dados e de construção da teoria explicativa.

Durante todo o percurso da investigação procurámos manter um espírito aberto às perspetivas das participantes, mas também foi necessário tomar consciência das nossas preconcepções, para que não interferissem na análise, forçando os dados, mesmo que involuntariamente. Podemos dividir as preconcepções identificadas em dois grupos: as que se referem ao nosso posicionamento filosófico e as que dizem respeito à nossa perspetiva do cuidar.

Quanto ao posicionamento filosófico as teorias feministas sempre tiveram grande eco na nossa forma de ver, interpretar e sentir o mundo, porque, em primeiro lugar, somos mulheres. As correntes feministas, e em especial a investigação feminista, mudou o paradigma da pesquisa contemporânea, passando a realizar estudos *de, sobre, com e para* as mulheres, aumentando o conhecimento sobre os problemas, as experiências, perspetivas e expectativas das mulheres. A maternidade na sua dimensão plena só pode ser entendida por mulheres e mães que tenham experimentado ser mães.

Enquanto docentes e enfermeiras, assumimos o cuidar centrado na pessoa como o foco da nossa atenção nas suas necessidades e particularidades, tendo por base os princípios da dignidade, compaixão e respeito (The Health Foundation, 2016) quer essa pessoa seja estudante, doente, utente dos serviços de saúde a experimentar uma transição como por exemplo a maternidade. Acreditamos que só se pode cuidar, conhecendo concepções sociais

vigentes, intuindo e antecipando os cuidados que as pessoas têm direito, tal como abordámos no quadro conceptual revelando as perspetivas e conceções de vida de género de Simone de Beauvoir, Elisabeth Badinter e Carol Gilligan.

A teoria das transições da maternidade de Afaf Meleis foi muito enriquecedora e ajudou-nos a compreender mais profundamente os fenómenos humanos a que Enfermagem pode e deve dar resposta de forma proactiva e preventiva.

2.7. Fiabilidade do Estudo/ Critérios de avaliação do estudo

No decurso do presente estudo houve a preocupação de seguir os procedimentos metodológicos preconizados por Charmaz, de modo a assegurar a qualidade e fiabilidade do mesmo. Com este propósito, procedemos à avaliação do rigor do estudo segundo Beck (1993): credibilidade, auditabilidade e ajuste /transferabilidade (Beck, 1993; Chiovitti & Piran, 2003; Cooney, 2011; El Hussein, Jakubec, & Osuji, 2016). Estes, foram complementados com os critérios que Charmaz identificou para avaliar estudos com a metodologia de *Grounded Theory*: credibilidade, originalidade, ressonância, utilidade e estética (2014, p.336-338).

2.7.1. Credibilidade

Na pesquisa qualitativa, a credibilidade é demonstrada quando "informantes e também leitores que tiveram a experiência humana (...) reconhecem as experiências descritas pelo pesquisador como suas próprias" (Beck, 1993, p. 264), ou seja um estudo é considerado credível quando este apresenta uma descrição vivida e fiel do fenómeno (Beck, 1993; Chiovitti & Piran, 2003; Cooney, 2011). Para Charmaz (2014) a credibilidade é demonstrada pela proximidade e familiaridade com o tópico em estudo; quando os dados são suficientes para demonstrar as afirmações tendo em conta o tamanho, número e profundidade das observações; quando foram feitas comparações sistemáticas entre as observações e as categorias; quando as categorias cobrem um elevado número de observações; quando existe uma forte ligação lógica entre os dados, os argumentos e a análise; e quando a investigação apresenta evidências suficientes para sustentar as afirmações e para permitir que o leitor faça uma avaliação independente e concorde com elas.

A credibilidade do estudo foi assegurada e evidenciada pela descrição detalhada da metodologia, bem como pelas alterações efetuadas ao longo do processo e que mostram que a metodologia foi usada de forma correta, como por exemplo o uso da amostragem teórica,

a alteração das perguntas para validar as categorias emergentes em fases anteriores resultantes de conceitos introduzidos pelas participantes, validação da construção teórica das categorias confrontando o significado do fenómeno com as participantes e utilização das suas palavras e excertos de discurso na apresentação e discussão dos resultados (Cooney, 2011).

2.7.2. Auditabilidade

A auditabilidade refere-se à descrição pormenorizada dos procedimentos e decisões metodológicas, assumidas no decurso da investigação e que podem ser consultadas e possibilitam que outros investigadores repliquem o estudo (Chiovitti & Piran, 2003; Cooney, 2011).

No nosso estudo possuímos um registo das fontes de dados, um registo das opções metodológicas ao qual chamámos “diário metodológico”, já mencionado anteriormente, onde fomos registando as dificuldades encontradas no trabalho de campo e as opções tomadas. Neste registo é possível identificar a forma como foram selecionadas as participantes e no apêndice II e na descrição já realizada das entrevistas, é indicado o modo como foram sendo alteradas as questões nas várias fases da amostragem teórica. A reflexividade implícita em todo o processo de análise, revela-se progressivamente nos *memos* realizados, cujo exemplo com o título “O não dito” por ser consultado no apêndice VI e nas reflexões acerca das entrevistas (Apêndice V).

2.7.3. Ajuste, Transferabilidade ou Ressonância

O ajuste ou transferabilidade refere-se à demonstração ao longo do estudo que os achados têm significado para outros indivíduos em situações semelhantes (Beck, 1993; Chiovitti & Piran, 2003; Cooney, 2011). Charmaz (2014) denomina este critério de ressonância, considerando estar demonstrado quando: as categorias retratam a plenitude da experiência estudada; são revelados os significados tidos como estáveis e instáveis; são estabelecidas ligações a outras coletividades, instituições ou vidas individuais, quando os dados assim o indicam; a teoria fundamentada faz sentido para os participantes ou pessoas que compartilham suas circunstâncias; e análise oferece aos participantes ideias mais profundas sobre suas vidas e mundos.

Operacionalizámos este critério validando os achados não só com as participantes, como com outras mulheres acima dos 50 anos que experienciaram a maternidade nesta faixa etária

destacando semelhanças, como foi referido anteriormente. Foi igualmente operacionalizado este critério validando os resultados do nosso estudo e construções teóricas descritas anteriormente na literatura que serão apresentadas no capítulo da discussão dos achados, na descrição do contexto em que ocorreu a colheita de dados – inicialmente no hospital e posteriormente no domicílio, local de trabalho das participantes ou do investigador, e também na descrição das características sociodemográficas das participantes.

2.7.4. Originalidade

Outo critério apresentado por Charmaz (2014) para validação dos estudos é a originalidade que a autora define como a novidade das categorias: se oferecem novas ideias ou novos conhecimentos; se a sua análise fornece um novo processamento conceptual dos dados; se a sua teoria fundamentada desafia, amplia ou aprimora ideias, conceitos e práticas atuais; e qual o significado social e teórico do trabalho.

A originalidade no presente estudo está patente na temática em si, na sua pertinência, atualidade e possibilidade de trazer novas ideias, conhecimentos e conceitos a este fenómeno social da maternidade tardia.

2.7.5. Utilidade

A utilidade segundo Charmaz (2014) refere-se à possibilidade da análise efetuada no estudo oferecer interpretações que as pessoas podem usar no seu dia-a-dia.

Pode ser validada pelo processo genérico resultante da análise das categorias analíticas que apresentamos na formulação da teoria de situação específica. Por outro lado, aquela análise pode provocar novas pesquisas em outras áreas substantivas e o estudo pode contribuir para aumentar o conhecimento sobre o fenómeno da maternidade depois dos 35 anos e contribuir para desenvolver modelos de intervenção que respondam às necessidades específicas das mulheres em situação de maternidade e, deste modo, contribuir para tornar um mundo melhor.

2.7.6. Estética

Outros critérios referidos por Charmaz (2014) é a estética da escrita. Para a autora “o ato de escrever é intuitivo, inventivo e interpretativo, não apenas um relatório de atos e fatos, ou no caso de teoria, causas, condições, categorias e consequências fundamentadas” (Charmaz, 2014, p. 338).

Operacionalizámos este critério optando por apresentar no capítulo dos achados as categorias, como se fossem uma história vivida pelas participantes do estudo, com princípio, meio e fim. Nesse capítulo, apresentado seguidamente procurámos fazer um relato de atos e factos, apresentar as causas, condições, categorias e consequências que permitiram fundamentar a teoria, tendo sempre presente os princípios estéticos que permitiriam adicionar à narrativa originalidade, autenticidade e leveza. Partilhamos a opinião de Charmaz que “ao adicionarmos mérito estético e impacto analítico à escrita do estudo, a sua influência pode espalhar-se para um público maior” (2014, p. 338).

2.8. Considerações Éticas

O presente estudo teve em consideração o Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2005), o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2010), bem como o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2010), bem como a Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013).

Antes de iniciar a colheita de dados foram obtidos os pareceres de várias comissões éticas envolvidas que escrutinaram os princípios éticos de proteção, consentimento informado, confidencialidade e anonimato dos participantes, pela apreciação do desenho do estudo, o que validou a integridade e a qualidade do estudo em questão (Miller, Birch, Mauthner, & Jessop, 2012). Foram obtidos os pareceres e consentimentos éticos da Comissão de Ética da Escola de Enfermagem e da Universidade que realizam o curso de doutoramento em que esta investigação se insere e do Hospital onde foram realizadas as primeiras entrevistas; foi ainda obtido o parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados por as segundas e subsequentes entrevistas se terem realizado domicílio das participantes (Anexo 1). Procurámos adotar um posicionamento ético tendo em consideração os princípios de honestidade, justiça, respeito, nos quais se inclui a preocupação de não forçar, coagir ou explorar as participantes na recolha da informação, assim como privilegiar os contextos da sua preferência e onde se sentissem mais confortáveis. Na primeira entrevista os participantes foram informados do estudo, dos seus objetivos e pedida a sua colaboração, tendo sido assinado um consentimento informado (Apêndice VIII), onde estava explicitado que o participante poderia desistir a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificação. Foi também solicitada às participantes autorização para a utilização das

fotografias no estudo e informadas de que o investigador ficaria com uma cópia das fotografias e das respetivas anotações até à elaboração e apresentação da tese, após o que seriam destruídas. Pediu-se às participantes que privilegiassem fotos sem rosto de forma a manter o anonimato, mas caso apresentassem alguma com rostos e viessem a ser publicadas, seriam previamente ocultadas as feições que pudessem tornar possível a sua identidade. A preferência por fotos simbólicas e sem rosto, foi algo que sentimos ser tranquilizador para as participantes. Algumas participantes verbalizaram mesmo que recusariam caso lhes fosse pedido que fotografassem rostos, por temerem que as fotos pudessem ser colocadas na internet, ficando à mercê de *ciberbullying* ou de redes pedófilas.

O guião da entrevista era composto por várias secções: uma série de questões relativas à identificação e dados sociodemográficos das participantes, um pequeno preâmbulo em que eram apresentados os objetivos do estudo, o próprio investigador e solicitado o consentimento informado. As perguntas de desenvolvimento relativas ao fenómeno em estudo, onde se incluíram as perguntas relativas à eliciação das fotografias, foram incluídas no desenvolvimento. No encerramento, agradecíamos a disponibilidade, reforçávamos a importância da participação no estudo e, sempre que possível, combinávamos a marcação de uma nova entrevista. No final da entrevista entregávamos um Cartão de Visita, elaborado com o propósito de lembrar as participantes do tema em estudo e facultar os contactos do investigador. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas para um *verbatim* para posterior análise. A cada participante foi atribuído um número de código, de forma a preservar a sua identidade e alterados os nomes no *verbatim* quando referidos ao longo do discurso. Durante a transcrição, houve também o cuidado de ouvir repetidas vezes os excertos, de modo a que a pontuação traduzisse a fidelidade dos significados e discurso produzido.

3. O PROCESSO DE METAMORFOSE DA MULHER EM MÃE DEPOIS DOS 35 ANOS

Neste capítulo iremos descrever o processo de mudança operado nas mulheres com mais de 35 anos que viveram o processo de maternidade e se transformaram em mães, tendo por base os achados da investigação realizada. Como referido anteriormente foi utilizada a metodologia da Grounded Theory segundo Kathy Charmaz (2014), e, de acordo com o preconizado por esta teórica, os resultados serão apresentados como se de uma história se tratasse, com princípio, meio e fim. Procuraremos identificar os tipos, propriedades, condições pessoais, sociais e da comunidade do fenómeno experienciado pelas participantes, bem como o processo envolvido e os resultados obtidos.

Por fim após análise dos dados e no processo de aprofundamento dos mesmos com vista à sua concetualização, apoiando-nos na teoria de Afaf Meleis sobre as etapas inerentes a uma transição, procurámos integrar e relacionar o processo vivido pelas mulheres à luz do pensamento desta autora. Foi no atingir desta etapa que conseguimos nomear o processo social identificado, ou seja, O Processo de Metamorfose da Mulher em Mãe depois dos 35 anos.

O relato do processo de transição para a maternidade depois dos 35 anos, será contado com base na história construída a partir das narrativas das participantes, em que cada uma das categorias será apresentada e descrita a partir das subcategorias encontradas. No final de cada categoria apresentaremos um diagrama que pretende visualizar as relações entre as categorias e subcategorias. A linearidade dos diagramas apresentados deve-se somente a inabilidades computacionais do investigador, pois nada nos fenómenos sociais é linear e unidimensional.

3.1. Consciencializando o desejo de ser Mãe

A primeira etapa do processo de começar a ser mãe deriva de vários fatores desencadeantes, que se constituem como um terreno favorável à concretização de um longo caminho encetado pela mulher. Porém, se estes são os fatores dominantes e mais centrados no desejo exclusivo da mulher, outros há que derivam do desejo de satisfazer o companheiro. Assim as subcategorias despertando o relógio biológico, criando/alargando uma família, perpetuando-se, respondem às premissas da mulher, enquanto que as subcategorias solidificando a relação do casal e idealizando uma maternidade romântica são mais centradas na estabilidade da vida do casal. Passamos a descrever as suas propriedades e condições.

O processo de Metamorfose da mulher em mãe depois dos 35 anos inicia-se com o desejo de ser mãe e a tomada de consciência desse desejo. Este é um desejo que vai emergindo a pouco e pouco, ou, noutros casos de forma abrupta, como se de um imperativo se tratasse. Neste último caso, as mulheres descrevem-no como o “**despertar do relógio biológico**”, uma tomada de consciência de um desejo até então inexistente, desconhecido ou meramente adormecido. Tornar-se mãe converte-se no objetivo prioritário das suas vidas, quer seja para deixar uma marca da sua passagem – a descendência, contribuindo para a propagação da espécie e deixar uma herança genética, quer seja para fundar uma família, realizar um projeto do casal de ter um filho comum, ou realizar um sonho do companheiro. Também várias participantes pretendiam materializar a maternidade idealizada, cujo papel desde menina era esperado como um destino definido, tendo sido inculcado, ensinado ao longo dos anos de forma indelével.

Criando ou alargando uma família - Surgiram nos discursos a materialização do desejo de ser mãe, de se tornar mais completa, ter vontade de criar ou alargar uma família como algo de que se orgulhasse, solidificar e manter a união do casal e perpetuar-se. **Perpetuar-se**, significou deixar a sua carga genética e prolongar-se na descendência como um reflexo de si a quem pudesse transmitir o modelo de relação mãe-filha vivenciado com a própria mãe, corresponder ao papel social esperado, bem como criar uma imagem positiva e duradoura de mãe perante os filhos. Vê-se assim que ser mãe é um processo de decisão pessoal, mas também inscrito numa matriz familiar e social que responde a anseios que não são exclusivos da mulher.

Solidificar e manter a união do casal - A finalidade e sentido dado a esta maternidade teve vários significados. Para algumas mulheres uma das razões para decidir conceber um filho esteve centrada no desejo de satisfazer anseios de paternidade do novo companheiro, acontecendo esta vontade sobretudo se existiam filhos de relacionamentos anteriores. Para outras mulheres significou poder permitir-se ter uma família como um projeto de realização comum onde um filho foi percecionado como fator estruturante e elemento de estabilidade da família. Fazer mais feliz o companheiro, sobretudo se estes eram mais jovens, procurar concretizar a realização de um sonho do companheiro, dando-lhe um filho do sexo desejado, também estiveram presentes nas preocupações das mulheres e foram condições decisivas para este filho ser gerado no momento certo. Percebe-se implicitamente nos discursos das mulheres, terem elevado apreço pela estabilidade da vida familiar, a nível emocional e económico, como condição que lhes permita ter sucesso no processo educativo dos filhos.

Esta preocupação foi mais saliente nas mulheres cujos relacionamentos anteriores foram de insucesso.

Idealizando uma maternidade romântica - A decisão de engravidar surgiu também como algo saído da esfera da racionalidade, um desejo inconsciente de ser mãe, um instinto biológico que se desenvolve paulatinamente através de sonhos e pensamentos recorrentes, em que uma visão romanceada e o desejo de experienciar uma gravidez vão tomando forma e ganhando espaço ao longo do tempo. Este período temporal permitiu que projetos profissionais fossem ultimados e arranjar coragem para partilhar o desejo de maternidade com o companheiro: *“já sentia o chamamento há muito tempo, mas por questões pessoais e profissionais acabei por ir sempre adiando até que surgiu essa possibilidade”* (E3). Esta ideia romanceada e idealizada da maternidade que acalentava uma busca de um amor único e incondicional pareceu neste estudo ser mais evidente nas primíparas.



Figura 3 - Categoria “Consciencializando o desejo de ser Mãe” e respetivas Subcategorias

3.2. Escolhendo o momento certo

O padrão de condições e motivações encontradas neste estudo para engravidar designámo-las por **Escolhendo o momento certo**.

O adiamento da maternidade que as mulheres fizeram para depois dos 35 anos e a decisão de quando deviam engravidar esteve relacionada com a percepção de poder ser a última oportunidade para construir ou alargarem a família idealizada, ou seja, de aproveitarem a última oportunidade de serem mães, pois o fator idade começava a sentir-se de forma mais ou menos indistigável, tendo presente a avaliação dos riscos desta gravidez que faziam de forma mais ou menos camuflada.

A Escolha do momento certo traduziu-se pela conjunção de vários fatores sendo uma das condições e, talvez a mais relevante, o facto de **ter encontrado o homem certo / pai certo**. Ter encontrado o parceiro certo “*encontrei uma pessoa que achei que realmente valia a pena*” (E3), significou ter com ele uma boa relação afetiva, e reconhecer terem encontrado a pessoa certa, mesmo ideal, com quem valesse a pena ter um filho. Esta condição foi mais notória nas mulheres que tiveram relacionamentos conjugais anteriores de insucesso. Mas, a noção de que o tempo (reprodutivo) se estava a esgotar pôde, em alguns casos, se tivessem engravidado do homem “errado”, levado a optar mesmo por prosseguir com a gravidez e ser mãe sozinha, escolhendo aproveitar a última oportunidade de ser mãe em detrimento da família idealizada:

“ainda pensei em ... em fazer um aborto (...) Só que depois já não dava para fazer ... e depois pensei: vou mesmo ter, também se não for agora... é o meu primeiro filho ... e eu sempre quis ser mãe, só que nunca quis ser mãe solteira ou mãe sozinha, sempre quis ter um companheiro (...), saiu-me o tiro pela culatra porque foi com o pior de todos! Engravidei do pior de todos, e então (decidi): mas eu vou ter!” (E11).

Ultimando projetos e alcançando estabilidade financeira - A decisão do momento certo para engravidar e construir família esteve também relacionado com razões socioeconómicas ou pessoais, seja pelo desejo de ultimar projetos de carreira profissional, seja por ter conseguido alcançar uma estabilidade financeira, fator considerado essencial na vida de uma família por todas as participantes:

“eu queria ser mãe uma segunda vez, mas por questões financeiras achámos que era mais prudente não ter mais nenhum bebé. Entretanto engravidei e fui mãe agora com 39 já quase com 40. Mas era uma coisa que os dois queríamos muito e não, não tínhamos porque achávamos que monetariamente não íamos conseguir suportar duas crianças” (E1).

Também os efeitos das políticas de planeamento familiar existentes desde a década de setenta parecem ter exercido forte efeito na decisão de ser mãe. Estas, aliadas ao ambiente político e social resultante da crise e resgate económico a que o país esteve sujeito nos últimos anos, condicionou o adiamento da decisão de ter um filho pelo receio de perder o emprego e pela exigência de cumprimento de ritmos de trabalho excessivos incompatíveis com a disponibilidade necessária ao decurso de uma gravidez.

Sentindo a pressão social - Os fatores mencionados que fizeram protelar a maternidade para depois dos 35 anos até acontecer o momento certo, derivaram de várias causas: receio do parto e das dores, de ser proveniente de uma família disfuncional e temerem replicar essa situação. Foi mencionado ainda por algumas participantes a preocupação de adiar a maternidade por temerem não serem capazes de educar um filho. A decisão de ser mãe surgiu também como resultado da pressão social para ter filhos:

“tem que ter filhos, tem que ter filhos”, porque chega a uma certa hora que a sociedade cobra isso de você está ficando velha, tem que ter filhos, a pessoa que não tem filhos a vida não tem significado, não tem importância” (E9).

Ser mãe foi o que deu significado e importância ao ser mulher; sem filhos ficavam esvaziadas de conteúdo, da funcionalidade para a qual foram educadas e preparadas. O facto de decidirem ter filhos nesta idade foi também resultado de terem planeado o intervalo entre as gravidezes de modo a não terem os filhos muito seguidos.

Sentindo a idade – para algumas participantes a pressão social para terem filhos, de não quererem que o primeiro filho fosse filho único, bem como a noção de que o tempo de idade fértil se estava a esgotar e aquela poder ser a última oportunidade de serem mães, contribuiu também para a tomada de decisão de engravidarem:

“então com a minha idade se não engravidar agora que já estou com 41, então não engravidado mais” (E15); “conversámos e achámos que era a altura ideal, porque também se não fosse naquela altura, depois também por causa da minha idade já ia ser muito tarde para ser mãe” (E1).

A idade foi percebida de modos diferentes pelas participantes: umas recebiam pela idade e pela sua saúde ou por já não serem mães há muitos anos, outras preferiam ignorar a idade e as suas limitações, pensando e agindo como se fossem mais novas do que realmente eram,

procurando dissipar ideias preconcebidas acerca de «*estar velha para ser mãe*». O fator idade foi relativizado, pois as mulheres que tinham tido maternidades anteriores quando eram mais jovens, comparavam as duas fases e sentiam-se mais velhas anteriormente e com menos energia do que agora, contudo sem deixarem de se interrogar acerca da educação dos filhos no futuro. Como referia uma das participantes: “*ser mãe aos 38, daqui a 10 anos vou ter 48, será que terei forças para brincar com o meu filho como agora?*” (E2). Outras sentiam a idade a pesar e chegaram a equacionar a possibilidade de recorrerem a medicamentos se sentissem o peso dos anos e para terem o vigor necessário. Porém, algumas participantes mostraram estar conscientes da inevitabilidade do seu envelhecimento e da perda de faculdades, referindo sentir o corpo gasto, o cansaço ser mais fácil e terem mais falta de vigor. Referiam sentir o tempo de vida a encurtar, facto que as impedirá de acompanhar a vida e o crescimento dos filhos ao contrário de épocas anteriores em que as mulheres engravidavam muito mais cedo: “*enquanto os nossos pais nos viram crescer e viram os netos e alguns têm a sorte de ver os bisnetos, nós o mais certo é não termos essa sorte*” (E10). Lidar com os sinais físicos da idade como as rugas e os cabelos brancos, mesmo que aceites pelas participantes como naturais, contrariam a representação social da mãe jovem. Por esse motivo, a aparência, reveladora da idade avançada fê-las recear serem olhadas como “*mães-avós*” (E7-1). A força social e o receio de serem estigmatizadas pela idade avançada fez com que algumas se sentissem inibidas de amamentar em público, por esta imagem ser inusitada e poder chocar os outros.

Avaliando o risco - O facto de ser a última oportunidade e o momento certo para engravidarem, mas sentirem o peso da idade fez com que a avaliação dos riscos fosse fator comum à maioria das participantes. O estarem conscientes que corriam mais riscos do que em fases anteriores da vida, levou-as a terem maior prudência na tomada de algumas decisões que podiam colocar em risco o sucesso da gravidez. Para algumas participantes a presença de doença anterior implicou uma maior vigilância da mesma durante a gravidez porque corriam mais riscos; a situação de saúde obrigou a fazer um maior controlo da doença e a recear os seus efeitos na gravidez, nomeadamente foi verbalizado o medo do filho não ser saudável. Outras participantes, estranhamente, negavam o risco da gravidez na fase mais extrema da vida reprodutiva, achando que não existia risco acrescido, desconhecendo ou recusando assim a evidência científica. Apesar da maioria ter um discurso consciente de que nesta faixa etária há maior probabilidade de ter problemas, as participantes mostraram-se surpreendidas ao serem consideradas no âmbito do sistema de saúde como grávidas de risco e também com

as dificuldades vividas pela gravidez após os 35 anos. Os problemas de infertilidade, quer fossem de dificuldade em engravidar ou em manter as gestações que terminavam em abortos numa fase inicial da gravidez, e por vezes de forma recorrente, a ocorrência de defeitos cromossómicos como a trissomia 18, os tumores do recém-nascido ou outras patologias, foram sempre vividos com surpresa e muito raramente foram relacionados com a idade materna.

Procurando compreender a razão desta descrença na evidência científica para este grupo de participantes, percebemos que elas vivem acreditando na eficácia da natureza humana de conseguir eliminar anomalias. Assim, o aborto espontâneo era encarado como uma possibilidade da natureza humana exercer o seu papel e atuar com sabedoria. Esta convicção permitiu-lhes engravidar tardiamente sem viverem níveis de *stress* excessivos. Uma das participantes referia assim a crença no poder seletivo exercido pela natureza humana: “*o próprio corpo rejeita a gravidez se as coisas não estiverem a acontecer bem e eu acho que isso é normal e é benéfico que assim seja, não é? (...), portanto eu encaro o aborto (como) uma coisa natural*” (E18).

Embora existisse uma maior ou menor consciência dos riscos da gravidez após os 35 nas participantes, todas referiram a incerteza vivida até ao momento do parto sobre o medo do bebé poder ser ou não ser perfeito e ou saudável. Daí que, quando realizavam a amniocentese, os resultados eram aguardados com expectativa e receados pela maioria das participantes e algumas evitavam fazer este exame por temerem que a punção atingisse e provocasse lesões no bebé. Também afirmaram que o receio de existir malformações e anomalias na criança é um problema comum a todas as mulheres grávidas independentemente da idade.

Vivendo a gravidez como se fosse a última - Constatou-se pelo discurso das participantes que a maternidade nesta faixa etária foi uma decisão que sendo muito desejada, foi simultaneamente muito pensada e o seu planeamento bem escrutinado e ponderado, o que não aconteceu com as mesmas participantes quando tiveram a sua primeira experiência da maternidade quando eram jovens. Essas gravidezes tinham ocorrido de forma inesperada, surgindo mesmo por acidente, ou por falha dos métodos anticoncecionais. No entanto, para algumas participantes a maternidade atual também surgiu de forma inesperada por falhas ou erros no uso de métodos anticoncecionais ou porque não tinham conseguido engravidar com o parceiro anterior.

Planeada ou não, a confirmação da gravidez foi sempre recebida pelas participantes com surpresa e emoção, sendo referida como um dos momentos mais importantes da sua experiência de maternidade/gravidez, sendo semelhante à emoção do momento em que conheceram o sexo do bebé, à percepção dos primeiros movimentos fetais e ao resultado da amniocentese. A intensidade da experiência da gravidez foi vivenciada pelas participantes como se relata a seguir:

“vivi-a intensamente (a gravidez) (...), é uma experiência única. Só quem passa pela experiência é que sabe mesmo dar o valor ... Eu acho que vivo cada uma com a mesma intensidade, que desde a primeira que vivo as maternidades como se fosse a última (...) a pessoa, pronto que é mãe, que é mãe a 100%, acho que tem de ter a maternidade sempre com ela, sempre. Desde o momento que a gente percebe que vai ser mãe” (E2);

A narrativa acerca das gravidezes esteve quase sempre associada a sentimentos positivos, de orgulho, beleza, bem-estar, independentemente de ser ou não a primeira gravidez. Comum a todas as participantes foi a noção de que esta poderia ser a última gravidez e por isso, rodearam-se de cuidados e procuraram usufruí-la da melhor forma.

Em síntese, e tal como se encontra sintetizado na figura 4, planeando o momento certo para engravidar, fosse esta a primeira vez ou não, exigiu que ela aconteça no momento certo: tal significou ter encontrado a pessoa certa e ter estabilidade na vida profissional. Este momento certo teve de ser aproveitado, por ser a última oportunidade para serem mães, por começarem a sentir o peso da idade e as leis da natureza humana se cumprirem rigorosamente. Todavia a ambiguidade humana manifestou-se em algumas participantes que referiram não sentirem os anos ou procurando disfarçar a presença dos mesmos. Revelaram serem pessoas maduras e racionais avaliando e ponderando os riscos desta decisão de vida; o maior risco referido foi o de poderem ter um filho com anomalias ou problemas de saúde. Todavia surpreendeu o investigador o nível de baixo *stress* derivado deste risco, não sendo este visível nos discursos, pois acreditavam que a natureza humana eliminasse o que não fosse harmonioso. A consciência de que esta poderia ser a sua última oportunidade de serem mães, levou-as a viverem intensamente a gravidez.



Figura 4 - Categoria “Escolhendo o momento certo” e respectivas Subcategorias

3.3. Confrontando-se com o lado obscuro da maternidade

O desempenho na maternidade, como qualquer outro papel, e tal como uma moeda, tem duas faces: uma positiva, alegre, feliz, compensadora, e, outra menos serena e habitualmente menos referida por ser pouco convencional e mesmo desconhecida.

Esta fase mais obscura da maternidade advém do facto de ser menos consciente no imaginário coletivo social, não sendo, ou sendo menos falada, mais sombria, difícil e por vezes triste, opressiva, inquietante e perturbadora. Os desconfortos da maternidade são de difícil expressão, sendo ocultados pela ideia socialmente dominante de que a maternidade é uma fase de felicidade na vida da mulher, quase de êxtase, porque conhece um amor incondicional, um amor puro e maior. Este imaginário enleado no simbólico coletivo gerou e gera na gravidez uma ideia romanceada que tem ocultado a exigência e a dificuldade inerente a qualquer processo de vida. Muitas mulheres são confrontadas com esta realidade por vezes de um modo inesperado sendo o seu papel de mãe mais difícil e penosamente vivido.

Assim este estudo mostrou a simultaneidade das duas facetas, de prazer e dor, vividas a par e passo nos diversos momentos do processo de maternidade. Os momentos mais idealizados referidos na literatura e também pelas participantes foram o amamentar e o cuidar do bebé, embora nas entrevistas tivessem sido omitidos os receios de não saber lidar com o bebé.

Presente nos discursos esteve também o receio do afastamento do marido e lidar com as saudades do trabalho. Neste confronto com a realidade, o mais grave que foi referido foi a existência inesperada de problemas de saúde do bebé, mas que como já referimos nunca foram relacionados com a idade materna.

O tormento da amamentação/sentindo a amamentação como um tormento - Uma das facetas da realidade oculta da maternidade, referido e ignorado por muitas participantes foram os momentos da amamentação. Sendo esperado serem momentos de prazer não só pelo contacto físico, como pelo elogio social de ter leite e desejar amamentar, estes foram muitas vezes vividos como verdadeiros tormentos por vários fatores: o leite ser insuficiente em qualidade e quantidade, o cansaço decorrente da repetição do ato, o desconforto do bebé a pegar no mamilo foram alguns dos fatores mencionados como muito desconfortáveis e usurpadores do bem-estar da mãe. Uma participante relatava a ansiedade do efeito invisível do mamar: *“é um tormento, a amamentação é uma dor de cabeça. Ficamos com a sensação “ah ele não mamou o suficiente” ou então “ah ele está a mamar tantas vezes”, nunca está bem, nunca está nada certo, não é ?!”* (E18).

Principalmente nos primeiros meses de vida, sobretudo enquanto o bebé mamava ainda em intervalos muito curtos, e sem existir um padrão diferenciador do ciclo dia e noite, fez com que a mãe não conseguisse descansar, pois não decorria tempo suficiente para a mãe produzir leite de modo que este pudesse ser usado por alguém que a substituísse numa ausência, mesmo que curta. Esta característica da alimentação nesta fase fez com que a privação de sono da mãe acontecesse, pois de 2/2 ou de 3/3 horas o bebé acordava, consecutivamente ao longo das 24 horas, fosse de dia, fosse de noite e o sono da mãe era consecutivamente interrompido. Após ter dado de mamar, enquanto o bebé adormecia de imediato, o mesmo não acontecia com a mãe que, quando adormecia ou estava prestes a adormecer, a criança acordava novamente, com uma regularidade que quebrava o ciclo de sono já de si muito curto, impedindo um sono profundo. Este tempo de aparente possibilidade de relaxe e descanso era verdadeiramente ilusório e pouco compreendido pelos que viviam próximo ou amigos o que revelava o desconhecimento de quem não vivia o que a mãe estava a viver. Este ritmo torturante só foi aliviado ou terminou habitualmente por volta dos 3 meses, embora estes limites pudessem variar e ser alargados até aos 6 meses. O amamentar tornou-se por isso quase que um agente de tortura do sono, semelhante à vivida pelos presos políticos:

“eu não conseguia depois dormir durante o dia, portanto eu era todo o terreno (ri-se). Acordava de duas em duas horas, portanto nem chegava a entrar em sono profundo porque precisava de um bocadinho mais do que isso e quando eu parava de amamentar já sabia que daí a um bocadinho tinha que amamentar outra vez, então quase que não adormecia” (E18).

Para além da resposta à necessidade imposta pelos ritmos da amamentação, acresceram outros fatores geradores de *stress* que estiveram relacionados com outros desconfortos como foram o ingurgitamento mamário, as fissuras ou a mastite, processos habitualmente acompanhados de desconforto e dor. A seguir à necessidade de dormir, o que causou maior *stress* às mães participantes deste estudo, foi o desgaste causado pela incerteza da qualidade do seu leite proporcionar, ou não, a nutrição adequada à criança. Esta insegurança era agravada pela pressão social e familiar, que sempre que a criança chorava um pouco mais, ou parecia não mamar o suficiente, sugeriam opiniosamente que deveria ser dado o suplemento de leite artificial. Nos casos de deficiente progressão ponderal do bebé, esta insegurança aumentava e as mães referiram sentir que eram «más mães», culpabilizando-se por estarem a falhar numa das suas funções essenciais – a de alimentar bem o bebé. Uma das participantes relatava deste modo a ansiedade relativa à amamentação:

“houve semanas em que numa semana engordava (o bebé) 60 gramas e isso é o pior para as mães (ri-se) é o pior, porque parece que estamos a fazer um mau trabalho que é não ver a vida é suposto crescer, não é, e é suposto engordar” (E19).

As dúvidas e a culpabilização foram ainda acentuadas no caso de a mãe continuar a trabalhar: *“e quando ainda por cima se trabalha, e depois existe aquela questão que é – até que ponto é que isto não está a correr bem porque nós também não estamos a fazer aquilo que é suposto?” (E19).*

Assim a amamentação atualmente tão enaltecida foi frequentemente foco de elevada tensão para as mães, mesmo para as participantes que tiveram maternidades anteriores, pois os discursos sociais atuais, tal como os dos profissionais de saúde fazem a apologia incontestada da amamentação. As mães referiram não estarem suficientemente alertadas para as dificuldades com que se deparam durante a amamentação. Já para as mães que tinham experiências anteriores de amamentar, os problemas foram mais atenuados. Algumas participantes referiram a capacidade de esquecer o que é desagradável como uma faceta dos humanos lidarem com o que lhes é desconfortável. Talvez seja esta a razão pela qual as

mulheres partilham escassamente com outras mulheres os desconfortos desta etapa da sua vida.

Centrando-se totalmente no bebé - Outro lado obscuro da maternidade que surgiu nos discursos das participantes foi o confronto com a necessidade inadiável de centração total no cuidado ao bebé, o que remete as mães nos primeiros três meses de vida da criança para um enclausuramento forçado em casa. As dificuldades decorrentes dos cuidados a prestar ao bebé, foram de índole diversa, sendo umas mais centradas nelas próprias e outras derivavam do cuidado a prestar ao filho.

O facto de deixarem de ter controlo sobre o tempo e a sequência das atividades a que estavam habituadas foi uma das grandes dificuldades sentidas pelas mães.

Constatámos que dos aspetos mais apreciados na sua vida anterior à maternidade era a liberdade de viver a sua vida, segundo os seus valores e prioridades sem condicionalismos, nem terem de prestar contas a ninguém. O exercício de autocontrolo era vivido de modo exímio por todas as participantes como relata uma delas: *“até ali as coisas podem ser, e eu sou muito isso - que até ali, até à maternidade - tudo se planeia e depois da maternidade tudo o que se planeia normalmente dá errado porque elas (filhas) é que mandam”* (E19).

As mudanças que sentiram ter de fazer precisavam ser integradas na sua vida e essa transformação exigiu energia e capacidade de adaptação. Agora a gestão do tempo era dificultada pela imprevisibilidade das solicitações dos cuidados ao bebé, que fazia com que qualquer programação tivesse de ser ajustada ou alterada, impossibilitando até o assumir de compromissos. Uma das participantes relatava assim a sua dificuldade em conciliar tarefas: *“essas coisas que tenho que tratar que são coisas que p. ex. a segurança social, aquelas coisas que têm aquelas datas e que têm mesmo de ser tratadas com bebé ou sem bebé, conciliar essas coisas foi difícil”* (E20).

Os cuidados ao bebé assumiram prioridade sobre todos os restantes afazeres e papéis pois como uma mãe referia *“passa tudo a girar em prol do bebé”* (E1), provocando uma alteração no modo de vida das mães nos aspetos mais simples do quotidiano de modo a poderem conjugar interesses em prol do bem-estar do bebé e da família. Por exemplo a mudança da hora do banho tinha de ser planeada de forma a poder ser dado pelo pai, ou a necessidade de levar a criança ao médico exigia alterações da rotina de estar em casa. Também a existência da criança provocou alterações na personalidade da mãe em pormenores que só aparentemente são insignificantes, como por exemplo a aceitação da desarrumação ou o

amontoado de roupa para passar, foram situações mencionadas como factos impensáveis aceitar e acontecerem antes do nascimento da criança. A este propósito uma mãe comentava:

“Já não tem de ser tudo tão perfeito, tão ...rigoroso, tão rígido (...) quero ir fazer qualquer coisa que meti na cabeça que tenho de ir fazer e depois não consigo e entre assim também num stress, mas depois penso “não, não, agora estou para ela é mesmo para ela. (E6-2).

Se a legislação possibilita à mãe estar em casa nos primeiros meses, sendo esta uma conquista social recente²¹, estas sentiram que estavam a viver uma vida *anormal*, pois os

-
- ✓ ²¹ Lei 1952, de 10 de Março de 1937: Por ocasião do parto a mulher tem direito a faltar durante 30 dias, podendo-lhe ser atribuído um subsídio equivalente a 1/3 do salário.
 - ✓ Decreto-lei nº 49 408, 24 de Novembro de 1969: Aumenta para 60 dias o direito das mulheres casadas a dispensa de trabalho por motivo de parto e aumenta o subsídio para 50% equivalente ao vencimento, com o direito de não despedimento até um ano depois do parto.
 - ✓ Artigo 68º, Constituição da República Portuguesa 1976 (Maternidade):
 - «1. O Estado reconhece a maternidade como valor social eminente, protegendo a mãe nas exigências específicas da sua insubstituível acção quanto à educação dos filhos e garantindo a sua realização profissional e a sua participação na vida cívica do país.
 - 2. As mulheres trabalhadoras têm direito a um período de dispensa de trabalho, antes e depois do parto, sem perda de retribuição e de quaisquer regalias»
 - ✓ Decreto-lei nº 112/76, de 7 de Fevereiro: Institui 90 dias de licença de maternidade
 - ✓ Lei nº 4/84, 5 de Abril: Licença de maternidade de 90 dias como um direito da mãe e, implicitamente, como um dever da mãe, uma vez que determina que o pai poderá gozar dessa licença apenas por incapacidade física ou psíquica da mãe.
 - ✓ Lei nº 17/95, 9 de Junho (Altera a lei 4/84): Alarga a licença por maternidade para 98 dias e, pela primeira, cria obrigatoriedade do gozo de pelo menos 14 dias de licença por maternidade.
 - ✓ Lei nº 18/98, 28 de Abril (Altera a lei 4/84): Alarga a licença por maternidade para 120 dias.
 - ✓ Lei nº 142/99, 31 de Agosto (Altera a Lei nº 4/84): Alarga a licença por paternidade para 5 dias úteis, seguidos ou interpolados, a ser gozados no primeiro mês a seguir ao nascimento. Torna obrigatório o gozo de licença por maternidade de 6 semanas a seguir ao parto.
- Para além da dispensa de horas de trabalho para efeitos de amamentação (só destinada à mãe), prevê a dispensa de períodos de trabalho para aleitamento, a qual pode ser gozada pelo pai ou pela mãe, por decisão conjunta de ambos.
- ✓ Lei 99/2003, 27 de Agosto; Código do Trabalho (com a respectiva regulamentação: Lei 35/2004, 29 de Julho e Decreto-lei 77/2005, 13 de Abril): licença por maternidade 120 dias consecutivos, 90 dos quais necessariamente após o parto. Mas a trabalhadora pode gozar 150 dias de licença por maternidade (+25%, obrigatoriamente a seguir ao parto), mas nesse caso perde mensalmente 20% da remuneração (na prática, pode gozar mais um mês, com perda real de remuneração).
 - ✓ Lei 7/2003, 12 Fevereiro (Código do Trabalho), Regulamentada por:
 - Decreto-Lei 89/2009, 9 Abril
 - Decreto-Lei 91/2009, 9 de Abril
 - ✓ Lei n.º 7/2009
- Código do Trabalho - artigo 53.º

a) O gozo da licença pode ser usufruído em simultâneo pelos progenitores entre os 120 e os 150 dias.

b) O período da licença parental inicial pode ser alargado, desde que, a seguir ao parto e após a licença parental inicial exclusiva de mãe (6 semanas obrigatórias), o seu gozo seja partilhado pelo pai e pela mãe, sendo que cada progenitor deve gozar pelo menos 30 dias seguidos ou dois períodos de 15 dias consecutivos.

Assim, a licença pode ter a duração de:

120 dias, com ou sem partilha, caso em que, no âmbito da proteção social, há lugar à atribuição de um subsídio no valor de 100% da remuneração de referência (RR);

cuidados contínuos que precisavam ser prestados ao bebé 24 sobre 24 horas, em prol do seu bem-estar e sobrevivência, eram fonte de um sacrifício simultaneamente desejado e abençoado, mas também penoso, pois eram fonte de cansaço, exaustão, chegando algumas a referir sintomas de depressão. A tristeza e a solidão estiveram presentes nos primeiros meses de experiência de maternidade da maioria das participantes, pois as restrições de deixarem de ter vida social, de participarem em programas sociais, deixando de sair à noite, de ficarem sozinhas com a bebé e passarem a conviver só com este, tornou esta fase inicial difícil de experienciar, tanto mais que não esperavam que tal exigência fosse tão intensa. Aliás, para algumas participantes o grau de dificuldade encontrado foi tal que a maternidade se tornou uma experiência adiada e para outras para esquecer. Algumas adiaram a nova maternidade com receio de não aguentarem viver algo igual ou semelhante ao vivido na primeira gravidez e precisaram ganhar muita coragem para serem mães outra vez. Para outras, a dificuldade da experiência foi de tal ordem que determinou a decisão de nunca mais quererem ter filhos, nem de desejarem falar do assunto:

“tudo até agora (foi difícil). Até agora não foi uma gravidez muito tranquila, muito nervosa, como já disse o parto também foi complicado (...), se me perguntar se eu quero outro eu digo que não. O que eu passei, enquanto me lembrar não consigo. Não consigo pensar em voltar a ter outro”(E3).

Para algumas estas dificuldades começaram logo durante a gravidez, pois esta foi mais turbulenta do que esperavam, com o surgimento de complicações que determinaram intervenções por vezes dolorosas (cerclage por exemplo). Também as restrições alimentares, as limitações à atividade física, as alterações laborais que exigiram a antecipação em abandonar o emprego mais cedo pelo risco de parto prematuro, o elevado número de exames

150 dias sem partilha ou com partilha livre, caso em que, no âmbito da proteção social, há lugar à atribuição de um subsídio no valor de 80% da RR, sem possibilidade do seu alargamento a 180 dias;

150 dias com partilha segundo as condições exigidas, caso em que, no âmbito da proteção social, há lugar à atribuição de um subsídio no valor de 100% da RR;

180 dias com partilha, caso em que o subsídio tem o valor de 83% da RR.

c) Em caso de nascimentos múltiplos, à duração de qualquer das licenças, acrescem 30 dias por cada gémeo além do primeiro.

Nota: a «partilha» destina-se a garantir que pai e mãe possam decidir assegurar alternadamente o acompanhamento do seu filho nos primeiros meses de vida, situação que é viabilizada pela licença parental inicial.

Fonte: <https://www.dgaep.gov.pt/index.cfm?OBJID=b8a129f3-8eb7-4b56-932f-f084b9abab44&ID=56000000>

Apolónio, Heloísa. Aula lecionada ao 2º CMESMO “Quadro legislativo de proteção da maternidade e da paternidade: visão histórica e enquadramento actual”, Lisboa, ESEL, 2011 <http://data.dre.pt/eli/lei/7/2009/p/cons/20160823/pt/html>

de diagnóstico, a falta de controlo sobre a situação foram fatores não previstos que dificultaram muito o viver da maternidade durante e após a gravidez. Sobretudo a inatividade decorrente da necessidade de repouso absoluto, imposto à maioria das participantes pelos riscos associados à sua idade avançada, foi outra fonte de ansiedade imprevista e desconhecida da maioria, como já anteriormente descrito na categoria escolhendo o momento certo. Em geral as mulheres do estudo tinham uma carreira profissional bem solidificada e estavam habituadas a sentirem-se realizadas profissionalmente. O estar “sem fazer nada” foi uma das grandes dificuldades sentidas no decurso do período gestacional que, sendo esperado, não deixou de surpreender as participantes do estudo.

Dentro da exigência da centração no cuidar do bebé, lidar com as reações de desconforto ou com o temperamento difícil do bebé, foi algo que surpreendeu as mães, pois não estavam preparadas. Uma das principais dificuldades foi lidar com o choro do bebé, e sobretudo com a incompreensão das razões do mesmo, sendo esta situação ainda mais perturbadora quando o choro, que tanto as preocupava, era desvalorizado pelo pediatra. Uma das participantes referia ainda ter crises de ansiedade quando a filha mais velha de 4 anos chorava ou fazia birra. As dificuldades em lidar com o choro da bebé levaram esta mãe à exaustão por privação de sono, ter que recorrer à terapia do sono e a questionar-se acerca das suas competências maternas:

“foi já ao fim de dois anos em que ela dormia; depois aos 6 meses deixou de chorar tanto, mas ao nível do sono mantinha um padrão de sono que era acordar 20 vezes por noite e atendendo que me tinha de levantar às 7 me deixava quase KO depois aqui a trabalhar. Depois ao fim de um ano e meio fizemos terapia do sono para então perceber mais claramente o que é que estávamos a fazer mal”(E19).

Ainda relativamente ao comportamento do bebé, outra das dificuldades foi lidar com as cólicas, por não conseguirem encontrar uma solução capaz de acalmar o bebé. Lidar com as manifestações de desconforto do bebé, gerou nas mães sentimentos de angústia, desespero e mesmo impotência, levando-as a questionar a sua competência materna, mesmo para aquelas que já tinham experiência anterior de maternidade:

“essa noite foi mesmo angustiante, não por eu não conseguir dormir, mas por vê-la a chorar a noite inteira inconsolavelmente. Eu e o pai dela não ... é que não havia forma nenhuma de a consolar. Foi ... já se deixou dormir quase de manhã; de manhã peguei nela e fui para o

centro de saúde ... nesse dia estava desesperada! (...) eu naquele momento só queria ter uma solução, encontrar desse lá por onde desse uma solução para acalmá-la. Às tantas lá se acalmou, mas esteve ali muitas horas... e eu nunca a tinha visto assim e também nunca tinha visto assim a minha primeira filha com tantas dores, com tantas cólicas. É que ela nem sequer pegava na mama nessa noite. Ah e fiquei alarmada (...) senti-me foi um bocado impotente
“(E7- 3).

As dificuldades percebidas foram ainda mais complexas quando ocorreram problemas de saúde ou existiu alguma imperfeição no bebé. O confronto com a realidade foi mais duro e difícil de gerir quando foram confrontadas com a necessidade de tomarem decisões difíceis que derivavam sobretudo de opiniões médicas diferentes e/ou contraditórias ou quando foi necessário submeter o bebé a tratamentos dolorosos, cuja eficácia era incerta. Nestes casos as participantes referiram viver esta adversidade de forma oprimida, asfíxiada e desesperada, que as transformou penosamente pois perderam a paciência e chegaram mesmo a descontrolar-se emocionalmente. Referiram que nestas crises, e mesmo em situações mais banais, o que lhes deu mais segurança foi a liberdade de poderem comunicar diretamente e sem horário com uma fonte de saber, habitualmente o médico pediatra ou obstetra. O poderem usar o telemóvel fazia a diferença, diminuindo o grau de ansiedade.

Receando o afastamento do companheiro - Outro lado obscuro neste confronto com a realidade pós-parto, agora não ligado ao cuidado da criança, mas sim centrado no casal, foi o receio de afastamento do companheiro. Foi unanimemente referido pelas participantes o receio do cansaço dos primeiros meses de maternidade se poder refletir no relacionamento conjugal do casal, sendo esse medo latente e não verbalizado gerador de apreensão e mal-estar. Por vezes, foi mesmo percebido como o lado mais difícil da maternidade, como expressa uma das participantes: *“Porque as pessoas falam sempre “ah os filhos é tão bom, tão bom”, claro que é bom, mas é tão difícil ... nunca se fala da parte mais negativa: do casal, do afastamento ... porque existe afastamento* “ (E6-3). O cansaço acumulado e a concentração na satisfação das necessidades do bebé levaram a uma menor atenção ao companheiro/marido, o que nem sempre foi compreendido por estes. Por outro lado, as participantes também se sentiram incompreendidas por eles não perceberem que a falta de disponibilidade residia no cansaço resultante da exigência dos cuidados ao bebé. A fase de namorar tinha agora sido substituída pelo cuidar dos filhos como é bem patente no discurso de uma participante:

“Esse período em que nós passávamos sentados no sofá depois do jantar e íamos para o sofá calmamente e beijinhos para aqui, beijinhos para ali, sentadinhos até ir dormir, agora é preenchido com banhos, e adormecer um e adormecer outro, portanto isso deixou de existir”

(E18).

A intimidade sexual, inexistente no período inicial no pós-parto, foi sendo gradualmente reatada e superada para algumas das participantes. Para outras, voltar ao normal na esfera da conjugalidade só aconteceu por volta do 5º mês pós-parto. As principais alterações da conjugalidade e afastamento do casal manifestaram-se no dormir em camas separadas, para evitar que face aos inúmeros levantes durante a noite, pelo menos um deles pudesse dormir. Esta situação era temida pois o receio do afastamento do cônjuge era percebida como uma ameaça ao equilíbrio da vida conjugal e da estabilidade da família. A mulher assumia que era sua a culpa de tal situação derivada da indisponibilidade para um relacionamento íntimo: *“ã ... depois por exemplo, hã o ter paciência ... hã ... para eu e o meu marido...”* (E19). Tal afastamento conduziu naturalmente à irregularidade na atividade sexual. Algumas participantes referiram substituir a relação sexual por um relacionamento mais platónico face à diminuição da libido, ao cansaço e a pouca disponibilidade temporal; outras referiram ainda o medo e a dor no retomar da atividade sexual, comparando-o com o desconforto vivido na “primeira vez”:

“eu sei que ele (marido) que é paciente, mas eu percebo que já são muitos meses, não é, de relacionamento mais platónico, pronto há o companheirismo e há aquelas coisas todas, mas nós sabemos que ... qual é a importância do relacionamento a esse nível, a nível mais íntimo, para mim mesma, mas depois ando aqui com os meus receios, não é, parece até que vou perder a virgindade outra vez! (ri-se) Ando aqui um bocado (...) Pareço uma adolescente, às vezes pareço uma adolescente a pensar na primeira vez, que anda a adiar a primeira vez” (E7-3).

Receando o afastamento do emprego – O trabalho foi uma parte importante das suas vidas que foi alterada pela maternidade. Sendo o trabalho motivo de autorrealização e desenvolvimento pessoal pela autonomia financeira proporcionada, também a oportunidade de convívio e socialização ficou coartada. Passar de uma atividade laboral intensa, a uma ausência total ou parcial de não trabalhar, para ficar em casa dedicando-se exclusivamente aos cuidados exigidos pela maternidade, foi uma das grandes alterações que requereu às participantes do estudo um grande esforço de adaptação. Também para algumas o receio de

serem prejudicadas devido ao afastamento prolongado do emprego durante a licença de maternidade foi motivo de preocupação não prevista conscientemente, cuja transformação e riscos precisaram integrar na sua vida. Sobretudo as participantes que eram trabalhadoras por conta de outrem, embora tivessem planejado cuidadosamente o momento mais oportuno para serem mães, como já descrito, recearam ser prejudicadas nas suas carreiras profissionais. O poderem ficar em casa de licença de maternidade, embora sendo um direito social, era vivido com apreensão impedindo-as de terem uma vida calma e normal:

“Depois há aquela questão das pessoas que trabalham por conta de outrem e quando vêm de licença de maternidade sentirem logo “pronto, eu vou ser prejudicada”, portanto isso eu também acho que é um peso muito grande na cabeça delas, estarem em casa, sentem-se culpadas (...) outros vão progredir e eu a partir de agora vou estar seis meses fora de lá, vou ser vista com outros olhos” (E18)

Já as que trabalhavam por sua própria conta sentiram que a sua vida profissional ficou condicionada face às exigências do bebê e culpabilizaram-se por terem de trabalhar; o fator que permitia este acumular de papéis deveu-se à total flexibilidade de horários. Algumas destas participantes sentiram-se culpadas por não conseguiram compatibilizar o trabalho com o cuidar do bebê, tendo de recorrer a uma creche mais precocemente do que teriam desejado. O trabalho teve efeitos positivos em muitas mulheres pois o isolamento social era quebrado com a ida esporádica ao local de trabalho, constituindo-se estes momentos como revigorantes e geradores de prazer. Para outras que utilizaram o tempo legal de cuidar do filho durante a licença de maternidade a ida pontual ao local de trabalho proporcionou convívio, pois sentiram-se escutadas, foram o centro das atenções e poder contar a sua história de maternidade é um *leitmotiv* muito apreciado por todas as mulheres que tiveram filhos. Também o partilharem a notícia do nascimento com as clientes através do facebook, representou uma forma de manter e retomar a atividade profissional, reforçando os laços com algumas clientes. Algumas conseguiram equilíbrio entre o organizar da atividade laboral com a maternidade trabalhando remotamente a partir de casa, outras que trabalhavam por conta própria foram condicionadas a continuarem a trabalhar para manterem o regular funcionamento dos postos de trabalho que estavam à sua responsabilidade. Em ambas as situações a maternidade e o trabalho condicionaram a transformação das participantes como mulheres e como trabalhadoras, tornando-as mais competentes, mais flexíveis e tolerantes.

Já quando terminada a licença de maternidade, as mães continuavam a antever dificuldades relativamente à estabilidade do local de trabalho, nomeadamente uma maior dificuldade em compatibilizar horários de trabalho e necessidade de faltar para assistência ao filho em caso de doença. Gerir estas ambiguidades transformou estas mulheres que eram por natureza muito seguras e planificadoras da sua vida.

Sentindo o peso da cultura masculina - A experiência de maternidade veio também questionar e pôr a nu o relacionamento entre o casal e o papel assumido por cada um sendo que, por vezes, o reposicionamento individual face a esse papel é pouco claro. As participantes deram-se conta que cuidar dos filhos continua a ser um papel social atribuído às mulheres e a maioria acabou por aceitá-lo como um papel de género:

“o meu pai e o meu sogro? Ah, são homens! São um mundo à parte, não tomam conta dos netos (ri-se). Se a minha mãe vem para minha casa o meu pai vai passear (...) os homens são todos iguais. Eles desde que tenham as mulheres a assegurar os filhos, as mulheres e as mães, eles ...” (E18).

Constataram que existem dois mundos: o mundo dos homens e das mulheres: os primeiros vivendo no (des)cuido e as mulheres no cuidar:

“eu demoro duas horas para me despachar a mim e a elas as duas, porque depois o meu marido acorda e é ele, ele, ele despacha-se, ele sai, pronto, e eu continuo com elas as duas para despachar, para dar de comer a elas as duas, para vestir as duas, depois para me vestir a mim e para sairmos; portanto ao fim de duas horas quando me enfio no carro é tipo uff (sopra e ri-se)” (E19).

A aceitação do papel de mãe como intrínseco ao género feminino fez com que a maioria das participantes aceitasse passivamente a desresponsabilização e o comodismo dos maridos, reconhecendo-os como pais presentes, mas passivos e aceitando que o seu papel fosse *“o de um pai de sofá”* (E18) para preservar a relação do casal, a estabilidade e a perenidade do casamento; preocupando-se mesmo em não os sobrecarregar com afazeres domésticos ou mesmo com os cuidados ao filho. Este lado inesperado da vida familiar a dois foi uma revelação que ensombra e densifica o lado oculto da maternidade. Todavia decorrente da aceitação tácita deste papel identificaram a permissividade do marido face à criança como algo natural, atribuindo e assumindo para si as funções de educadoras e de disciplinadoras.

Algumas participantes admitiram centralizar o cuidado dos filhos e evitar partilhá-lo, outras viam o marido como um filho que precisavam de proteger e cuidar.

Afastamento da vida social/amigos - A maioria das participantes referiram tristeza e a solidão como estando presentes nos primeiros meses de experiência de maternidade. As restrições ou deixarem de ter vida social, de participarem em programas sociais, deixando de sair à noite, ficarem sozinhas com a bebé e passando a conviver só com o bebé foi um dos aspetos difíceis de viverem o tempo da maternidade. A solidão e o sair pouco estiveram relacionados com o receio em sair de casa com a bebé devido a condições climatéricas adversas como fosse o frio, chuva ou, pelo contrário, fosse o calor excessivo, pois tal poderia comprometer a saúde e bem-estar do bebé. Também a preocupação das participantes quanto à falta de imunidade do bebé, por ainda não ter as vacinas e por isso estar mais suscetível a doenças limitou as saídas de casa até o bebé ter completado os dois meses. Foram igualmente referidos como fatores limitadores nas saídas de casa as barreiras arquitetónicas dos prédios que dificultaram a mobilidade e transporte como escadas ou falta de elevador e o medo de conduzirem sozinhas com o bebé. Também toda a logística que exige uma simples saída de casa, face ao sem-número de acessórios que o RN precisa (fraldas, toalhotes, biberões, muda de roupa), ou ainda porque o ovo de transporte de recém-nascidos ser muito pesado e difícil de transportar, fizeram com que as saídas de casa fossem limitadas.

Em síntese, e tal como se encontra sintetizado na figura 5, a descoberta solitária sobre o lado obscuro da maternidade identificado acerca da amamentação, da exigência de concentração no cuidado do bebé, no receio de afastamento conjugal do companheiro/marido, a incompreensão do seu cansaço, o receio de serem prejudicadas na carreira profissional, a constatação de que o cuidar dos filhos continua a ser um papel social atribuído às mulheres e ainda o afastamento da vida social, transformou intensamente estas mulheres. Não é, pois, de estranhar, que todas as participantes reconhecessem como essencial e imperioso o cuidarem de si como uma condição para poderem ser melhores mães e manterem a estabilidade da família construída e/ou alargada e os postos de trabalho.



Figura 5 - Categoria “Confrontando-se com o lado obscuro da maternidade” e respectivas Subcategorias

3.4. Cuidando de Si

Na descrição da categoria “Confrontando-se com o lado obscuro da maternidade”, as mães sentiram necessidade de não se deixarem dominar por essa faceta inesperada da maternidade e decidiram voltar a investir em si próprias, em voltar a realizar as atividades interrompidas pelo fenômeno da maternidade e que eram até aí fonte essencial do seu bem-estar para poderem ter sucesso nos seus múltiplos papéis.

Os temas valorizados no período de pós-parto até ao regresso ao trabalho, essenciais para uma transição saudável e de boa adaptação à maternidade, foram os seguintes: ter tempo para si, cuidar do corpo e da aparência; sair de casa; retomar atividades sociais de convívio e lazer; retomar hábitos e atividades do quotidiano e retomar o trabalho.

Tendo tempo para si - Dedicar tempo a si própria foi descrito como uma forma de obter bem-estar, de melhorar a autoestima e um desejo de regressar à normalidade da vida. As participantes referem a importância de ter tempo para si quando falam da importância de cuidar do corpo e da sua aparência (...) *foi a primeira vez que pintei as unhas depois de ser*

*mãe ... eu gosto de ver os pés arranjados (...) foi a primeira vez que arranjei assim um tempinho também para tratar de mim” (E7-3), poderem sair de casa, retomarem atividades de convívio e de lazer, retomarem hábitos do quotidiano. Esta necessidade de ter tempo para cuidar de si foi referida como uma condição transversal a todo o tempo de licença de maternidade até ao momento de retomar o trabalho. O cuidar de si foi considerado essencial para exercerem o seu papel de cuidadora, como refere uma das participantes: “*estar eu bem para o deixar bem e tenho feito para que isso aconteça, tentar cuidar de mim, há que tentar não me desleixar muito para me sentir bem e depois cuidar dele, claro!*” (E20), já que consideravam ter de estar bem, física e psicologicamente, para cuidarem bem do bebé e da restante família. Quando este cuidado de si não acontecia as repercussões existiam e o sentimento de frustração ocorria:*

“eu acho que o facto de nós nos cuidarmos faz-nos sentir melhor e ao nos sentirmos melhor conseguimos cuidar melhor dos outros; se não nos sentimos bem descarregamos esse sentimento de frustração em cima dos outros, portanto não estamos a cuidar bem dos outros”
(E18).

Outra participante referiu que só na 2ª maternidade reconheceu e tomou consciência que a relação conflituosa com a filha mais velha se devia ao facto de ter dado tudo de si, fazendo com que se tivesse sentido vazia e exausta. Expressavam que para estarem bem precisavam cuidar da parte emocional, de alimentar emoções positivas e terem controlo sobre o tempo de super ocupação que o bebé exigia, sem nada pedir.

Cuidando do corpo e da aparência - Uma forma de alimentarem as emoções positivas foi, para a maioria, consubstanciada no retomar os cuidados ao corpo e da sua aparência, voltando a dedicar tempo à sua pessoa, ao seu corpo e ao seu espírito. Assim, detalhes como conseguirem tomar um banho de forma descansada, maquilharem-se, vestirem-se de modo apresentável, como se fossem sair à rua, arranjam os pés, ou comprarem roupa nova, foram atividades sentidas como fazendo parte do cuidar de si e da sua aparência. Durante o período pós-parto, nos três primeiros meses, referidos como um tempo de clausura forçada, nem sempre conseguiam manter o ritual diário de cuidar de si em aspetos mínimos porque os cuidados ao filho absorviam-nas completamente. Investir na autoimagem, arranjam-se mais, comprarem roupa confortável para a sua nova condição física, pintarem as unhas, fazerem a depilação, ir ao ginásio, fazer massagens, andar na rua, arranjar tempo para cuidar de si, fez as participantes sentirem-se bem consigo próprias, fê-las sentirem-se mais

mulheres. Sentiram a sua autoestima reforçada quando estes aspetos foram notados e lhes eram dirigidos elogios à sua nova forma física.

Para algumas participantes a necessidade de se sentirem cuidadas, esteve menos focada nos aspetos estéticos e da aparência, centrando-se mais nos aspetos psicológicos, no manterem o bem-estar psíquico ou prevenir o adoecer mental que interferiria no bem - estar pessoal e familiar:

“há uma série de coisas, nomeadamente ao nível do cansaço, e do cansaço sobretudo mental, (...) que é fazer acupunctura (...) essa é uma coisa que vai secundarizando, ou deixando para último dos planos, é aquilo que é só para nós, portanto eu já nem falo da questão de arranjar as sobrancelhas, o buço ou as unhas porque isso está totalmente ... se houver um tempo vago, há, se não houver hãa ... não há (E19).

As estratégias usadas pelas participantes visaram deixarem de se sentirem vazias e melhorarem sintomas depressivos, pelo que ir ao ginásio, fazer acupunctura, fazer massagens para recuperar a parte física *“pôr no sítio coisas que ficaram fora do sítio por causa da gravidez”* (E7-4), ou fazer psicoterapia para resolver medos, foram estratégias intencionalmente utilizadas. O bem-estar proporcionado na ida ao ginásio porque permitia perder o peso excessivo adquirido durante a gravidez, eram modos também de cuidar de si e da sua aparência, sendo a dificuldade situada no conseguir deixar a bebé com outras pessoas, pois tal nem sempre foi fácil.

Estando ou saindo de casa – Como vimos a dedicação exclusiva à maternidade implicou passar de uma fase de atividade laboral intensa para uma fase de não trabalhar. No início da licença de maternidade, os cuidados à criança condicionaram as saídas, passando a estarem muito tempo em casa, acontecendo por vezes serem dias consecutivos. Para as participantes o sair de casa retomar a atividade social e de lazer, era uma forma de cuidarem de si, pelo que irem simplesmente ver montras ao centro comercial, irem às compras ou encontrarem-se com amigos eram fonte de energia e bem-estar. O sair de casa assumiu um carácter de distração e de lazer, ou reforçou a autoestima na medida em que as participantes se sentiram a usufruir de tempo para si. O ficar em casa com as consequentes alterações no relacionamento com familiares e amigos e colegas foi percecionado como uma perda e requereu um grande esforço de adaptação para atingirem uma novo conceito de si e alcançarem uma identidade materna saudável e equilibrada.

Algumas das participantes referiram que embora gostassem de estar em casa, o sair de casa era muito importante mesmo que fosse só ir ver as montras, ir às compras ou dar uma voltinha pelo centro comercial ou pelo bairro; outras referiram não gostarem de estar em casa e reconheceram que lhes fazia bem sair de casa.

Por vezes conseguir sair de casa foi percecionado como uma vitória, dada a complicada logística que implicava uma saída com um bebé de tenra idade. Uma das metas expressa pelas participantes foi voltar gradualmente à rotina e poder passear mais livremente.

Retomando a vida social – Como já referido o facto de as participantes estarem habituadas a ter uma vida social intensa por via das relações laborais e também pela disponibilidade que uma vida sem filhos implica, o convívio com colegas de trabalho ou amigos subitamente interrompido pelo nascimento da criança, fez com que nos primeiros meses a mãe sentisse não ter disponibilidade temporal para saídas. Algumas das participantes referiram um sentimento de perda de liberdade logo no internamento e nos primeiros tempos de puerpério, porque interromperam algo de muito importante que possuíam como garantido – a vida social. Durante o internamento na maternidade sentiram-se isoladas do mundo, com necessidade de ter outras conversas que não fossem sobre a maternidade e os bebés. A ida a uma festa de anos no próprio dia em saiu da maternidade de uma das participantes ilustra bem esta necessidade de ver pessoas, de conversar sobre outros assuntos e poder surpreender gerações mais velhas que não tinham estes hábitos:

“eu saí da maternidade e fui a uns anos de um amigo meu (riso)! Foi! Porque a minha amiga pediu tanto “ah, venham cá por favor” e eu “Olha sinto que preciso de ver pessoas. Não tirei fotografias lá a nada, mas até podia ter tirado, porque foi uma coisa muito importante, ter saído do hospital com aquelas pessoas todas grávidas e todas tudo, e estar ali; estar ali assim foi muito giro e o meu filho também estava muito feliz de estar ali com a amiga a brincar. Foi muito riso, foi muito giro” (E6-2).

Mais tarde, apesar de já conseguirem ter algum tempo, os colegas e os amigos estão a trabalhar e, portanto, não têm tempo para a colega ou amiga, agora mãe a tempo inteiro. Aos poucos as participantes foram encontrando estratégias de adaptação à nova realidade e referiram ir retomando a vida social embora com um padrão diferente, substituindo os jantares, cinemas e saídas noturnas por programas mais curtos e durante o período diurno, de preferência por saídas ao jardim ou parque infantil. Nestas saídas alteraram os seus

relacionamentos e desenvolveram novos encontros e amizades, ou aprofundaram relacionamentos anteriores e amizades com mulheres que se encontravam também na mesma situação de maternidade. Para além dos horários serem mais compatíveis, os interesses eram semelhantes e as conversas passavam a girar à volta dos filhos. A partilha de experiências com outras mães passando os filhos a ser o tema dominante das conversas, foram formas de retomar o convívio com os amigos, sobretudo se estes estavam a viver fases similares, sendo referido pelas participantes como estratégias muito importantes para o seu bem-estar e adaptação à nova realidade e papel de mãe. As reuniões familiares foram referidas como momentos revigorantes, fonte de bem-estar por estarem com toda a família, poderem descansar por não terem que fazer nada, sentirem-se mais livres das suas obrigações de mãe por terem ajuda da família, sentirem-se mimadas e ainda por lhes fazerem lembrar boas memórias, por exemplo, os almoços de família da infância. As reuniões familiares passaram a ser mais valorizadas e a ter um significado diferente, não só pelos momentos de convívio, mas também porque as participantes se sentiram acarinhadas, compreendidas, ajudadas e mimadas principalmente pelos elementos femininos da família.

Para as participantes alcançar o bem-estar nas relações interpessoais, significou retomar as atividades sociais e de lazer que mantinham antes de serem mães, de que foram exemplo o sair de casa, manter o contacto com o trabalho, retomar o convívio com família, amigos ou partilhar experiências.

Também o retomar hábitos anteriores e atividades do quotidiano como por exemplo voltar a cozinhar ou ir a um restaurante japonês foi descrito como retomar um hábito e satisfazer um gosto alimentar que tinha sido interrompido pelas exigências impostas pela gravidez. A adaptação a um novo estilo de vida em que os hábitos foram interrompidos ou diminuídos, é percecionado como uma perda pelas participantes, pelo que esse lado obscuro da maternidade não era apreciado. Retomar a vida social, foi também retomar as atividades do quotidiano que passou pelo regresso ao trabalho, por ser um modo de sair de casa, de quebrar o isolamento social, de retomar ou manter o contacto e convívio com os colegas de trabalho e ou com as clientes.

Em síntese, e como se pode ver na figura 6, para as participantes a saída do hospital no pós-parto e o regresso a casa foi percecionado como fim do isolamento e solidão ali experimentado. Contudo, o regresso a casa ficando sozinhas com o bebé acentuou esse sentimento de isolamento e solidão, descrito na categoria anterior. Sair de casa foi, por isso,

uma estratégia recorrentemente referida para retomar a atividade social e de lazer, uma forma de cuidarem de si, indo simplesmente ver montras ao centro comercial, ir às compras ou encontrarem-se com amigos. Tal estratégia permitia continuar a ter saúde mental para aguentar as novas exigências. O retomar das atividades na normalidade do quotidiano, até ao regresso ao trabalho foi referido como um longo percurso de aprendizagem, com sobressaltos e alegrias que as transformaram e fizeram com que nada passasse a ser como dantes. Todavia, e apesar das saudades desse tempo descontraído, referem que mesmo que pudessem não voltariam atrás. Vejamos como as participantes se transformaram e que é descrito na categoria a seguir Ser Outra / Transformando-se.



Figura 6 - Categoria “Cuidando de Si” e respectivas Subcategorias

3.5. Ser Outra / Transformando-se

O desempenho da maternidade revelou-se complexo e exigente. Tornar-se mãe implicou reformular e reconstruir o seu papel de mulher, agora acrescido de novas exigências. Este novo papel requereu que a nova mãe adquirisse novas competências como por exemplo cuidar do bebé ou distinguir os diferentes tipos de choro e em simultâneo que suspendesse temporariamente outras competências, nomeadamente as profissionais. Representou este

processo uma transformação com reestruturação de comportamentos e responsabilidades, operada através de um longo caminho de mudança interior que conduziu a mulher a atingir um novo conceito de si e uma nova identidade – a identidade materna. Este foi um processo lento e nem sempre consciente. Ao longo dos discursos das participantes foi possível identificar esta transformação, apesar da maioria ao ser questionada diretamente, negar ter um novo conceito de si e rejeitar a possibilidade de a maternidade ter ocasionado alterações na sua pessoa e identidade. Possivelmente tal dificuldade deveu-se também à boa imagem que anteriormente tinham de si e ao facto de, por ainda não se sentirem reequilibradas, rejeitarem mudanças de si mesmas.

A diversidade de experiências vividas na maternidade, por vezes difíceis de ultrapassar, foi relatada por algumas mães como uma mais-valia, uma oportunidade de crescimento, tornando-as melhores seres humanos. As mudanças positivas ocorridas, manifestaram-se na redistribuição dos afetos e reconstrução do quotidiano e no abdicar de si que as levaram a desfrutar da maternidade e que passamos a descrever.

Redistribuindo os afetos- manter a estabilidade e coesão da sua família foi uma das preocupações das participantes gerida através da redistribuição dos laços afetivos. Assim a redistribuição dos afetos passou neste estudo, pela necessidade de manter o amor do casal, não atrair o filho mais velho, não prejudicar os outros filhos, ser homogênea nos afetos, aprofundar as relações familiares e pela reaproximação e identificação com a própria mãe.

Ao papel de mulher está associado o papel de esposa/companheira. Como foi referido anteriormente na categoria “Confrontando-se com o lado obscuro da maternidade”, após o nascimento do bebé e durante os primeiros meses a centração no bebé e a diminuição da atividade sexual, conduziu a um afastamento do casal e fez surgir o receio do insucesso da relação. Manter vivo o amor do casal tornou-se por isso uma exigência e um desafio para estas mulheres. Assim a conjugalidade nesta fase da maternidade foi alvo de preocupação e de dificuldades de adaptação, pelo que as participantes temeram repercussões a longo prazo, sobretudo as que tiveram relacionamentos anteriores fracassados. O receio de perder a paixão na relação a dois e o desejo de se protegerem de um divórcio, fez com que tentassem redistribuir atenções e afetos no sentido de manter a relação de casal incólume, e esforçando-se por retomar a normalidade no relacionamento sexual. Manter a comunicação e utilizar o humor para ultrapassar o afastamento e planear o retomar da atividade sexual, foi uma estratégia adotada:

“nós dormimos em camas separadas agora nesta ... nesta fase, portanto nunca estamos muito juntos (...) depois dela nascer. O V. (filho mais velho), também não dorme a noite toda porque começou com os pesadelos e nós então decidimos fazer assim durante uns tempos, até às férias. Depois temos de começar a pôr as coisas nos eixos e ... em relação à atividade ... pois tem de haver também um bocadinho de humor, de brincadeira, assim até brincarmos com o assunto da falta de intimidade, que é para levarmos as coisas bem ...” (E6-3).

Assegurar que o casal tem tempo para si, arranjando momentos em que os dois estivessem sós, bem como proporcionar um ambiente calmo ao marido libertando-o dos cuidados aos filhos, ou do trabalho doméstico foram outras estratégias minimizadoras referidas para que o afastamento do marido/companheiro não ocorresse.

No caso de haver outros filhos a gestão dos laços afetivos foi redobrada de cuidados de modo que estes não fossem prejudicados, não se sentissem preteridos, ou mesmo negligenciados, por causa do nascimento do novo membro da família. Foi particularmente evidente no caso de mães que tinham um segundo filho a perceção e receio de estar a atraiçoar esse filho mais velho, até agora filho único, pela ligação intensa que tinham com ele. Esta situação foi claramente expressa por uma participante:

“Agora a minha grande preocupação no dia de hoje é o meu filho (o mais velho de 2 anos) conhecer a irmã (recém-nascida) (...)Eu por momentos cheguei a pensar que talvez estava a fazer uma traição ao meu filho, de ter outra filha, de não lhe poder dar tanta atenção como dou” (E6-1).

O facto da sua atenção estar agora centrada no bebé fazia-as recear perder a disponibilidade e exclusividade anteriormente existente para com o filho mais velho. A dúvida se seriam capazes de sentir o mesmo amor pelo segundo filho como pelo primeiro, o afastamento físico do filho durante a hospitalização na altura do parto e o receio de não serem capazes de responder a todas as solicitações, geraram este sentimento novo e desconfortável que raramente tinham experimentado. Este sentimento era agudizado nas mulheres principalmente quando este filho mais velho era fruto de um relacionamento anterior. Por vezes, somava-se a este desconforto ainda o sentimento de culpa por terem estado mais ausentes no acompanhamento dos filhos nas maternidades anteriores, ou sentiam dificuldade em gerir o ciúme manifestado pelo filho mais velho. Assim foi presente nos discursos das participantes o desejo de não prejudicar os filhos anteriores e de não os diferenciar para não

se sentirem preteridos, apesar de reconhecerem as diferenças de cada um. Expressar a homogeneidade nos afetos foi uma das preocupações gerida pela proximidade da sua presença no quotidiano do filho mais velho e na planificação exaustiva do apoio que sentiam ser necessário dar.

A maternidade transformou também a mulher face às alterações do padrão de relacionamento familiar principalmente com os elementos femininos da família- mãe e sogra. As participantes sentiram que mudaram para melhor, pois passou a haver uma reaproximação e identificação com a própria mãe, afirmando compreende-la melhor e referiram compreender melhor o afastamento e divergências ocorridas durante a adolescência, bem como as dificuldades vividas no início da relação com o companheiro foram agora superados, passando a frequentar com maior regularidade a casa dos familiares:

“eu acho que com o passar dos anos (...) descemos um bocadinho mais à terra e ligamos mais à família, a maternidade traz muito isso, compreendemos melhor as nossas mães, sermos mães implica isso, coisas que não compreendíamos passamos a compreender “ah, não era por isto que a minha mãe estava-me sempre a chatear” e então fazemos as pazes com as mães, sem dúvida” (E18).

Nesta fase passaram a apreciar a a proximidade da mãe e a reconhecerem a presença da mãe necessária para ela e para o(s) filho(s):

“faz-me falta a minha mãe estar lá porque já me habituei aquela ajuda (...). É para o bem-estar dos meus filhos. (...) faz-me muita falta que ela venha todos os dias.(...). Os netos são um bocadinho o isco - ela vem todos os dias e tal ... pronto, lá está, se calhar há uns tempos eu não pensava assim” (E18).

Algumas destas participantes assumindo-se como supermães e supermulheres, conseguindo gerir vários papéis em simultâneo e gostando de controlar tudo, admitiam agora com humildade ter necessidade da presença regular da mãe e dos familiares , particularmente da sogra para serem auxiliadas na gestão doméstica e nos cuidados ao bebé: *“o facto de estar na casa deles tenho as refeições sempre prontas, não tenho de me preocupar com nada, nem com compras nem nada, a limpeza da casa não me preocupa com nada” (E20).*

O aprofundamento das relações familiares aconteceu também com outros membros da família (pais, irmãs, cunhadas ...), passando a serem mais valorizados os momentos de reunião e convívio, bem como o apoio recebido com o bebê, com os outros filhos. As questões relacionadas com a logística doméstica em particular no ajudarem a tomar conta do filho ou na confecção das refeições foram ajudas referidas e reconhecidas como muito úteis.

Reconstruindo o cotidiano – as participantes referiram sentirem ser as mesmas pessoas, apenas com as rotinas alteradas. Apesar de aceitarem a alteração nas suas vidas que a mudança de rotinas induziu, esta aceitação foi temporária e condicionada pelas necessidades da criança. A alteração dos horários, das saídas, do cuidar de si, do trabalho e, principalmente, a impossibilidade de planejar as suas atividades tal como estavam habituadas a fazer anteriormente, foi compreendida e aceite pelas mães, muito embora, por vezes, fosse fruto de frustração com manifestações de choro, desespero e raiva. Sobretudo as mulheres profissionalmente bem-sucedidas, as autónomas, independentes e habituadas a planeamentos rígidos na sua vida, tinham agora de se submeter a não ter horários para respeitar os horários do bebê. Tinham de relegar para segundo plano as suas intenções e aspirações em virtude de motivos tão prosaicos como era a necessidade de mudar uma fralda, de esperar que o bebê acordasse, ou de ir ao médico com ele. Paulatinamente estas mães foram começando a aceitar a impossibilidade de planeamento e de concretização, ao mesmo tempo que o bebê foi estabilizando sonos e mamadas; foi nesta fase, por volta dos 4 meses que as participantes começaram a reconstruir com flexibilidade o seu quotidiano, a serem capazes de estabelecer uma rotina com novos horários, novas atividades e novos hábitos de convivência social:

“...também estou mais organizada” (...) *“... eu acho importante de haver – não rígida, mas haver uma rotina com os horários mais ou menos certos porque para ela é importante (...)*
(...)... e foi muito importante estabilizar o sono para todos nós para tentarmos dar o nosso melhor“(E7-4).

Estarem sempre sujeitos a alterações de última hora, decorrentes das necessidades imprevisíveis do bebê, tornou-as noutras pessoas: mais flexíveis e tolerantes e apreciando prazeres nunca antes imaginados.

Abdicando de si – Como temos vindo a descrever a maternidade determinou uma mudança radical nos objetivos e prioridades destas mulheres que decidiram ser mães pela primeira vez, ou desejaram alargar a sua família, numa fase tardia da sua vida.

Até então eram independentes, bastante centradas em si próprias, nas suas carreiras e no sucesso, habituadas a trabalhar muitas horas por dia, mas livres e sem compromissos, o que lhes permitia ter uma vida social preenchida como era o poderem ir ao cinema, jantar fora ou frequentar o ginásio às 11 da noite, foram agora obrigadas a modificar os seus hábitos e passaram a ter de prescindir desses compromissos e hábitos sociais. As necessidades de convívio social foram reduzidas drasticamente e o convívio passou a estar circunscrito e centrado apenas no bebé, sendo este, por vezes, a única pessoa com quem interagiam durante todo o dia. Esta foi uma enorme transformação nas suas vidas, em que passaram a estar dependentes do bebé e das suas necessidades e relegaram as suas próprias necessidades para segundo plano ou mesmo para o esquecimento: *“As pessoas não devem anular-se, mas por vezes as pessoas inconscientemente, passa tudo a girar em prol do bebé e as mães às vezes até se esquecem um bocadinho delas própria”* (E1).

Assim com a maternidade tudo se altera, a vida dá uma volta de 360 °, é uma outra vida, que nunca mais vai ser igual à anterior, embora a maioria reconhecesse ter valido a pena. As preocupações passaram a estar centradas no filho, tudo girando em volta do filho; o casal inicialmente deixa de ter vida a dois e passa a ter vida a três e a viver em função do filho. As mudanças implicaram abdicar da organização prévia da casa, pois por vezes tiveram de mudar a casa para receber o novo membro da família, abdicar de espaços adquiridos para arranjar espaço para o bebé e, por vezes, há até que abdicar do carro para adquirir um de maior tamanho de modo a acondicionar o bebé e todos os seus pertences. A situação económica também foi afetada e foram necessários alguns ajustes, como por exemplo passarem a comprar para si apenas o indispensável e passarem a incluir as despesas com o bebé no orçamento familiar. Neste abdicar de si mesmas, em que as mães se apagam ou anulam em prol das necessidades da criança emergiu, por vezes, um sentimento de frustração, todavia e, em simultâneo, surgem sentimentos de responsabilidade, de utilidade e de serem imprescindíveis para o filho.

As participantes referiram que ao longo deste processo se sentiram mais responsáveis e mais sensíveis às necessidades dos outros e isso fez delas outras pessoas, transformando-as em melhores pessoas. Uma das participantes descreve assim este sentimento:

“estou consciente de que estou a dar-lhe o meu melhor; sei que mais não consigo (...). É possível associar ou fazer essa associação com a capacidade de ser uma boa mãe ou melhor, ou até tentar ser sempre melhor – não só ser boa mãe, mas também como ser humano (...). faz-me sentir, é mais um passo no meu crescimento como pessoa” (E7-4).

Outras referiram ainda terem-se tornado mais compreensivas, mais pacíficas, mais calmas e mais maduras, relativizando os problemas essenciais dos supérfluos. Aliás, a atual experiência de maternidade, que para algumas mulheres não foi a primeira, foi relatada pelas participantes dando ênfase a dois aspetos: o terem uma maturidade diferente e mais desenvolvida e o tê-las feito crescer como pessoa e como ser humano. Dos relatos das suas experiências foi como se estivéssemos perante outras mulheres, em que a experiência de maternidade as transformasse noutras mulheres, noutras pessoas, comparando-se de forma vantajosa relativamente às mães mais jovens. A experiência de vida, associada à experiência de maternidade numa fase avançada da sua vida, tornou-as pessoas mais maduras, em que a maturidade foi associada a uma estrutura psicológica mais consolidada e por isso percecionada como uma vantagem: *” a maturidade é que é diferente(...). eu acho que a maturidade é uma delas (vantagem). Acho que às vezes as mães são mães muito prematuramente e que ainda não têm muita estrutura psicológica“*(E1), que lhes permitiu enfrentar melhor os desafios da maternidade: *“ acho que agora me sinto muito melhor, muito mais apta* (E7-1).

A maturidade parece também estar relacionada com a capacidade de gestão do quotidiano, principalmente quando não se tratava do primeiro filho: *“agora tenho mais maturidade e consigo gerir melhor (...)* e *“essa maturidade do primeiro aliada à do segundo vai ajudar a gerir”* (E1).

A maturidade foi objetivada pelas participantes no facto de estarem mais conscientes, mais seguras e mais confiantes. Assim estavam mais conscientes dos riscos, do medo do parto, das exigências da maternidade, da fragilidade emocional, da conciliação da maternidade com o trabalho, mais organizadas nos cuidados com o bebé, nos horários, no planeamento das atividades. Estavam mais prudentes relativamente às questões financeiras, aos cuidados a ter durante a gravidez, recusando fazer exames como a amniocentese porque poderia acarretar riscos para o feto, no retomar a atividade sexual, nos cuidados para com o bebé, relativos à imunidade e vigilância de saúde da bebé, à instabilidade emocional e possibilidade de fazer medicação antidepressiva. Sentiram-se mais seguras e autoconfiantes e capazes de lidar

melhor com a maternidade, tanto com as exigências físicas do cuidado ao bebê, como com as exigências psicológicas.

Foi no final deste processo em que a maternidade transformou cada mulher numa outra mulher, através da redistribuição de afetos, da reconstrução do seu cotidiano e no abdicar de si, que surgiu um sentimento de estarem a desfrutar a maternidade em plenitude.

Desfrutando a maternidade em plenitude - Por volta dos 4 a 6 meses de vida do filho as participantes falam da sua experiência de maternidade de uma forma mais descontraída, segura e confiante. Contrariamente ao anteriormente descrito na categoria «Confrontando-se com o lado obscuro da maternidade», sobressaíram nos relatos das participantes os aspetos positivos da experiência marcante de ser mãe, que para muitas foi a experiência mais intensa e significativa das suas vidas. Ser mãe e desfrutar a maternidade em plenitude significou manter a proximidade com o filho, sentir-se competente, gozar a experiência e aceitar o cuidar do filho como papel feminino.

A vinculação da díade mãe-filho tem início na gravidez e resulta do processo de apego, da ligação que se estabelece entre a mãe e o bebê. A necessidade de proximidade física com a criança foi descrita pelas participantes como uma forma de dar continuidade à relação simbiótica existente quando o bebê ainda estava dentro de si, no útero materno; procuraram perpetuar essa ligação que existia na gravidez e de ultrapassar a separação física que ocorre com o nascimento. Desde as primeiras entrevistas realizadas ainda no hospital que foi mais evidente e claramente expresso nos discursos das participantes a necessidade de manter o filho junto a si, quer fosse no colocar do berço ao lado da cama, no amamentar, num abraço ou simplesmente no estar ao colo. Esta relação afetiva foi de tal modo intensa e intrínseca às mulheres que este papel é percebido e construído desde a mais tenra idade. Uma das participantes referia que já em criança a importância da proximidade estava presente nas suas brincadeiras:

“Eu lembro-me que mesmo quando era menina e brincava com os meus bonecos, os meus bonecos tinham de estar todos ao pé de mim ... tinham que estar todos em roda. Tinha para aí uns 8 anos e lembro-me disso, ter os bonequinhos sempre todos ao pé de mim” (E2).

A amamentação que consideraram fazer parte do papel materno, e ultrapassadas as dificuldades experienciadas como um tormento, deu lugar a uma experiência gratificante e em momentos íntimos em que se estabelece um elo de ligação muito forte com o bebê. Nestes

momentos de grande intimidade, materializados no contacto físico da sucção, no contacto pele-a-pele, e no contacto visual, estes foram referidos como fatores muito importantes e favorecedores do estabelecimento do elo de ligação entre a mãe e o bebé. A relação de proximidade durante a amamentação foi percebida como se fosse uma continuidade da gravidez por proporcionar a sensação de continuar a estar ligada fisiologicamente ao filho como acontecia durante essa fase. Mais tarde a utilização do marsúpio para transporte do bebé, à semelhança do método Canguru, favoreceu o contacto físico mãe-filho e permitiu experienciar sensações semelhantes à gravidez uma vez que os filhos continuam a andar sobre o ventre materno, mantendo a sensação de estar dentro de si (do útero), deixando as mãos livres. Esta proximidade foi percebida como uma continuidade da gravidez e uma forma de a perpetuar pelo que uma participante refere esta proximidade como se fosse “*o meu 4º trimestre da gravidez*” (E17). E tal como a amamentação contribuiu para promover o estabelecimento de laços afetivos e estabelecer a vinculação da díade mãe-filho para o resto da vida.

As participantes sentiram a proximidade física com os filhos como gratificante e inversamente sentiram saudades na sua ausência, pelo que o afastamento dos filhos foi vivido como algo penoso ou mesmo tormentoso. Uma das participantes descreveu assim a ida para a creche da filha:

“acabei por inscrevê-la na creche e é uma coisa que custa muito (...) foi aquilo que me custou mais até agora, custou-me mais deixá-la agora na creche do que estar 4 meses a trabalhar noite e dia e a ..., porque isso acho que o corpo se habitua, enquanto que emocionalmente custa muito” (E20).

O desejo de proximidade com o filho fez com que se desdobrassem em planeamentos complicados para garantir que eram elas quem os levava e trazia da escola ou da creche, os levava ao médico, que estavam presentes nas refeições, na hora do banho ou na hora de adormecê-los. Mesmo quando podiam delegar essas tarefas, cumpriam-nas de forma quase imperiosa. Uma das participantes descrevia com minúcia o cuidado tido no planeamento de uma cirurgia, de modo a que não tivesse que passar uma noite afastada dos filhos. Quando mais crescidos, esta necessidade de proximidade era satisfeita no levar e trazer à escola, nas atividades extraescolares, nas idas ao médico, no acompanhamento dos trabalhos de casa e no brincar. Justificavam esta ânsia porque sentiam a preferência pela sua presença além de

anteverem ser uma fase transitória e única, que a breve trecho será substituída pela dos amigos:

“é uma fase transitória única, única, nunca mais se volta a viver isto; aquela coisa “ah, entregar à avó” eu agora quero estar com eles o máximo, qualquer dia eles já não querem estar connosco, nem com a avó, nem com ninguém, querem é estar com os amigos, não é?”
(E18).

Algumas participantes verbalizaram que pensavam frequentemente na saída de casa dos filhos no futuro quando atingissem a idade adulta. Apesar de saberem ser algo inevitável e desejável para a sua autonomização, viviam antecipando dolorosamente esse afastamento e separação ainda que longínquo.

As dificuldades em lidar com a criança foram sendo ultrapassadas à medida que as mães foram aprendendo a conhecer o bebé, a interpretar os vários tipos de choro e a lidar com os desconfortos provocados pelas cólicas, ou seja, a sentirem-se competentes no desempenho do papel materno. À medida que foram tendo mais experiência no desempenho do seu papel, foram -se sentindo mais seguras, confiantes e passaram a viver com menos *stress*.

Tentavam dar o seu melhor e as pequenas conquistas no dia-a-dia, relativas ao cuidar dos filhos, foram experienciadas como vitórias que reforçaram o seu sentimento de competência:

”foi a 1ª vez que eu lhe dei banho, sozinha sem a ajuda mesmo de ninguém (...) e foi, foi... fui eu que preparei tudo sozinha e fui eu que lhe dei o banho sozinha. E foi importante. E correu bem, portanto, ela não chorou... Ela ficou com um ar tão... eu tirei a foto e ela ficou com um ar tão ... tão tranquilo, não estava a chorar, nem ... estava bem! Digamos que foi um sucesso”
(E7-2).

Sentirem que o filho as conhece e que são elas quem melhor o acalma foi fonte de orgulho e satisfação que reforçou o sentimento de competência: *“Só eu quando pego nela e sinto mesmo ela a cheirar e ela acalma-se, mesmo que esteja com dores!”* (E7-2), do mesmo modo como sentiam como elogios dirigidos a si os comentários tecidos acerca do temperamento calmo dos filhos.

Conhecer o filho com as suas particularidades e temperamento, e ser capaz de ir ao encontro das suas necessidades conduziu a um sentimento de segurança e competência no

desempenho do papel materno: *“conseguimos perceber quando é que ela precisa de comer ou quando ela só quer miminho, é e eu consigo diferenciar ... ou quando está rabugenta de sono”* (E7-4).

Atribuem a si e assumem a si a função protetora e cuidadora da criança de um modo quase animalesco/ primitivo: *“a gente tenta sempre proteger as nossas crias, apesar deles terem 18, 19 (anos), acho que têm de ser sempre protegidos por nós. Sempre!”* (E2), sendo imprescindíveis e estando sempre presente para os filhos, mesmo quando elas próprias estavam doentes.

Quando não foi a primeira maternidade, a experiência anterior proporcionou-lhes uma maior segurança e desenvoltura na prestação de cuidados ao bebé, o que por sua vez reforçava a sua autoconfiança e sensação de competência *“eu com o V. (1º filho) por exemplo, até tinha vergonha de o vestir – à frente dos médicos, aliás já lhe disse isso (ri-se) agora não, agora já são dois já sou uma mãe experiente, uma mãe muito experiente”* (E6-3); sentiram-se experientes e competentes, tornou-as mais seguras, confiantes e capazes de identificar situações em que necessitavam de ajuda. O sentimento de competência traduziu-se também na sensação de estarem a dar o seu melhor como mãe: *“estou consciente de que estou a dar-lhe o meu melhor; sei que mais não consigo”*(E7-4).

A segurança adquirida pela experiência de ir interpretando e comparando comportamentos tornou-as capazes de antecipar e prevenir algumas situações como por exemplo doenças, ou de se sentir imune à pressão social que as coagiu a ter atitudes inadequadas como é o caso da pressão em dar suplemento. Ser capaz de resistir a estas pressões fez com que se tornassem mais calmas, serenas e pacientes, características que consideraram essenciais para criar uma criança e família feliz e continuar a enfrentar os desafios da maternidade.

A consciência de que a presente maternidade seria provavelmente a última e era composta por fases que se sucedem rapidamente e são irreversíveis foi vivida intensamente e foram gozando cada uma das fases como se fosse a última com um sentimento de perda antecipado. Uma das participantes descrevia essa perda antecipada e definitiva assim:

“Então agora nesta, pela consciência de que dificilmente terei outro (filho), é como se visse o tempo a passar pelos dedos (...) por saber que dificilmente terei outro bebé, (...) é como se sentisse saudades de uma coisa que ainda nem perdi, porque a bebé tem 6 meses, mas a

peessoa olha para ela e pensa “o tempo está a correr tão depressa, tão depressa e não vou conseguir voltar aquele tempo” (E20).

Para algumas participantes o desfrutar a maternidade em plenitude começou na gravidez pela consciência de esta ser a sua última oportunidade de ser mãe, para outras, a maturidade e reflexão leva-as a usufruírem de forma mais plena a experiência.

Consideraram a experiência de maternidade a mais intensa, uma intensidade que não tinha paralelo com nenhuma outra vivida, tendo até dificuldade em descrevê-la: *“Ter o meu filho, ter o meu filho nos braços, foi o melhor momento, nossa! Depois que nasce é uma maravilha” (E4).*

Ultrapassadas as dificuldades com a amamentação descritas na categoria “Confronto com o lado obscuro da maternidade” e vividas como um tormento, agora a narrativa sobre o ato de amamentar foi muitas vezes recheada de adjetivos que a enalteciam e a tornavam uma das facetas mais gratificantes e apreciadas do papel materno experienciada pelas mães. A amamentação foi antes de mais experienciado como uma forma de dar vida, de garantir a sobrevivência ao prover o alimento ao recém-nascido/bebé, assumindo a mãe o papel de mãe nutritiva e mãe protetora. O leite materno, alimento exclusivo dos primeiros tempos de vida da criança, por ser o mais completo ao conter todos os elementos necessários ao seu crescimento e também por ser uma defesa natural pelos anticorpos maternos que contém e transmite, foi percecionado pelas mães como um bem precioso, exclusivo, único e que apenas elas o podem proporcionar ao filho. Ser insubstituível nesta tarefa acarretou um sentimento de empoderamento e de dever, mas um dever prazeroso, na medida em que sentiram que esta tarefa não era eterna e havia que aproveitar esta dependência que o bebé tinha de si e que era finita.

Amamentar foi também manter a proximidade essencial para o desenvolvimento de laços afetivos que permitiriam uma relação saudável, estável e duradoura com o filho. Ter o filho junto a si, em contacto pele-a-pele, com os estímulos sensoriais e hormonais que ocorrem durante a amamentação e mais concretamente na sucção, as mães experienciaram uma fusão dos dois corpos em tudo idêntica à simbiose desses mesmos corpos durante a vida intrauterina, como já foi anteriormente referido. Assim, amamentar foi desempenhar três tarefas essenciais do papel materno: o estabelecimento de relação afetiva, a nutrição e a proteção.

Amamentar com sucesso foi desempenhar uma das funções sociais atribuídas ao papel materno com eficácia, logo foi ser uma boa mãe. A gratificação sentida pelas mães ao desempenharem esta função está relacionada não apenas com o prazer ao realizarem o ato em si, mas também o reforço da autoestima por terem sentido que estavam a conseguir desempenhar o papel materno com sucesso e com o reconhecimento e aprovação social dos outros, da sociedade que atualmente valoriza e incentiva a amamentação.

Após o nascimento, a amamentação é o único período em que os filhos dependem exclusivamente da mãe. Antevendo a perda da presença dos filhos em prol dos amigos daí a uns anos, apreciavam estar junto deles, brincar com eles aproveitando ao máximo o tempo em que os filhos querem estar junto a si. Atentas às questões dos afetos que tentavam redistribuir, agora mais despreocupadas com o ciúme dos mais velhos, sentiam prazer em mimar o filho e conscientemente eram permissivas: *“E tenho mesmo e gosto de estar com eles, eles desarrumam tudo, são umas pestes, mas eu não consigo viver sem isso. Porque sei que daqui a um tempo também já não é assim. Isto é uma fase”* (E18).

Assumiam o controlo de toda a logística familiar, gerindo a turbulência quotidiana (levar/trazer filhos da escola), assegurando que incutiam bons hábitos (comer, dormir) e incutiam valores (sobre o bem e sobre o mal) nos filhos, mesmo que para levar a cabo todas estas tarefas isso significasse não dormir. Numa azáfama constante o discurso das participantes assemelhou-se à imagem de supermães e supermulheres, em que a maternidade foi sentida como trabalhosa e simultaneamente prazerosa: *“muito trabalhoso! muito trabalhoso, é extenuante, mas muito prazeroso para mim”* (E18). À posteriori, lembraram as dificuldades iniciais da maternidade com alguma bonomia, concluindo que a vida é constituída por fases que se vão articulando e evoluindo. Para as participantes deste estudo ser mãe foi o papel principal do momento e das suas vidas, ao qual davam prioridade sobre todos os outros e era descrito como sendo vivido quase que em êxtase: *“É um amor incondicional, é uma entrega, é total”* (E1), que lhes permitiu desfrutar a maternidade em plenitude.

Assumiram-se como gestoras do lar familiar e reconheceram a importância da estabilidade e desafogo financeiro proporcionada habitualmente pelo ordenado superior dos maridos. Na assunção do papel de gestoras algumas reconheceram ser detentoras de uma faceta controladora: *“sem dúvida e eu às vezes vejo-me assim como a mulher polvo porque eu quero controlar tudo; controlar no sentido de ter tudo organizado (...) quero ter a gestão de tudo”*

(E18). No desempenho deste papel controlador, gostavam de chamar a si todas as tarefas domésticas, incluindo o cuidar dos filhos e quando realizadas pelos maridos supervisionam-nas, assegurando-se de que eram realizadas corretamente.

Nas participantes com história de insucesso em relações afetivas anteriores, esteve presente no discurso a preocupação em tentar proporcionar um ambiente calmo ao marido, evitando conflitos ou terminando-os rapidamente quando surgiam. Sentiam as suas personalidades amadurecidas pela vida, agora mais em sintonia:

“nós já tínhamos sido casados antes, é assim eu já tinha sido casada uma vez e o meu marido também e ... eu acho que nós temos muito a ver um com o outro, há muita sintonia entre nós e então as coisas fluem naturalmente e com alguma tranquilidade” (E18),

o que as levava a aceitarem o cuidado aos filhos como um papel de género socialmente determinado e a realizarem um contrato conjugal de poderem exercer a sua liberdade mutuamente:

“sim, lá está por causa da vida profissional do meu marido; eu tenho obrigação de complementar isso (o cuidado aos filhos), porque também ele no fundo garante-nos o nível de vida que nós temos e eu compreendo isso muito bem (...) é um acordo implícito porque eu gosto do papel de mãe, consigo satisfazer as facetas todas na plenitude” (E18).

No final deste processo de construção da maternidade e de transformação as participantes sentiram-se mães em plenitude, mais completas e abraçando as responsabilidades como um prazer, conforme figura7.

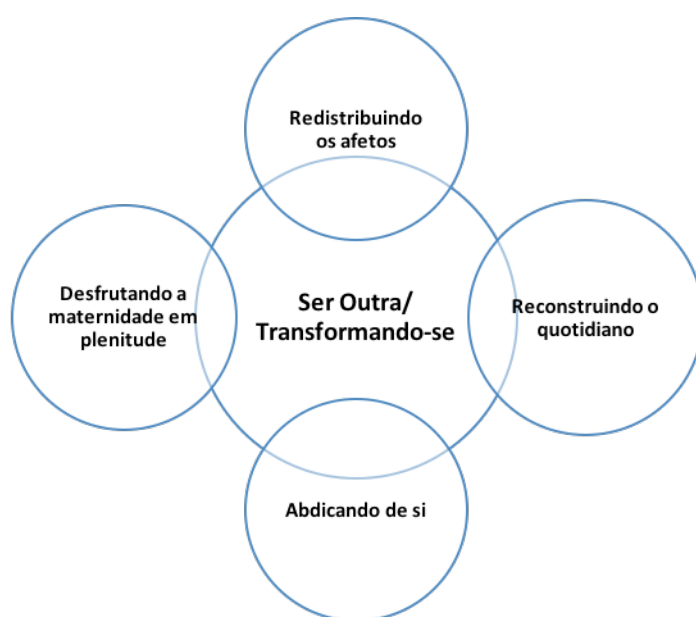


Figura 7 - Categoria “Ser Outra/ Transformando-se” e respetivas Subcategorias

Em suma, concluímos que o processo de transição para a maternidade foi construído com base nas categorias “Consciencializando o desejo de ser Mãe”, “Escolhendo o momento certo”, “Confrontando-se com o lado obscuro”, “Cuidando de si” e “Ser outra/Transformando-se” e que apelidamos de “Metamorfose em Mãe”, conforme Figura 8.

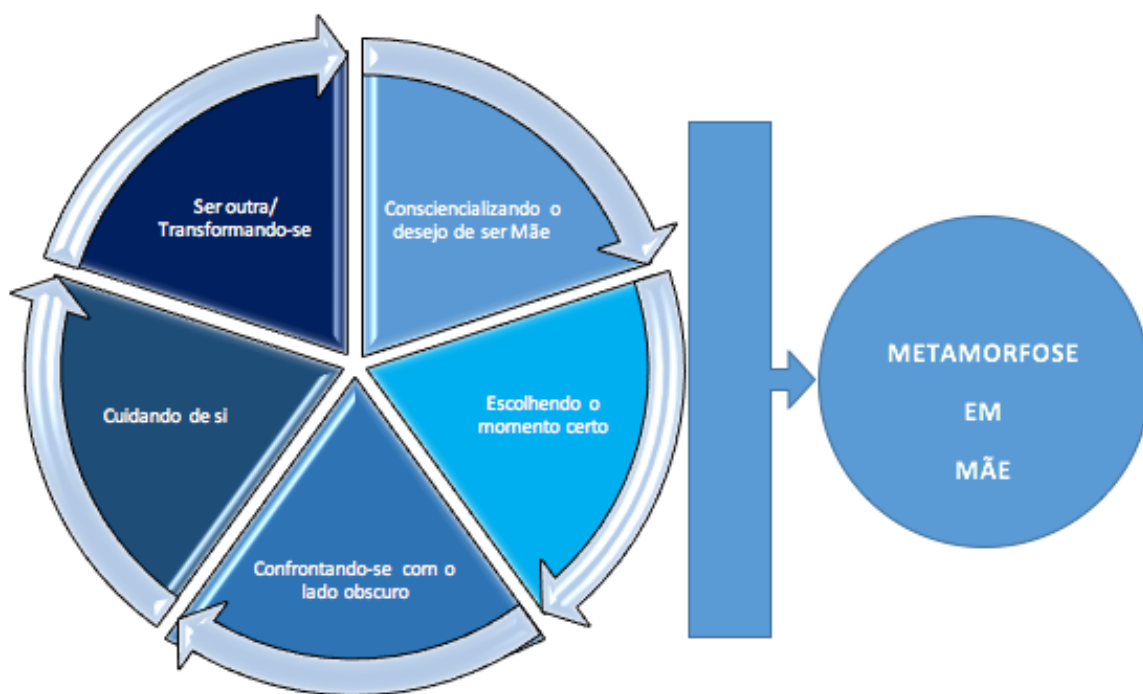


Figura 8 – Categorias que integram o processo de Metamorfose em Mãe

Na continuação da análise dos dados e do seu questionamento aprofundado, recorreremos a um dos princípios do método da GT e fizemos leituras que explicassem os achados. A nossa sensibilidade teórica começou por recordar as fases definidas por Afaf Meleis relativamente às transições: surgimento de evento crítico, reestruturação de objetivos, consciencialização da vulnerabilidade associada à transição, recuperação através de reequilíbrio e compensação, reestruturação de comportamentos e responsabilidades e incorporação da nova identidade (Meleis, 2010) e considerou a sua relação com os achados encontrados no presente estudo.

Após este exercício reflexivo pudemos contatar, sem forçar os dados, que as categorias identificadas apresentam uma correspondência direta com as referidas fases. Assim o surgimento do evento crítico traduz-se na consciencialização do desejo de ser mãe, que em consequência leva à reestruturação de objetivos para escolher o momento certo para ser mãe;

a consciencialização da vulnerabilidade associada à transição é adquirida com o confronto com o lado obscuro da experiência da maternidade, a sua recuperação através de reequilíbrio e compensação é realizada através de cuidado de si e, por fim, a reestruturação de comportamentos e responsabilidades e incorporação da nova identidade leva-as a transformarem-se, a ser outras (Figura 9).

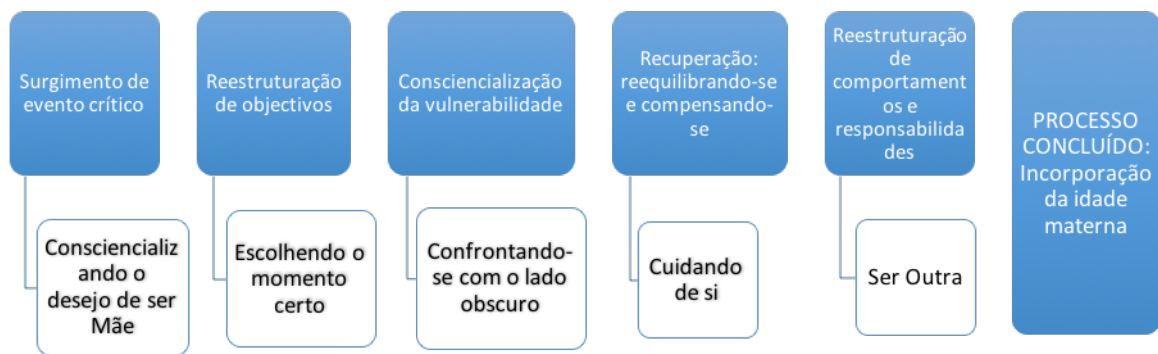


Figura 9 - Relação entre as fases de transição e as categorias

As Fases de transição do processo da metamorfose da mulher em mãe depois dos 35 anos desenrolam-se por um lado como um novelo de lã, mas de um modo sequencial, sem limites temporais rígidos, podendo mesmo algumas delas sobreporem-se e ocorrerem em simultâneo.

4. DISCUSSÃO DOS ACHADOS

Neste capítulo procuraremos dar significado aos achados descritos e apresentados no capítulo anterior, fundamentando-os e confrontando-os com outros autores. De acordo com a metodologia da GT preconizada por Charmaz (2014), após termos realizado uma revisão inicial da literatura, pretendemos agora com este diálogo com os dados e com outros investigadores almejar uma maior compreensão do fenómeno. Este diálogo baseia-se nas categorias descritas no capítulo anterior, decorre da sua análise e discussão integrando as nossas próprias descobertas e levando à construção de uma teoria específica de situação, do modo como se processa o fenómeno da maternidade vivido pelas mulheres depois dos 35 anos. A teoria de situação resultante foi assim construída a partir da interpretação dos participantes e a da investigadora, tal como sugere Charmaz (2014).

Este modelo teórico da experiência de transição para a maternidade depois dos 35 anos foi definido como “Processo de Metamorfose em Mãe”, representa as fases e as transformações até à incorporação da identidade materna da mulher que experiencia a maternidade depois dos 35 anos.

As categorias que integram o Processo de Metamorfose em Mãe (Consciencializando o Desejo de Ser Mãe, Escolhendo o Momento Certo, Confrontando-Se com o Lado Obscuro, Cuidando de Si e Ser Outra) descrevem um processo de transição e desenrolaram-se a par e passo com as fases descritas por Meleis (2010), nomeadamente: surgimento do evento crítico, reestruturação de objetivos, consciencialização da vulnerabilidade associada à transição, recuperação através do reequilíbrio e compensação, reestruturação de comportamentos e responsabilidades e incorporação da identidade (Figura 10).

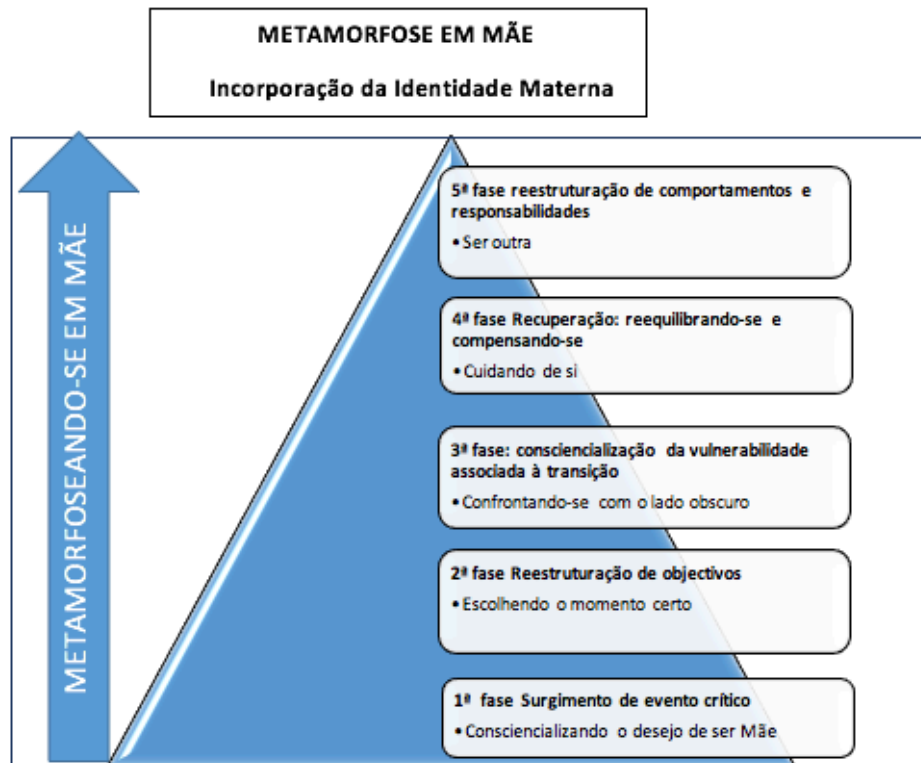


Figura 10 - Metamorfose em Mãe depois dos 35 anos à luz da teoria das transições

A discussão está organizada de acordo com o desenvolvimento do processo de metamorfose em mãe, abordando categoria a categoria e focalizando-se nos constructos que trazem contribuições para aprofundar a compreensão do fenómeno da maternidade depois dos 35 anos.

Este processo de transformação operado nas participantes esteve presente nos seus discursos, embora nem sempre consciente e por vezes até rejeitado, quando confrontadas com a possibilidade de a maternidade ter ocasionado alterações na sua pessoa e identidade. Tal rejeição poderá estar relacionada com a perda e o luto de papéis anteriores, necessários para a integração da nova identidade (a materna) no seu *self*, como explicam Mercer (2010) e Meleis (2010). A última autora chama a esta dificuldade no reconhecimento e desempenho de um papel, percebido pelo *eu* ou por outros significativos, insuficiência de papel. Essa insuficiência, pode resultar da incongruência entre as expectativas e o desempenho do papel, e é caracterizada por comportamentos e sentimentos decorrentes da perceção da disparidade no cumprimento das obrigações ou expectativas de papel (Meleis, 2010, 2018).

A transição para a maternidade é uma fase exigente e difícil, opinião também partilhada por Graça, Figueiredo, & Carreira (2010) que referem ser caracterizada por um intenso compromisso e envolvimento ativo que exige a reestruturação de responsabilidades e

comportamentos. Acrescentam ainda os mesmos autores que esta transição “inclui tarefas relacionadas à satisfação pessoal, relacionamentos com familiares e parceiros, aceitação do bebê e reestruturação da identidade materna” (2010, p.279).

Neste processo de metamorfose de mulher em mãe, que culmina com a aquisição da identidade materna as participantes percorreram um longo caminho, nem sempre fácil. Ou seja, na transição da maternidade depois dos 35 anos a identidade das participantes foi sofrendo alterações, como pretende retratar a Figura 11, passando por diversas fases que denominámos de de identidade questionada, identidade planeada, identidade ameaçada, identidade (re)valorizada, identidade aceite e identidade incorporada.

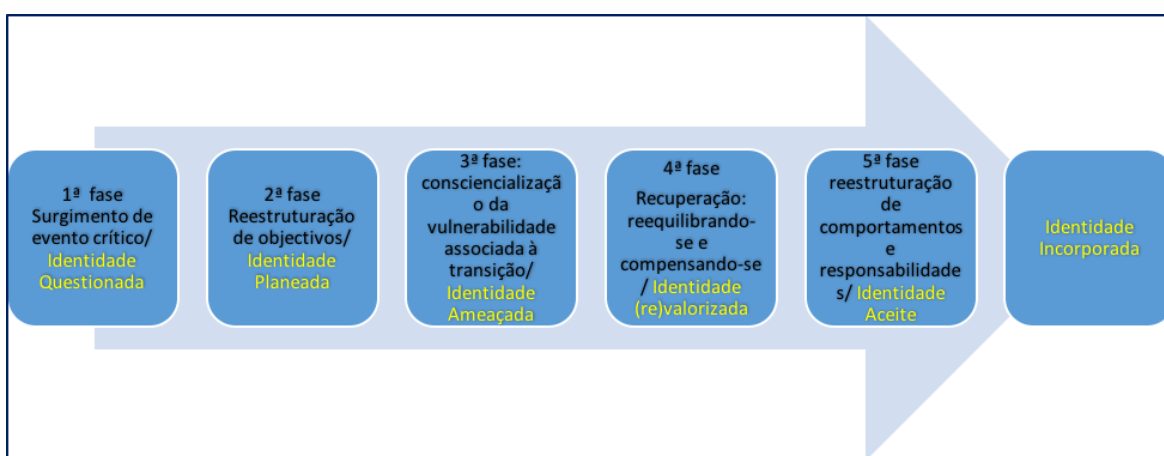


Figura 11 - Alterações da identidade das participantes ao longo do processo de transição

Para melhor compreensão deste processo, importa olhar com mais detalhe para o conceito de identidade abordado por outros autores e para o modo como as mulheres mães com mais de 35 anos incorporam a identidade materna nas suas identidades pré-existentes.

Sendo uma entidade complexa, a identidade tem sido objeto de vários pesquisadores e de várias áreas disciplinares que têm utilizado vários termos para a nomear como por exemplo *Self*, *Ego*, *Identidade* e *Eu* (Abreu, 2005). A mesma fonte acrescenta que embora alguns autores atribuam um significado especial a cada termo, o mais consensual e mais utilizado no âmbito das ciências sociais é o termo *identidade*. Para Giddens o conceito de identidade está relacionado com "o entendimento que as pessoas têm acerca de quem são e do que é importante para elas"(2013, p.29), e faz a distinção entre identidade social e identidade pessoal. Entende como identidade social as características que os outros atribuem a um indivíduo e que indicam, de um modo global, quem a pessoa é, situando-a em relação a outros com quem partilha os mesmos atributos, sendo que “a maioria das pessoas organiza

o sentido e a experiência das suas vidas à volta de uma identidade principal que é relativamente contínua no tempo e no espaço” (Giddens, 2013, p. 29); em sentido contrário, a identidade pessoal distingue-nos dos outros, pelo desenvolvimento individual através do qual “formulamos uma noção intrínseca de nós próprios e do relacionamento com o mundo à nossa volta” (Giddens, 2013, p. 30). Neste processo de formação identitária individual, as escolhas e as decisões que tomamos no quotidiano “ajudam-nos a tornar-nos quem somos” e a “criarmos e recriarmos as nossas identidades a todo o momento” (Giddens, 2013, p. 30).

Segundo (Costa, 1990) a formação da identidade tem a dupla função de organizar e compreender a singularidade da pessoa de uma forma consistente e sem contradições e de corresponder às pressões externas para que o indivíduo escolha e invista em papéis, familiares, profissionais e sociais que lhe conferem um estatuto e uma posição social.

Na perspetiva de Chodorow (1978) e Gilligan (1982), a identidade, tanto a social como a pessoal, é desenvolvida no contexto das relações, sendo que para as mulheres em particular, são as teias de relacionamentos que ajudam a definir a sua identidade (Gilligan, 1982).

Outro dos autores que contribuiu para o estudo da identidade com a concetualização da noção de representação de *si* ou *self* a partir da teoria do papel, e com base no interacionismo simbólico, foi Irving Goffman, em particular nas suas obras “Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada”(Goffman, 1988) e “A apresentação do eu na vida de todos os dias”(Goffman, 1993).

Quando se aborda a identidade, impõe-se fazê-lo não apenas sob o ponto de vista da identidade pessoal, mas também do ponto de vista da identidade social, dado que a maternidade remete a mulher para um grupo com identidade própria, o das mulheres que se tornaram mães.

Tajfel (1983) considerava a identidade ligada à categorização social. Nesta perspetiva a identidade social está ligada ao conhecimento que o indivíduo possui da sua pertença a determinados grupos sociais e ao significado emocional e valorativo resultante desta pertença. Segundo o mesmo autor, o processo de categorização social permite ao indivíduo organizar a informação recebida do seu ambiente, privilegiando e adotando certas características e subestimando ou abolindo outras. De acordo com o pensamento de Tajfel, um indivíduo desenvolve todos os esforços para conservar a sua pertença a um determinado grupo, se esse grupo contribuir para reforçar os aspetos positivos da sua identidade social. No nosso estudo, ao tornarem-se mães, as mulheres sentiram que passaram a pertencer ao

grupo das mães, por essa pertença lhes permitir reforçar aspetos positivos da sua identidade como por exemplo desempenhando o papel feminino da maternidade e com ele responderem à pressão social para ter filhos e darem continuidade aos genes e à espécie. Este sentido de pertença permitiu-lhes de igual modo subestimar ou abolir outras características como por exemplo o antigo *self* independente e organizado, agora ajustado em torno das próprias necessidades.

A primeira categoria do **Processo de Metamorfose da mulher em mãe depois dos 35 anos** que designamos por “**Consciencializando o desejo de ser Mãe**”, foi despoletado pelo surgimento deste evento crítico. Os fatores desencadeantes deste processo centraram-se quer no desejo exclusivo da mulher (despertando o relógio biológico, criando/alargando uma família, perpetuando-se), quer no desejo de estabilidade da vida do casal (solidificando a relação do casal, idealizando uma maternidade romântica). Os nossos achados acerca do despertar do relógio biológico revelam que ser mãe se torna um imperativo porque o tempo para atingir tal objetivo se está a esgotar. Este achado está de acordo com estudos anteriores, como os de Lampinen, Vehvilainen-Julkunen, & Kankkunen (2009), Tough, Vekved, & Newburn-Cook (2012) e Keurst, Boivin, & Gameiro (2016) quando referem que decisões sobre o momento de assumir e concretizar da maternidade das mulheres foram afetadas (e pressionadas) pela sensação de terem o tique-taque do relógio biológico a marcar o tempo. Também Cooke, Mills, & Lavender (2010) descrevem as mulheres que adiaram a gravidez como "snoozers", isto é, que pressionaram o botão 'snooze'²² do seu relógio biológico para assim pararem o tempo e retardarem a decisão de serem mães. Para Badinter a consciência do relógio biológico apressa as mulheres a escolherem a maternidade, embora por vezes pareça que “não é o irresistível desejo de ter um filho, é o constrangimento da idade e o medo de não poderem ser mães que leva as mulheres a procriar” (2010, p. 28). Já para Benzies et al. (2006) “o despertar do relógio biológico” é um dos fatores individuais relevantes para a tomada de decisão de ser mãe e está relacionado com a consciencialização do declínio da fertilidade. Preocupados também com o problema da infertilidade Liu et al. (2012) advertem para a necessidade dos prestadores de cuidados de saúde informarem as mulheres sobre as realidades do relógio biológico e garantirem que tenham expectativas realistas sobre a sua fertilidade, caso optem por adiar a maternidade para os últimos anos reprodutivos.

²² sono, sesta (tradução nossa)

Criar ou alargar uma família surge nos discursos das participantes como a forma de se completar, de materializar um projeto e um desejo seu, tão intrínseco e óbvio ao papel de gênero (feminino) esperado, que muitas vezes se torna difícil de o explicitar ao serem confrontadas com a pergunta “Porquê ser mãe?”. A sua identidade parece estar incompleta e como Nelson (2004) refere muitas das possíveis mães de idade avançada continuam a desejar intensamente a maternidade, embora tenham dificuldade em explicar porquê. A mesma autora acrescenta que cada mulher busca a maternidade como um objetivo ou um sonho. Nesta fase que surge com o desejo de ser mãe, este evento crítico vai despoletar novas dúvidas e incertezas e dar início ao processo de transição. Com o confronto e a consciencialização desse desejo surge o questionamento da identidade e as mulheres interrogam-se “Quero mesmo ser mãe?”

Este questionamento e busca da identidade é mais evidente para as mulheres que nunca foram ou não quiseram, até então, ser mães.

A liberdade de optarem por serem ou não serem mães é uma escolha que levanta questões sobre: "Quem sou eu?" (Beck & Beck-Gernsheim, 2002, p. 105). Este questionamento contribui para as mulheres se definirem e constitui uma parte importante da construção da identidade pessoal. Ao fazerem este questionamento as mulheres estão a dar início a uma das importantes etapas da teoria das transições: a antecipação do papel (Meleis, 2010). O papel entendido como o resultado das interações dos atores, neste caso das mulheres, num sistema social são validados pela aceitação dos outros, em especial pelos outros significativos. Para Meleis “é nesta reciprocidade com os outros significativos, na interação e processo de desempenho do papel, que os papéis são descobertos, criados, modificados e definidos, sendo então incorporados na autoconceção do ego” (2010, p. 14).

Dar um sentido e manter a relação com o companheiro através de um projeto comum ou satisfazer o seu desejo de paternidade e perpetuar-se na descendência, foram outras razões invocadas pelas participantes deste estudo que contribuíram para a consciencialização do desejo de ser mãe e para iniciarem o seu processo de metamorfose, ou seja para iniciarem a transformação da sua identidade de seres sociais, em particular de seres femininos, antecipando o papel materno.

Cada vez um maior número de mulheres decide não ter filhos, embora Craig et al. (2014) afirmem que a evidência científica sugere que muitas das mulheres da geração sem filhos, na realidade desejava ter filhos, mas pode ter subestimado o seu relógio biológico ou a

disponibilidade de possíveis/potenciais pais, deixando-as sem filhos numa idade avançada. Para as mulheres que decidem manter-se deliberadamente sem filhos as razões são várias e assentam na diversidade das suas trajetórias de vida e que muitas vezes escapam ao seu controlo. Do mesmo modo, mas em sentido inverso, são as mudanças que ocorrem nas trajetórias de vida destas mulheres que decidem ter filhos que muitas vezes criam as condições necessárias e suficientes para que a ideia de poder vir a ser mãe comece a tomar forma. Tocchioni, Mynarska, Matysiak, Rybin, & Vignoli (2015) apontam o desenvolvimento pessoal e as mudanças no contexto social como fatores intervenientes na decisão de não ter filhos, embora considerem determinantes a sua história de vida afetiva com o parceiro, a educação e o emprego. Na mesma linha de pensamento Bauer & Kneip (2014) afirmam que as decisões subjacentes a fundar ou ampliar uma família dependem de transições de vida anteriores e do contexto situacional (decisões biográficas, investimentos e experiências) em que ocorrem, pelo que devem ser analisadas com base nas histórias de vida. Sob este ponto de vista (do curso de vida), as decisões para fundar (ou seja, ter um primeiro filho) e para ampliar (ou seja, para ter mais uma criança) uma família, diferem substancialmente. Para Bauer & Kneip, (2014) com o primeiro nascimento, que denominam "formação familiar", já ocorreram certas decisões biográficas, investimentos e experiências que podem constituir um contexto situacional substancialmente diferente ao decidir ampliar a família ou continuar apenas com uma criança. O mesmo estudo conclui que apesar da decisão de ter um primeiro filho ser feita em conjunto e cada parceiro poder exercer um veto, já nos filhos seguintes as mulheres parecem dominar as decisões, por serem as mais afetadas pelo trabalho doméstico acrescido, concomitante ao papel de ser mãe.

O perpetuar-se na descendência, dando continuidade aos seus genes e à espécie, foi outra das razões evidenciada na narrativa das participantes. A identidade pessoal agora questionada é validada e confrontada pelo sistema social em que a mulher está inserida, em especial pelos outros significativos, ou seja, em particular pela família, procurando corresponder aos papéis esperados da sua identidade familiar.

Também Nelson (2004) referiu que a escolha da maternidade poderia ser um modo de transmitir um legado às gerações futuras. Porém, a decisão de protelar a maternidade para idades mais avançadas, ou no caso da decisão inicial não contemplar a maternidade e ser tardiamente alterada, tem como consequência conceber um menor número de filhos porque o tempo fértil da mulher fica mais reduzido. Petersen et al. (2015) também identificam como consequência do adiamento da maternidade a redução no tamanho das famílias, assim como

o declínio das taxas de fertilidade e uma maior incidência involuntária de famílias sem filhos (*childless*). Kanazawa, (2014) acrescenta que a escolha de não ter filhos conduzirá a um declínio da inteligência nas gerações futuras dos países desenvolvidos, por serem maioritariamente as mulheres mais inteligentes que optam por não serem mães.

Somos de opinião que, no caso das mulheres que optam por ter filhos tardiamente, este empobrecimento da inteligência poderá ser uma realidade devido ao menor número de filhos que essas mulheres poderão ter, pelo escasso tempo fértil que lhes resta. Contudo, dada a tendência deste grupo de mães aumentar exponencialmente e eventualmente poder vir a tornar-se prevalente, os seus filhos, mesmo que em número reduzido, serão a maioria, e, nesse caso, a maternidade em idades avançadas conduzirá a um aumento da inteligência global/geral, ainda que de uma população reduzida e envelhecida .

Na literatura inglesa a utilização do termo *childless* ou *childlessness*, que na nossa língua é traduzido pelas expressões respetivas de “sem filhos” e “falta de filhos”, nem sempre é consensual. Ambos os termos *childless* e *childlessness* remetem para a falta, perda ou ausência de algo, pelo que Peterson (2015) sugere que deve ser utilizada a designação *childfree* (livre de filhos) quando a situação decorrer de uma opção. O termo *childfree* além de mais positivo, salienta a importância da liberdade de escolha. Ficar voluntariamente sem filhos (*voluntarily childless*) pode ser percebido como problemático porque implica uma sensação de perda ou deficiência e reflete o "ideal hegemônico da maternidade" (Gillespie, 2003, p. 134). A importância da liberdade na construção de uma identidade positiva sem filhos (*childfree*) foi um aspeto também referido no estudo de Peterson (2015).

A decisão de não querer ter filhos embora possa parecer linear, nem sempre o é, podendo decorrer de um conjunto de circunstâncias de vida muito diverso e multifacetado. Algumas mulheres deste estudo tomaram uma decisão precoce, que na altura foi considerada permanente e definitiva de não ter filhos, foi posteriormente alterada quando encontrado “o homem certo”; outras simplesmente decidiram adiar a maternidade até terem conseguido estabelecer o estilo de vida pretendido e concluir os seus projetos de educação e de carreira, o que reduziu significativamente a possibilidade de terem filhos. Agrillo & Nelini, (2008) corroboram os nossos achados ao apontar como uma das principais razões para as decisões das mulheres de viverem sem filhos a possibilidade de se dedicarem à carreira profissional.

Para Peterson (2015) o benefício de ficar sem filhos reside no sentimento de liberdade que daí advém. Para Lipovetsky (2017), o individualismo contemporâneo favoreceu e

determinou o narcisismo e o hedonismo, enquanto superinvestimento do *Eu*, que funciona à força do prazer e do bem estar, mas simultaneamente favoreceu o surgimento dos movimentos feministas ao retirar a mulher do seu estatuto de passividade e de resignação relativamente à procriação, passando a “dispor de si, escolher, deixar para trás a máquina reprodutora e o destino biológico e social” (Lipovetsky, 2017, p. 56).

A liberdade significa terem tempo para si, terem tempo para se dedicarem à carreira profissional, poderem desfrutar o dia-a-dia. Esse sentimento de liberdade é concretizado em diferentes aspetos tais como maiores oportunidades de auto-realização, melhores condições financeiras, diminuição das responsabilidades domésticas, maior mobilidade geográfica, possibilidade de experimentar novas experiências e maiores oportunidades de socialização. Contrariamente, a maternidade apresenta-se como consumidora de tempo, uma prisão para os pais e a criança representa um risco para a saúde pela privação de sono e cansaço extremo que os cuidados permanentes requerem. Neste sentido a liberdade da opção de não ter filhos está também relacionada com o manter a saúde, a independência e a autonomia.

Contudo, como salientam Frisé, Carlsson, & Wängqvist, (2014), a decisão de renunciar à maternidade deve também ser analisada tendo em conta o contexto social em que se insere, porquanto a maternidade ainda é construída como parte essencial da identidade feminina ideal. Para aqueles autores, as mulheres sem filhos, que se esforçam para permanecerem livres e independentes podem ser percecionadas como uma ameaça aos valores normativos da sociedade patriarcal vigente, na qual a maternidade representa ainda o ideal feminino de apego, conexão, dependência e preocupação com os outros, referidos por Peterson (2015).

A individualização e emancipação crescente da mulher permitiu que a sua definição deixasse de ser em torno da vida familiar. Segundo Te Velde (2011) a revolução da contraceção contribuiu decisivamente para a emancipação das mulheres. Beck & Beck-Gernsheim (2002, p.55) acrescentam que o controlo da natalidade proporcionou-lhes liberdade de escolha, autonomia sobre o seu próprio corpo e sobre as suas próprias perspectivas de vida e de futuro, o que se traduziu numa mudança de "viver para os outros" para passar a "viver um pouco da sua própria vida". Também Lipovetsky partilha a mesma opinião quando refere “hoje vivemos para nós próprios, sem nos preocuparmos com as nossas tradições ou posteridade” (2017, p. 84). Contudo, Letherby, (2002) adverte que apesar do reconhecimento da legitimidade da opção de não ter filhos, as mulheres que voluntariamente decidem não serem mães são percecionadas socialmente como egoístas, neuróticas, não naturais e imaturas, com

base na crença pronatalista de que a maternidade associada a ser madura, nutritiva e altruista, é o principal papel das mulheres, e, por oposição, as mulheres sem crianças são vistas como seres desviantes, egoístas, aberrantes, imaturas e não-femininas (Rich, Taket, Graham, & Shelley, 2011). Partilhando a mesma opinião Shaw & Giles (2009) alertam que o discurso negativo sobre as mães mais velhas, é difundido pelos meios de comunicação social com afirmações implícitas de egoísmo por terem adiado a maternidade e de violação da "ordem natural".

Pensamos que a opção de não ter filhos pode levar a que estas mulheres sejam estigmatizadas pela sociedade, fundamentando a nossa opinião em Goffman e no interacionismo simbólico. Goffman (1988) descreveu o estigma como um processo em que as pessoas são categorizadas, estereotipadas, discriminadas, ou mesmo excluídas de uma comunidade social e com base numa característica ou num comportamento desviante, isto é, fora do que é esperado, fora do normal. Para Goffman (1988) o processo de estigmatização cumpre a função social de manter a ordem e as normas sociais e aponta a escolha de não ter filhos como potencial de estigmatização, pelo comportamento desviante, de rebeldia contra as normas que regem o sistema familiar (Goffman, 1988, p. 122). As normas vigentes, pronatalistas, baseiam-se na noção de que é natural ter filhos e criar uma família, sendo este o comportamento considerado normal. Uma mulher sem filhos pode sentir a sua feminilidade questionada, abalada a sua autoestima e experimentar sentimentos de culpa à medida que for tendo consciência da perceção negativa do meio ambiente que a rodeia, opinião também corroborada por Donath (2017). Segundo Peterson (2011) estas mulheres são vistas como livres, egoístas, imaturas, infelizes e insatisfeitas. As reações negativas podem também estar relacionadas com a sexualidade, sendo conotadas como promíscuas por quererem ter sexo pelo prazer, desafiando os valores patriarcais sobre o papel das mulheres na nossa sociedade. Para Fjell (2010) a estigmatização das mulheres que decidem não serem mães está ligada a representações sociais e culturais de quando é socialmente apropriado e biologicamente possível ser mãe.

Segundo Peterson (2011) o estigma associado ao não ter filhos ou não desejar ter filhos, apresenta-se atenuado no caso da mulher ainda não ter encontrado o homem certo, esperando-se que mude de ideias quando tal acontecer, ou, no caso de não poder ser mãe por problemas de infertilidade. De acordo com Goffman (1988), o estigmatizado (o desviante, o que sai do "normal"), utiliza estratégias que visam minimizar os riscos da estigmatização quotidiana e aumentar as oportunidades de passar a ser visto como "normal". As

participantes do estudo de Peterson (2011), utilizaram o argumento da infertilidade ou de doença hereditária como estratégia para lidar com a estigmatização, conscientes de que evitar deliberadamente tornar-se mãe é considerado como comportamento egoísta e imoral, enquanto a infertilidade é considerada uma circunstância infeliz e tratada com simpatia.

Na opinião de Peterson (2011) a estigmatização também varia consoante a localização geográfica, porque as normas pronatalistas estão mais enraizadas em cidades pequenas ou áreas rurais do que nas áreas urbanas onde existe uma maior tolerância e a invisibilidade dos grandes centros serve como proteção contra a estigmatização.

O estigma de não ter filhos está fortemente associado ao género, sendo melhor aceite que um homem não queira ter filhos, do que a mulher que é vista como estando a trair o seu género e o papel principal que a sociedade lhe atribui: a maternidade. Na perspetiva de Peterson (2011) a estigmatização pode também desempenhar um papel dissuasor, pois viver como estigmatizado em virtude do seu estilo de vida raramente parece particularmente atraente e, eventualmente a estigmatização da mulher que rejeitou a maternidade pode tornar-se num fator motivador para querer ser mãe.

No nosso estudo a decisão de que era o momento certo para ter um filho foi para algumas participantes, influenciada pela pressão social exercida principalmente pelos familiares mais próximos, que lhes fizeram sentir estarem a fugir à norma, o que de certo modo as fez sentir estigmatizadas. Guedes, Pereira, Pires, Carvalho, & Canavarro (2015), também identificaram a pressão social como uma das motivações para a parentalidade, embora Frejka, Hoem, Toulemon, & Sobotka (2008, p. 10) afirmem que ter filhos “é cada vez menos considerado como um dever para com a sociedade”. Daly & Bewley (2013) são de opinião que a pressão social para ter filhos exercida e percebida, sobre e pelas mulheres, está relacionada com a necessidade de corresponder às normas da sociedade que mapeiam as expectativas sociais e culturais de, por exemplo, indicar a idade certa ou adequada para se ter filhos. No nosso estudo também a pressão social esteve relacionada com a idade “certa” e socialmente aceite para se ter filhos.

À segunda categoria do **Processo de Metamorfose da mulher em mãe depois dos 35** designámos por “**Escolhendo o momento certo**”. No processo de desenvolvimento da identidade, esta passa de uma identidade questionada, para uma identidade planeada. Neste processo de decisão e de antecipação do papel, a mulher reestrutura os seus objetivos, de modo a que o novo papel tenha as condições necessárias para se desenvolver. É a assunção

de querer ser mãe, do desejo do papel, a par com a programação inerente. É uma mudança de identidade, agora consciente, desejada, assumida e planeada.

Nos nossos achados a condição mais relevante e determinante para “escolher o momento certo”, foi a de “ter encontrado o homem certo”, um pai certo para levar por diante um projeto desta envergadura. Também Tough et al. (2012), Cooke et al. (2010) e Petersen et al. (2015) enumeraram a falta de parceiro como a razão mais proeminente para permanecer sem filhos na idade avançada. Tough et al. (2012) salientam que principal fator influenciador da decisão de ter filho é a existência de uma relação afetiva estável. Aasheim, Waldenström, Rasmussen, Espehaug, & Schytt (2014) são de opinião que muitas mulheres adiam a decisão de terem filhos para darem prioridade à educação e carreira, para terem segurança financeira e para encontrarem o parceiro certo antes de tentarem engravidar, tal como constatámos no nosso estudo.

A necessidade de tempo para ultimar projetos de educação e carreira profissional foi outro fator decisivo para as participantes do estudo na sua escolha do momento certo para engravidarem. Shardt (2004), Benzies et al. (2006) e Cooke et al. (2010) corroboram os nossos achados ao afirmarem que a razão do adiamento da maternidade reside no facto das mulheres quererem prosseguir os estudos e a carreira de forma a conseguirem estabilidade financeira e independência. No estudo de Schytt, Nilsen, & Bernhardt (2014) realizado com homens e mulheres suecas dos 28 aos 40 anos as razões para se manterem sem filhos diferiram consoante a faixa etária. Para os sujeitos entre os 28 e 32 anos as razões foram: sentirem-se demasiado jovens e imaturos para ter filhos, quererem fazer outras coisas antes de formar uma família, não ter encontrado o parceiro desejado, estabelecerem-se no mercado de trabalho, completarem sua educação académica, conseguirem um emprego permanente, bem remunerado e estável, e, terem assim uma melhor situação financeira e de habitação. Na faixa etária dos 36 aos 40 anos as principais razões encontradas foram: não quererem ter filhos (até à data), falta de um parceiro, problemas de infertilidade, não se sentirem suficientemente maduros e terem priorizado uma vida independente. Neste estudo a situação de emprego, finanças e habitação constituíram-se como razões que foram perdendo importância à medida que a idade ia aumentando.

A situação laboral, especificamente o ter um emprego compatível com a maternidade, foi também um dos pré-requisitos determinantes nas intenções das mulheres dinamarquesas formarem uma família identificada no estudo de Petersen et al. (2015). Como salientam

Berrington & Pattaro (2014), para as mulheres mais diferenciadas, os custos inerentes a deixar o trabalho para cuidar dos filhos, são também mais altos, o que as leva a ter menos filhos, mas, em contrapartida salários mais elevados possibilitam ter e gerir uma família maior, para além de existir uma maior probabilidade do parceiro também ser bem remunerado. O mesmo autor acrescenta que para estas mulheres também é mais fácil evitar sair do mercado de trabalho, ou regressar mais cedo ao emprego, contratando mulheres menos diferenciadas para cuidarem dos filhos.

No nosso estudo a instabilidade económica, financeira e laboral resultante da crise económica do país, foi outro fator que condicionou o adiamento da decisão de ter um filho, opinião também partilhada por Mendes et al. (2016), de que aqueles fatores podem influenciar a fecundidade, em particular aumentando o adiamento da maternidade. Corroboram esta opção de adiar a maternidade os dados demográficos que situam Portugal como o país da União Europeia que em 2013 registou o mais baixo índice sintético de fecundidade (Mendes et al., 2016). Também Berrington & Pattaro (2014) sugerem que a insegurança económica está associada à intenção de permanecer sem filhos, à incerteza sobre o tamanho pretendido da família e a concretização das intenções de fertilidade.

O prolongamento dos estudos académicos e o intenso envolvimento numa carreira profissional são igualmente outras das razões apontadas por Mendes et al. (2016) para as mulheres portuguesas protelarem os seus percursos reprodutivos. A elevada participação das mulheres portuguesas no mercado de trabalho e a importância atribuída ao trabalho pode, para Guedes & Canavarro (2014), estar associada ao maior nível educacional das mulheres, comparativamente aos homens.

A par da pressão social mencionada anteriormente, para as participantes a noção de que o tempo de idade fértil se estava a esgotar e poderia ser a última oportunidade de serem mães, contribuiu também para a tomada de decisão de acharem que era o momento certo para engravidarem. Daly & Bewley (2013) utilizaram a expressão “relógio social” de Neugarten, Joan W. Moore, & Lowe (1965) que traduzia a ideia de que existem indicadores internos para as pessoas de que estão "no tempo" (on-time) ou "fora do tempo" (off-time) para os eventos da vida. Este relógio social é determinado pelas normas sociais, o socialmente correto, e estes por sua vez influenciados pelo desempenho dos seus pares, no nosso caso o adiamento da maternidade para depois dos 35 anos. Para Daly & Bewley (2013) a

vulgarização do adiamento da maternidade para idades em que a reprodução se torna mais difícil e arriscada, originou um conflito entre relógios biológicos e sociais.

Nos nossos achados este conflito entre o relógio biológico e social tornou-se evidente. Constatámos que o fator idade é encarado e vivenciado de forma diversa pelas participantes: ignorado, relativizado, temido, disfarçado ou aceite com as limitações já existentes no presente ou perspectivadas no futuro. Se por um lado a maternidade nesta idade era aceite e encarada com naturalidade pelas participantes, os seus efeitos na perda de vigor e no envelhecimento tornavam-se indisfarçáveis. A grande preocupação manifestada foi com a impossibilidade de acompanhar durante um maior período de tempo a vida e o crescimento de filhos e netos, o que está de acordo com Suresh (2015) que refere uma maior probabilidade destas mulheres morrerem antes do(s) filho(s) atingir(em) a idade adulta.

Estes nossos achados são reforçados pelas conclusões de Lavender, Logan, Cooke, Lavender, & Mills (2015) de que a aceitação da maternidade em idades tardias é uma realidade social que domina as decisões de maternidade das mulheres, e, apesar da realidade biológica ser a redução da fertilidade e o aumento das complicações médicas, os discursos sociais impedem, ou pelos menos limitam e dificultam, as mulheres de reconhecerem esse facto. Os riscos médicos associados à idade materna avançada são subvalorizados pela noção de que as mulheres podem escolher quando começar uma família. Este paradoxo tem graves problemas que se podem repercutir num aumento da morbidade e mortalidade materna e fetal, pela negação do risco e sua consequente desvalorização e dificuldades ou mesmo incapacidade fértil, pelo desconhecimento do declínio da fertilidade.

Os efeitos do envelhecimento repercutem-se numa deficiente vascularização uterina associada à diminuição da oxigenação fetal e risco aumentado de hipertensão, apontados por Jahan et al. (2009), bem como problemas na placentação (implantação e tamanho da placenta) apontados por Nelson, Telfer, & Anderson (2013) e Jongh (2015). São estas, segundo os mesmos autores, as principais razões para os resultados adversos nas gestações após os 35 anos. Nelson et al. (2013) acrescentam a estes fatores o envelhecimento ovário e a perda de qualidade dos oócitos.

Os riscos inerentes a uma gravidez neste extremo da vida reprodutiva, bem documentados pela evidência científica (Lean et al., 2017), embora alguns fossem do conhecimento da maioria das participantes, foram sempre relativizados ou quando surgiram foi quase sempre negada a sua relação com a idade materna. Esta atitude de aparente defesa, evitamento ou

mesmo negação, pode ser entendida como uma forma de diminuir a ansiedade e o *stress* materno. Também Bayrampour, Heaman, Duncan, & Tough (2012) relataram uma tendência para ignorar o risco como forma de algumas participantes do seu estudo evitarem o *stress* excessivo e a ansiedade. Por outro lado, a maior aceitação social da maternidade nesta faixa etária, e os bons resultados devidos a um nível educacional e socioeconómico mais elevado e estilos de vida mais saudáveis, referidos por Carolan (2003), melhores cuidados de saúde mencionados por Carolan & Frankowska (2011), uma personalidade mais madura referida por Nelson (2004), uma maior autonomia reportada por Helson, Mitchell, & Moane (1984) e maior experiência de vida referida por Carolan (2007), parecem ter contribuído para este “olhar quase displicente” dos riscos pelas participantes. Outra razão é ainda sugerida por Carolan (2005) decorrente dos resultados do seu estudo: a percepção destas mães com mais de 35 anos de estarem em risco e de ser uma última oportunidade de estarem grávidas, parece ter influenciado o investimento na gravidez das participantes, para se protegerem emocionalmente, mantendo-se ocupadas e não pensando na gravidez ou no bebé. Nelson (2004) afirma e, neste estudo também se constata, estas serem mães que procuram conhecer as vantagens e recusam conhecer desvantagens da maternidade depois dos 35 anos. Uma meta-síntese levada a cabo por Cooke et al. (2010) sugere que as mulheres desconhecem os riscos do adiamento da maternidade. Posteriormente, os mesmos autores (2012) concluíram que a idade materna avançada, por si só, não é considerada pelas mulheres como fator de risco, e, por esse motivo, não é tida em conta nas suas decisões. Mais recentemente a literatura científica tem sugerido que as melhores condições socioeconómicas das mulheres desta faixa etária pode melhorar alguns dos efeitos da idade materna avançada no desfecho perinatal (Carolan & Frankowska, 2011) ou mesmo que as mulheres de faixa etária mais elevada (mais de 45 anos), embora tenham um maior risco na gravidez, a maioria alcançará um resultado de gravidez bem-sucedido (Carolan, 2013).

No presente estudo os cuidados que as mulheres tinham perante a idade mais avançada levou-as a tomar algumas medidas preventivas como já foi referido. Os exames realizados todavia provocavam grande ansiedade, e tal facto, em termos de construção de identidade de mãe fez com que fossem mais cautelosas planeando e realizando uma vigilância da gravidez rigorosa e ponderassem minuciosamente a realização de exames que podiam inviabilizar o sucesso da gravidez, como a amniocentese, cujos resultados eram aguardados ansiosamente pelo receio de malformações ou defeitos cromossómicos, o que iria colocar em causa a sua capacidade e sucesso de ser mãe e por consequência abalar a identidade

materna em construção. Estes achados são concordantes com Sun, Hsia, & Sheu (2008) que concluíram que a realização deste exame é um processo rodeado pela incerteza e medo de poderem ter um bebé com anomalias que se inicia com a resolução da ambivalência acerca da gravidez, seguida da decisão de fazer a amniocentese, os receios com a segurança materna e fetal durante o procedimento, a ansiedade durante a espera dos resultados e os pensamentos acerca do compromissos maternos para a vida.

Contudo, o que de alguma forma nos surpreendeu e não encontramos qualquer referência na bibliografia consultada, foi o facto de até as participantes com dificuldade em engravidar, com gestações que terminaram em abortos ou com defeitos cromossómicos, nunca estabeleceram uma relação causal com a idade avançada, mas sim com a capacidade da *natureza* realizar uma seleção natural da espécie, eliminando o que não é perfeito.

Sabemos que à medida que a idade materna avança, a taxa e facilidade de concepção diminui e a taxa de abortos aumenta (Ziebe et al., 2001; Suresh, 2015), que o número e a qualidade dos oócitos diminui drasticamente a partir dos 31 anos (Perla, 2001), e, que as anormalidades cromossómicas são mais frequentes nos oócitos envelhecidos, contribuindo para 70% dos abortos espontâneos (Mccallie, Parks, Strieby, Schoolcraft, & Katz-Jaffe, 2014). Liu et al. (2012) alertam ainda que o declínio da fertilidade pode começar no final da segunda década de vida e não a meio da terceira como é habitualmente assumido pelos meios de comunicação social e mesmo pelos técnicos de saúde.

A surpresa manifestada por algumas das participantes com a dificuldade em conceber e terem de recorrer a técnicas de reprodução medicamente assistida, nomeadamente a Fertilização in Vitro (FIV) levanta a questão da discrepância entre os desejos de fertilidade, as intenções e a sua concretização também referida por Berrington & Pattaro (2014), e o (des)conhecimento ou (in)consciência acerca das questões relacionadas com a fertilidade. Consideramos que os avanços tecnológicos e científicos na área da reprodução assistida amplamente divulgados nos meios de comunicação social, podem ter um efeito contraproducente de levar a que as mulheres nesta faixa etária acreditem que conseguirão ser mães, sem problemas, quando e de quantos filhos quiserem. Para além da FIV, a criopreservação de oócitos é outra das técnicas que permite preservar os gâmetas femininos para serem posteriormente utilizados. Porém, como salientam Keurst et al. (2016) porque a infertilidade não é sentida pelas mulheres como uma ameaça, também não sentem a necessidade de usar esta técnica de preservação da fertilidade. Acrescentam os mesmos

autores que a criopreservação deve ser realizada antes dos 36 anos. Já anteriormente Daly & Bewley, tinham alertado para o facto de que mesmo congelando os oócitos “o corpo da mulher não está congelado” (2013, p. 727) e todos os seus sistemas e órgãos, incluindo o útero, continuam a envelhecer.

Por todas estas razões, somos de opinião que os prestadores de cuidados de saúde deverão estar melhor informados, de modo a elucidarem corretamente as mulheres, sobre o envelhecimento ovárico e o declínio da fertilidade natural relacionado com a idade e sobre as opções de reprodução assistida, opinião corroborada por Liu et al. (2012). E, porque as intervenções educacionais são mais eficazes quando são direcionadas e adaptadas tendo em conta o público-alvo a quem se dirigem, sugerimos uma identificação preliminar das lacunas de conhecimentos e posteriormente informação oral personalizada, opinião também partilhada por García, Vassena, Prat, & Vermaeve (2016).

Para as participantes a confirmação da gravidez, planeada ou não, com ou sem recurso a técnicas de reprodução assistida, foi sempre recebida com surpresa e emoção e vivida intensamente, pela noção de que o seu tempo fértil se estava a esgotar e esta poderia ser a sua última gravidez e a última oportunidade de serem mães. Estes achados estão de acordo com Nelson (2004) quando refere que a maternidade depois dos 35 anos pode ser vivida com grande empenhamento, por ser vista como a última oportunidade, a concretização de um desejo de longa data, um sonho, um último triunfo e um momento muito esperado.

Esta identidade planeada é programada meticulosamente, e por isso representa um grande investimento pessoal, tal como todas as restantes atividades da sua vida, laboral ou não, a que estas mães exigentes se dedicam. Os seus objetivos foram reestruturados, o processo de metamorfose está em curso, e tal como em todos os outros papéis das suas vidas, o empenhamento é total.

A terceira categoria do **Processo de Metamorfose da mulher em mãe depois dos 35 anos** diz respeito às dificuldades sentidas no desempenho do papel materno que designámos por “**Confrontando-se com o lado obscuro da maternidade**”. Nesta fase do processo as participantes consciencializaram a sua vulnerabilidade associada à transição ao serem confrontadas com esse lado obscuro da maternidade. As dúvidas e as dificuldades experienciadas (“será que consigo ser mãe? será que tenho as competências necessárias?”), despertaram sentimentos de inadequação no desempenho do papel, ou seja, recorrendo a

Meleis (2010, 2018), de insuficiência do papel. Por outras palavras, sentiram que a sua identidade em mudança estava fragilizada e mesmo ameaçada.

A maternidade, pela sua irreversibilidade implica um novo relacionamento intenso e para toda a vida e, por isso, tem um grande impacto na personalidade da mulher. A mulher que se torna mãe tem necessariamente de modificar várias áreas da sua identidade (Laney et al., 2015), nomeadamente a autonomia, aparência física, sexualidade e as suas ocupações (Nicolson, 1999), a sua autoperceção e o relacionamento com os outros (Steinberg, 2005). Na opinião de Laney et al. (2015) a maternidade promove mudanças identitárias porque as mulheres são confrontadas com as realidades em justaposição com seus ideais de maternidade. Segundo Choi, Henshaw, Baker, & Tree (2005) identificar-se como mãe e desenvolver uma identidade materna envolve a integração dos ideais transmitidos culturalmente e interiorizados sobre como as mulheres acreditam que deve ser uma mãe com a realidade vivida da maternidade. Porém, nem sempre é fácil alcançar esse ideal, surgindo frequentemente sentimentos de culpa, ampliados muitas vezes pela ideia socialmente transmitida de que as mulheres devem experimentar apenas sentimentos positivos sobre a maternidade como sugere Marshall (1991).

Neste processo os padrões de resposta foram condicionados pelas condições pessoais e sociais, tendo as participantes sido confrontadas com diversas dificuldades relacionadas com o tormento da amamentação, a concentração total no bebé, o receio do afastamento do companheiro e o receio do afastamento ou mesmo perda do emprego.

Os desconfortos da maternidade foram de difícil expressão por parte das participantes, sendo ocultados possivelmente pela ideia socialmente dominante de que a maternidade é uma fase de felicidade na vida da mulher, quase de êxtase, porque conhece um amor incondicional, um amor puro e maior. Em nosso entender, este imaginário enleado no simbólico coletivo gera na grávida uma ideia romanceada que tem ocultado a exigência e a dificuldade inerente a qualquer processo de vida. Muitas mulheres são confrontadas com esta realidade por vezes de um modo inesperado, o que contribui para que o seu papel de mãe seja vivido de forma mais difícil e penosa.

Badinter corrobora esta opinião ao referir que as mulheres ao ponderarem a maternidade parecem esquecer deliberadamente a realidade maternal, sonhando com o amor e a felicidade, mas ignorando a outra face da maternidade “que é feita de esgotamento, de

frustração, de solidão, até mesmo de alienação com o seu cortejo de culpabilidade” (2010, p. 21).

No nosso estudo uma das dificuldades das participantes que lhes fez despertar sentimentos de inadequação no desempenho do papel e sentir que a sua identidade em mudança estava ameaçada foi a amamentação. Para muitas participantes a amamentação foi desejada, planeada, pesquisada, ensinada e ansiosamente aguardada por considerarem ser uma das atribuições mais nobres do seu papel maternal. Contudo, e em particular nos primeiros tempos, os momentos da amamentação deixaram de ser momentos de prazer proporcionados pelo contacto físico, por estarem a fornecer a nutrição adequada ou por se sentirem valorizadas socialmente, para passarem a ser vividos como verdadeiros tormentos. Esta situação foi causada principalmente pela privação do sono resultante da ausência de um horário regular e dos intervalos muito curtos entre as mamadas. Este padrão do sono é também referido por Peterson (2015) como sendo um método de tortura e uma das principais razões apontadas pelas mulheres para não quererem ou adiarem a decisão de ter filhos. Também Suplee, Dawley, & Bloch (2007) referem que as dificuldades no desempenho relacionadas com a privação do sono podem tornar a experiência inicial da maternidade muito difícil e assustadora. Corroborando os nossos achados Carolan (2003) aponta os problemas associados à amamentação e ao sono como fatores predisponentes da dificuldade de adaptação e depressão pós-natal, e, acrescenta que estas dificuldades são mais notórias nas mulheres com mais de 35 anos que são mães pela primeira vez. Hjälmhult & Lomborg (2012) também relacionam a amamentação com as perturbações do sono e uma vulnerabilidade acrescida a problemas de depressão, nos primeiros dias em casa com um recém-nascido, principalmente das mães pela primeira vez. Por sua vez, Nelson, Kushlev, & Lyubomirsky (2014) referem que os pais de filhos de tenra idade são especialmente propensos a experimentar distúrbios no sono, relacionam os distúrbios do sono com emoções negativas, a depressão e a função cognitiva reduzida e, por isso, identificam-nos como perturbadores do bem-estar dos progenitores. Margolis & Myrskylä (2015) acrescentam que a diminuição do bem-estar materno durante a primeira experiência de maternidade é preditor de uma menor probabilidade de ter outro filho. Para as participantes do nosso estudo a diminuição do bem-estar está intimamente relacionada com o cansaço extremo que a privação do sono induz, o que está de acordo com Carolan (2005) que descreve sentimentos de grande *stress* nas mães pela primeira vez com mais de 35 anos

associados à fadiga, dor, dificuldades na amamentação e horários erráticos dos recém-nascidos.

Outros fatores geradores de *stress* e contribuidores para que a amamentação fosse percebida como um tormento foram as situações geradoras de dor como o ingurgitamento mamário, as fissuras ou a mastite. Agonizante, horrível, violenta foram adjetivos usados pelas participantes do estudo de Schmied & Barclay (1999) para descrever a experiência de amamentar e a dor sentida durante a sucção referida como agonizante e excruciante.

Nos nossos achados o sentimento de culpa e de se sentirem “más mães” surge associado à percepção da incapacidade ou incerteza das participantes de estarem a nutrir adequadamente os seus filhos, uma das funções que consideraram essenciais do seu papel. Estes achados estão de acordo com Lupton & Fenwick (2001) ao salientarem que os discursos dominantes afirmam que a amamentação é o melhor meio de nutrição infantil, além de estar associada ao ideal de "boa mãe". Por oposição, estes discursos dominantes associam aquela que não amamenta a “ser má mãe”, que foi exatamente o que as participantes referiram ter sentido. As dificuldades em amamentar puseram em confronto o seu *self* materno idealizado com a inadequação no desempenho do papel, ou seja, a insuficiência do papel segundo Meleis (2010). Somos de opinião que o sucesso na amamentação é um dos principais fatores que podem afetar positivamente a competência materna e contribuir para a construção de uma identidade materna positiva, opinião também partilhada por Huang, Atlas, & Parvez (2012) e por Ngai, Chan, & Holroyd (2011). O sucesso na amamentação parece especialmente sensível e essencial na maternidade como apontam Hjälmhult & Lomborg (2012) que concluem que as mães para alcançarem esse sucesso ignoram as suas necessidades básicas como por exemplo de comer e dormir ou os problemas com as dores nas mamas.

Atualmente, com o aumento do conhecimento sobre a complexidade do desenvolvimento e das necessidades infantis “as tarefas maternas tornam-se cada vez mais ambiciosas e esmagadoras, sobre um pano de fundo de ansiedade e nervosismo” (Knibiehler, 1999,p. 290-291). A ideologia naturalista advoga o regresso a tudo o que é natural, a uma maternidade radical, incluindo o aleitamento materno que considera um dever, dever esse, que para Badinter (2010), se transformou numa escravatura e simultaneamente um direito que as mães devem reivindicar.

No nosso estudo, foram os discursos dos profissionais de saúde e a opinião da sociedade, fortemente pró-amamentação que influenciaram a decisão de amamentar das participantes,

facto igualmente constatado por Schmied & Barclay (1999). É de salientar a disparidade encontrada entre a apologia incontestada da amamentação veiculada pelos técnicos de saúde e a falta de preparação das mães que referem não terem sido suficientemente alertadas para as dificuldades com que se deparariam. No presente estudo estas dificuldades foram percebidas de forma menos intensa pelas mães que já tinham experiência de maternidade anterior.

Em nosso entender a experiência da amamentação pode ser harmoniosa e prazerosa, mas também perturbadora, desagradável e violenta, opinião corroborada por Schmied & Barclay (1999), o que pode colocar em risco o desenvolvimento de laços de apego e de futura vinculação com a criança, e, simultaneamente dificulta o desenvolvimento de competências maternas e a construção da identidade materna.

Por todos estes motivos, consideramos que a amamentação não pode ser vista como um símbolo do sucesso da maternidade, mas apenas e só, como um importante aspeto favorecedor desse sucesso, mas nunca como o fator determinante e exclusivo. A opção de amamentar é exclusiva da mulher e a sua recusa não pode ser associada a um défice de competências maternas, o que conduziria inevitavelmente à estigmatização e sentimentos de culpa das mães que escolhem essa via.

Outro lado obscuro da maternidade com que as participantes se confrontaram e que surge nas suas narrativas é a necessidade de centração total no bebé. Na opinião de Perun (2013) no pós-parto toda a existência da mãe está centrada no bebé e na sua própria experiência associada à maternidade. Segundo Mercer (1986) as dificuldades experienciadas por estas mulheres devem-se à sua pouca experiência com crianças enquanto Nelson (2004) e Suplee et al., (2007) acrescentam que as dificuldades das mães mais velhas em engravidarem podem provocar dúvidas e insegurança acerca das suas capacidades maternas, gerando ansiedades e receios de que essa insegurança possa colocar o bebé em risco pela sua vulnerabilidade. Carolan (2005) vai mais longe acrescentando que nas primeiras semanas após o nascimento do bebé, a introdução à maternidade pode despoletar nas mães sentimentos de ansiedade e de terror.

Nas primeiras semanas pós-parto, as participantes experienciaram enormes dificuldades: umas centradas nos cuidados a prestar ao bebé e outras centradas na alteração do estilo de vida das participantes decorrentes desse cuidado. Carolan apelidou esta fase de “o pesadelo da maternidade recente” (2005, p. 771).

Os cuidados a prestar ao recém-nascido durante 24 horas por dia remete as mães nos primeiros três meses de vida da criança para um enclausuramento forçado em casa. A perda de liberdade, de controlo sobre a própria vida, o isolamento e a dependência dos horários e cuidados a prestar ao filho, fez com que as participantes sentissem ameaçada a sua identidade livre e independente. O isolamento e falta de suporte social foi igualmente referido por Carolan (2004) como uma das dificuldades percebida pelas mães com mais de 35 anos e geradores de ansiedade. Habitadas a planeamentos rigorosos, o facto de deixarem de ter controlo sobre o tempo, agora dificultado pela imprevisibilidade das solicitações dos cuidados ao bebé, em torno dos quais as suas vidas passaram a girar, foi uma das grandes dificuldades sentidas pelas mães. As dificuldades no desempenho relacionadas com a sobrecarga, o esforço e a pouca flexibilidade foram igualmente identificadas por Nelson (2004), Carolan (2005) e Alstveit, Severinsson, & Karlsen (2011), bem como o isolamento resultante de estar presa às necessidades e rotinas da criança (Carolan, 2005; Suplee et al., 2007; Yang, Chen, & Chiu, 2010).

O comportamento materno resulta da interação diádica entre a mãe e o bebé, e, por isso, fortemente influenciada pelas características da criança. Sabemos que em particular o temperamento do bebé, que no caso de bebés considerados difíceis e irritáveis “evocam hostilidade, crítica, tendência para ignorar a criança, menor aceitação por parte da mãe”(Aguiar, 2009, p. 41). Segundo a mesma autora, o temperamento da criança influencia a resposta e a sua aceitação pela mãe, ou seja, quanto mais difícil é a criança menor a aceitação por parte da mãe e menor a responsividade materna. Já anteriormente Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall (1978) afirmaram que a consistência e a prontidão da resposta materna estava associada à diminuição da frequência e duração do choro durante o primeiro ano de vida.

Considerando a exigência da concentração no cuidar do bebé, uma das principais dificuldades encontradas foi lidar com o choro do bebé que nalguns casos levou a situações de cansaço extremo ou mesmo de exaustão por privação de sono, dificuldade esta também referida por Suplee et al. (2007). Uma das dificuldades percebida e mais verbalizada pelas participantes foi a de lidar com as cólicas e o choro do recém-nascido. O bebé real tão diferente do bebé imaginado colocou em confronto a imagem de mãe ideal que esperava ser, com a mãe possível, a que conseguia ser, colocando mais uma vez a sua identidade sob ameaça. Lidar com as manifestações de desconforto do bebé, gerou nas mães sentimentos de angústia, desespero e mesmo impotência, levando-as a questionar a sua competência

materna, achados corroborados por Carolan (2005) que refere sentimentos de desamparo e inadequação entre as participantes do seu estudo, que descreviam sentirem-se "sobrecarregadas" e "exaustas" enquanto lutavam com as responsabilidades, a fadiga e a incerteza da maternidade. Acrescenta a mesma autora que apesar da preparação intensa, a maioria sentiu-se mal equipada para o desempenho do seu novo papel. Perante estas dificuldades em lidar com a exigência do cuidar de um bebé 24 horas por dia, as participantes do estudo referiam viver esta nova realidade de forma oprimida, asfíxiada e desesperada, que por vezes levou algumas a perderem a paciência e a descontrolarem-se emocionalmente e outras a referirem estados de depressão. Carolan (2005) no seu estudo também relata sentimentos de "fora de controlo" das mães, à medida que as exigências parentais se tornam evidentes, associados à fadiga, dor, amamentação e privação de sono. Nelson, Kushlev, & Lyubomirsky (2014) também referem o surgimento de emoções negativas como preocupação, ansiedade, raiva e mesmo de estados de depressão associados às exigências do desempenho da parentalidade.

A tristeza, a solidão e para algumas a depressão estiveram presentes nos primeiros meses de experiência de maternidade da maioria das participantes. Estes estados de espírito foram por elas relacionados com terem passado a conviver quase exclusivamente com o bebé, sentirem-se presas em casa e deixarem de ter vida social. As suas identidades construídas em torno dos papéis sociais até então desempenhados (de parentesco, de amizades ou de trabalho) são agora ameaçadas e estes papéis relegados para segundo plano em prol do surgimento de um novo papel. Outros autores também identificaram este sentimento de isolamento e de "estar presa" à casa ou às responsabilidades maternas (Barclay, Everitt, Rogan, Schmied, & Wyllie, 1997; Homewood, Tweed, Cree, & Crossley, 2009; Carolan, 2005; Shelton & Johnson, 2006; Offer, 2014; Peterson, 2015).

Badinter (2010) salienta que a maternidade ao ser uma escolha, implica deveres acrescidos da mãe em relação à criança. Contudo, a falta de experiência materna, as dúvidas e as dificuldades experienciadas, a par com o sentimento de inadequação no desempenho do papel, resultante do menor número de filhos e do predomínio da família nuclear que não facilitam a observação do cuidado materno realizado por outras mulheres, associado ao grande investimento na maternidade e pela maior probabilidade de ser única, tornaram as tarefas maternas, segundo a mesma autora, cada vez mais exigentes e favorecedoras de estados de ansiedade e de nervosismo. Para algumas participantes do seu estudo o grau de dificuldade encontrado foi tal que a maternidade se tornou uma experiência adiada e, para

outras determinou a decisão de nunca mais quererem ter filhos. Este é um indicador de alerta de que não houve mudança na identidade, papéis, capacidades e comportamentos, não foi alcançado o bem-estar, ou seja, não houve sucesso na transição (Meleis & Trangenstein, 1994). Estes achados são corroborados por Peterson (2015) em cujo estudo as participantes apontam como razões para não quererem ter filhos ou adiarem a maternidade a exigência dos cuidados que conflitua com a sua liberdade, independência e autonomia.

Nakamura et al. (2015) sugerem que a qualidade de vida, o conforto e o bem-estar durante a gravidez facilitam a transição para a maternidade, sendo a confiança e a satisfação no desempenho do papel materno importantes fatores nessa transição. Para estes autores o conforto com a maternidade foi correlacionado com a confiança e satisfação materna relativamente ao conhecimento e habilidades no cuidar da criança.

Se uma das principais razões para decidir ser mãe depois dos 35 anos foi ter encontrado o parceiro e pai certo (ou para ter protelado essa decisão por ainda não o ter encontrado), manter a estabilidade da relação foi uma das preocupações destas mães quando se viram confrontadas com a maternidade. O receio do afastamento dos companheiros pela agora mãe, manifestado pelas participantes, surgiu pela sua centração na satisfação das necessidades do bebé e o cansaço daí resultante determinarem uma menor disponibilidade e menor atenção à vida íntima do casal. O investimento e importância atribuída à relação pode assim estar relacionada com a dificuldade vivida em encontrar o parceiro certo, já que, como referem Craig et al. (2014) os homens e as mulheres de idade mais avançada têm maior dificuldade em atrair um parceiro e podem encontrar poucos potenciais parceiros que queiram ter um filho. Tough et al. (2012), a propósito da falta de um parceiro ser uma das principais razões para as mulheres não terem filhos, argumentam que a segurança num relacionamento é um fator muito importante. A dificuldade em ter encontrado um parceiro estável (Carolan, 2007), parece ter influenciado o grande investimento na relação e o receio do afastamento do companheiro estar muito presente. O receio de que o bebé possa perturbar e pôr em risco a relação construída anteriormente foi também referido por Carolan (2005).

No nosso estudo, as participantes apesar de esperarem que a maternidade tivesse implicações na conjugalidade, mostraram-se surpreendidas com a intensidade das mesmas. Recearam que o afastamento do casal pudesse colocar em risco a relação, ou seja, sentiram ameaçadas as suas identidades de esposas e de parceiras apaixonadas. No seu estudo Fraser & Hughes (2009) corroboram estes achados de surpresa, afastamento e repercussões na sexualidade do

casal. Nelson, Kushlev, & Lyubomirsky (2014) também referem que a satisfação conjugal declina após o nascimento de uma criança, favorecendo a tensão entre os parceiros. Também Perun (2013) sublinhou que os conflitos não resolvidos com o parceiro são fonte de ansiedade materna, tornando-a emocionalmente instável, o que se reflete nos seus relacionamentos com o bebê. Nakamura et al. (2015) sugerem um possível efeito positivo do relacionamento conjugal associado à confiança materna e estabelecem uma relação entre a realização do papel materno e o conforto na relação com o companheiro.

A transição inicial para a maternidade tem sido frequentemente associada à preocupação com a qualidade da relação conjugal (Chapman & Hart, 2017) e o *stress* conjugal visto como um importante indicador, incluído nas motivações negativas para parentalidade que faz parte da Childbearing Motivations Scale (CMS) (Guedes et al., 2015). Já anteriormente Reece (1995) tinha associado as relações positivas com o parceiro a menor nível de *stress*, sugerindo que o relacionamento com o parceiro parecia desempenhar um papel importante na qualidade de vida das mães.

Por outro lado Hjelmsted et al. (2012) salientam o elevado risco do desenvolvimento de depressões decorrentes de relacionamentos insatisfatórios com o parceiro, sendo um dos parâmetros da Escala de Edimburgo de Depressão Pós-natal (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987), ou indiretamente através da Being a Mother Scale (BaM-13), desenvolvida por (Matthey, 2011), já que as alterações do humor podem ser um reflexo de como a mulher está a experienciar a mudança de papéis associada à transição para a maternidade, como por exemplo o seu relacionamento com o parceiro.

Também o envolvimento e desigualdade na distribuição das tarefas domésticas foi, para algumas das participantes do estudo, percebido como um fator que agravou o distanciamento do casal. Badinter corrobora este achado, pois em sua opinião a maternidade agrava a desigualdade no seio do casal, “porque a chegada de um filho aumenta muito as horas domésticas da mulher, enquanto o homem, como pai se dedica mais à profissão” (2010, p. 23), o que se pode repercutir no relacionamento a dois. A reversão a papéis mais tradicionais em que as mulheres executam a maior parte das tarefas domésticas, na transição para a maternidade, foi igualmente referida e apontada por McGoldrick (1995) como contribuidora para uma diminuição da satisfação conjugal e por uma diminuição da autoestima nas mulheres.

Acerca da experiência dos pais na sua transição para a parentalidade Chin, Hall, & Daiches (2010) numa metasíntese, concluíram que a experiência de serem filhos parece ter influenciado a abordagem parental que os homens tencionavam adotar. Os pais da atualidade querem exercer a sua parentalidade de forma diferente da exercida pelos próprios pais, que a maioria sentiu como distante e desligada, para uma paternidade em que desejam estabelecer ligações emocionais com os seus filhos. Outro achado importante desta metasíntese foi que a deterioração do relacionamento sexual entre o casal, não era esperada por alguns dos pais. O estudo concluiu ainda que alguns pais pareciam pouco seguros em relação ao seu papel nos cuidados ao recém-nascido, o que lhes causava ansiedade. Esses achados sugerem que, durante o período pré-natal, talvez em consultas pré-natais e sessões de formação, os pais devam ser encorajados a refletir sobre sua infância e relacionamento com seus pais, pois isso pode influenciar positivamente o seu estilo de parentalidade. De igual modo alguns pais pareciam menos certos em relação aos seus papéis imediatos. A incerteza quanto aos aspetos práticos da assistência à infância deixou alguns homens ansiosos. Estes dados realçam a necessidade de os profissionais discutirem as mudanças de relacionamento positivas e negativas com os casais, já que alguns pais não anteciparam as mudanças mais "negativas" desta transição para a parentalidade.

No período após o parto as participantes do estudo esforçaram-se por gerir o afastamento do emprego para gozar de licença de maternidade, ou para assumir a dupla responsabilidade de trabalho e maternidade. As suas experiências foram interpretadas como vivendo num estado de tensão entre trabalho e maternidade, o que as fez reajustar as suas vidas nos campos profissional e pessoal. O trabalho foi experienciado como gerador de sentimentos positivos, como por exemplo confiança, autoestima, mas também de negativos como solidão, apreensão, angústia ou culpa, sentimentos estes característicos da insuficiência do papel e associados às dificuldades da transição em curso. Para as participantes do estudo foi notória e relevante a importância atribuída ao contacto social proporcionada pelo trabalho e terem sentido negativo o isolamento social decorrente da licença de maternidade. Estes achados são corroborados por Alstveit et al. (2011) que referem que o reajuste entre a maternidade e trabalho tem associado alguma tensão. Essa tensão deve-se ao esforço para gerir a carga de trabalho e assumir a responsabilidade pelos melhores interesses da criança, a luta com sentimentos de não ser uma mãe suficientemente boa e manter o equilíbrio entre sensibilidade e autoconfiança.

Para as participantes o período pós-parto determinou grandes alterações relativamente à atividade laboral que exerciam e exigiu um grande esforço de adaptação. O trabalho, uma parte importante da sua identidade pessoal, era percebido como forma de autorrealização e desenvolvimento pessoal pela autonomia financeira proporcionada, mas também pela oportunidade de convívio e socialização. Para algumas mulheres com carreiras sólidas e habituadas a colocarem os interesses e exigências profissionais em primeiro lugar, passar os cuidados maternos para o topo da hierarquia das prioridades, constituiu um desafio e uma exigência, difíceis de compatibilizar. No nosso estudo, as mulheres que conseguiram conciliar o trabalho e a maternidade, foram as que manifestaram maiores níveis de bem-estar. A flexibilidade de horários de trabalho ou o trabalho a partir de casa foram considerados a melhor opção por lhes permitir conciliar os papéis laborais com a maternidade e, por outro lado, manter alguma ligação ao local e colegas de profissão diminuía os sentimentos de isolamento e receio de perderem o vínculo ou o estatuto laboral anteriormente alcançado.

Assim, consideramos essencial que a nível social a legislação evolua, bem como as entidades patronais sejam sensibilizadas para as necessidades especiais da maternidade, adaptando-as caso a caso, flexibilizando os horários e as condições de trabalho das mulheres que sejam, ou queiram ser mães. E estas condições não se referem apenas ao aumento da licença de maternidade, pois algumas das mães sentem o afastamento do emprego como algo negativo, pelo isolamento a que as remete, mas principalmente a uma maior flexibilidade nos horários e partilha da licença por parte do pai. Desta forma, a sua identidade de mãe não seria sentida como ameaçadora para a de trabalhadora.

Fursman (2002) explorou a forma como as experiências de trabalho durante a gravidez influenciam a identidade das mulheres como trabalhadores e como mães. Argumentou que, apesar do grande número de mulheres no mercado trabalho, a visão normativa da maternidade ainda exige que as mulheres que têm filhos coloquem as suas identidades como mães antes de tudo, e antes das suas identidades como trabalhadoras. Este autor estudou como as experiências de trabalho afetam a forma como as mulheres vão adicionar "mãe" à sua paleta de identidades. Concluiu que para as mulheres cujos locais de trabalho apoiaram os seus múltiplos papéis e identidades, se tornava mais fácil manter o trabalho como parte integrante do seu *self* quando iniciavam uma família, e com maior facilidade de resistir às normas veiculadas e exageradas da maternidade intensiva, uma ideologia que determina que

para uma mãe conseguir criar adequadamente um filho, deve despender grandes quantidades de tempo, energia e recursos e colocar as necessidades da criança antes das suas.

Deste modo, o suporte no local de trabalho pode ter um efeito considerável sobre os esforços de uma mulher para alinhar a sua identidade com as normas culturais de trabalho e maternidade. Segundo Giddens (2013), existem alguns atributos que são prioritários em relação a outras fontes de identidade, como o género, a identificação sexual ou a nacionalidade. A maternidade, ou ser mãe, é um desses atributos prioritários que determina não apenas a inclusão da identidade materna, na identidade pré-existente, como pela sua importância e carácter definitivo, passa a ter uma preponderância relativamente às restantes identidades.

Se refletirmos nos fundamentos do interacionismo simbólico, sabemos que as definições do *self* ou identidade não são construídas isoladamente, mas são sim influenciadas pelas normas sociais e moldadas nas interações com os outros, sendo por este motivo fundamentais para as mulheres que estão a viver a transição da maternidade, as culturas de trabalho e de suporte à maternidade das organizações onde trabalham (Garey, 1999). O mesmo autor argumenta que as políticas de trabalho flexíveis são cruciais, se estas forem inseridas numa cultura do local de trabalho que reconheça a identidade das mulheres como mães, evitando que estas vivam o dilema de escolher entre trabalho e maternidade. Acrescenta que os locais de trabalho que apoiam as decisões das mulheres para constituírem famílias são mais propensos a fortalecer a lealdade e o compromisso dos seus trabalhadores. Contrariamente, as mulheres que sentem ambivalência ou hostilidade no local de trabalho face à sua gravidez, podem perder a sua identidade proeminente de trabalhadora e sentir que ser apenas mãe é uma opção mais atraente.

Acreditamos que parte das mulheres sem filhos pode reagir positivamente a políticas familiares que ajudem a conciliar a maternidade com o trabalho, optando por serem mães. Corroboram esta opinião Tanturri & Mencarini (2008) que analisaram as relações do grupo, cada vez mais expressivo das mulheres sem filhos, caracterizado por uma forte preferência pelo trabalho e pouca atração pela vida familiar tradicional, com as questões laborais. Este estudo, conduzido em Itália, revelou que a difícil entrada no mercado de trabalho e a difusão de contratos de trabalho temporário, com a consequente precaridade no trabalho (fenómeno também presente no nosso país), são razões apontadas pelas participantes para terem protelado a maternidade.

O relatório da OCDE sobre o comportamento das famílias (OECD, 2011) dá conta que as taxas de emprego para homens e mulheres tendem a ser semelhantes quando se analisa a segunda década de vida, mas que o padrão muda quando se tornam pais. Em muitos países, incluindo Portugal, a taxa de participação feminina no emprego cai quando surgem as crianças nas famílias. Segundo o mesmo relatório, muitos empregadores esperam que as mulheres, independentemente do nível de escolaridade, se retirem, pelo menos temporariamente, do trabalho após o casamento e/ou o parto, e, portanto, são mais propensos a considerar as mulheres menos comprometidas com a carreira do que os homens. Como resultado, os empregadores têm menos vontade de investir em trabalhadores femininos e nas suas perspetivas de carreira, gerando-se um círculo vicioso: como as trabalhadoras têm menos incentivos para prosseguir uma carreira do que os homens, elas são mais propensas a abandonar o mercado de trabalho, reforçando assim o estereótipo da desigualdade de género no emprego (OECD, 2011).

Contudo, na atualidade e na maioria dos países desenvolvidos, os agregados familiares contam com os dois elementos - masculino e feminino - para garantir o sustento da família (OECD, 2011), o que torna por vezes impossível a saída de um deles do mercado de trabalho, o que por sua vez, condiciona a decisão de ter ou de protelar a decisão de ter filhos. Apesar de no estudo de Jokinen-Gordon (2012) os achados também indicarem que as mulheres durante a maternidade são penalizadas em termos de salários e de outros ganhos, os resultados relativos ao grupo de mães mais velhas, sugerem que as penalizações económicas associadas à maternidade são menos importantes para o bem-estar financeiro do que outros fatores.

Constatamos que a sociedade vai-se ajustando lentamente ao grave fenómeno demográfico e atualmente a legislação portuguesa²³ confere a ambos os progenitores a possibilidade de usufruírem em simultâneo da licença parental entre os 120 e os 150 dias. O período da licença parental inicial pode ser alargado, desde que, a seguir ao parto e após a licença parental inicial exclusiva de mãe (6 semanas obrigatórias), o seu gozo seja partilhado pelo pai e pela mãe, sendo que cada progenitor deve gozar pelo menos 30 dias seguidos ou dois períodos de 15 dias consecutivos. A «partilha» destina-se a garantir que pai e mãe possam

²³ Lei n.º 7/2009 - Código do Trabalho - artigo 53.º

assegurar alternadamente o acompanhamento do seu filho nos primeiros meses de vida, situação que é viabilizada pela licença parental inicial.

Em nosso entender esta legislação promove o envolvimento do pai nos cuidados ao recém-nascido, uma maior proximidade e envolvimento que favorecem a vinculação paterna e, por outro lado, proporciona uma maior equidade no desempenho das tarefas domésticas. Permite ainda que o pai reconheça as dificuldades referidas pelas mães, não só relacionadas com a sobrecarga de trabalho de cuidar do filho e da casa, como também do isolamento que o cuidar de uma criança impõe nos primeiros meses.

Com a entrada da mulher no mercado de trabalho a divisão dos papéis associados ao género tem vindo a esbater-se lentamente: não só a mulher passou a contribuir para prover o sustento, papel tradicionalmente masculino, como também o homem passou a estar mais presente e querer participar no desempenho dos papéis expressivos tradicionalmente femininos. A este propósito Tanturri & Mencarini (2008) alertam que a falta de igualdade de género na divisão de tarefas domésticas e nos cuidados aos filhos são fatores que contribuem para o adiamento ou a tomada de decisão de não querer ter filhos.

Por outro lado, a assunção do papel de trabalhadora na sociedade atual, colocou a mulher perante um conflito com os papéis de esposa e mãe, o que para Badinter (2010) a faz enfrentar uma tripla contradição: a primeira é social porque se trabalhadoras, as empresas dificultam-lhes e reprovam as sucessivas maternidades, se mães a tempo inteiro são subvalorizadas e arriscam-se a ser catalogadas como «desprovidas de interesse»; a segunda refere-se ao casal, porque a maternidade conflitua com a conjugalidade por não propiciar a vida amorosa; e a terceira contradição porque a mulher se encontra dividida entre o amor ao filho e os seus desejos pessoais, ou seja, a criança concebida como uma fonte de realização pode revelar-se um obstáculo a essa mesma realização.

Contudo, e apesar da legislação possibilitar à mãe ficar em casa nos primeiros meses, as participantes sentiram que estavam a viver uma vida anormal, pois os cuidados contínuos que precisam ser prestados ao bebé 24 sobre 24 horas, em prol do seu bem-estar e sobrevivência, foram frequentemente percecionados como um sacrifício. Por isso, e talvez porque o ser trabalhadora faz parte do seu *self* dominante, a maioria das participantes sentiu necessidade de manter algum tipo de contacto com o trabalho. Outras, apesar da legislação, não puderam usufruir desta licença por serem trabalhadoras por conta própria ou exercerem profissões liberais que não seriam remuneradas se gozassem a referida licença. Pelas suas

narrativas, a melhor opção que contemplaria o gosto por trabalhar, o sentir-se valorizada e também quebrar o isolamento, seria trabalhar a partir de casa e/ou em *part time*.

O afastamento do emprego foi receado pelas participantes por ser considerado pelas mesmas, fonte de realização pessoal e bem-estar. O bem-estar subjetivo durante a transição para a maternidade é na opinião de Margolis & Myrskylä (2015) um fator preditivo da paridade subsequente, isto é, uma queda no bem-estar em torno do primeiro nascimento prevê uma menor probabilidade de ter outro filho, também encontrado nos nossos achados.

Também corroborando os nossos achados relativos às dificuldades das mães vividas com o confronto com o lado obscuro da maternidade, Hansen (2012) alerta que as crianças embora sejam uma fonte de felicidade também são uma fonte de *stress*. Ainda segundo a revisão da literatura realizada por este autor os custos da parentalidade que interferem com o bem-estar e que remetem para a opção de não ter filhos foram: custos psicológicos associados às preocupações, cansaço, privação do sono, sacrifício e perda da liberdade pessoal (Twenge, Campbell, & Foster, 2003); custos conjugais que causam a discórdia e a insatisfação e que por sua vez se repercute na redução da atividade sexual, no afeto e quantidade de tempo passado em conjunto; custos financeiros importantes inerentes ao cuidar da criança (Stanca, 2009). Particularmente para as mulheres, mas também para os homens, a parentalidade pode ter custos relevantes em termos de carreira profissional, rendimentos e educação.

Também Nelson et al. (2014) corroboraram os nossos achados. Segundo estes autores a criação de uma criança pode proporcionar muitas oportunidades para o surgimento de emoções negativas, como preocupação, ansiedade, frustração e raiva, podendo reduzir o bem-estar dos progenitores. Dos fatores que contribuem para o surgimento de emoções negativas que comprometem o bem-estar dos pais, referem a privação do sono e a grande fadiga que conduzem à depressão e à diminuição da satisfação conjugal. Os mesmos autores apontam também como fatores que agravam o problema da privação de sono a escassa rede de suporte familiar resultante do afastamento geográfico das famílias de origem, bem como a grande participação das mulheres no mercado de trabalho associado a licenças de maternidade curtas. Por outro lado, sugere o mesmo autor, que ter filhos tem implicações económicas negativas nos orçamentos familiares, e por sua vez, a tensão financeira está associada a maiores taxas de depressão maternas, o que pode comprometer esta transição e o desenvolvimento harmonioso da identidade materna.

Os fatores descritos (o tormento da amamentação, a centração total no bebê, o receio do afastamento do companheiro e o receio do afastamento do emprego) ameaçaram esse bem-estar e contribuíram para o mal-estar das participantes.

Um dos achados relevantes deste estudo foi o fato deste confronto com um lado obscuro da maternidade ter sido surpreendente e desconhecido para as mulheres. Esta descoberta pode ter determinante na vivência da experiência, como também pode ser um fator decisivo para a tomada de decisão de não voltar a ser mãe. Nesta fase as participantes sentiram a sua identidade ameaçada ao serem abruptamente confrontadas com a sua vulnerabilidade associada à transição, com a discrepância entre a maternidade idealizada e a maternidade real, traduzidas na exigência de um papel materno maior do que o esperado. A dificuldade em perceber e desempenhar o papel materno, percebida pelas participantes ou pelos outros significativos, associada à percepção da disparidade em ser capaz de preencher as expectativas ou as obrigações inerentes ao papel, determinaram a insuficiência do papel. Estas dificuldades despoletaram sentimentos negativos de raiva, hostilidade, ansiedade, depressão, característicos da insuficiência do papel (Meleis, 2010, 2018), o que na opinião das participantes tornou a experiência ainda mais difícil, ao depararem-se com sentimentos e comportamentos desconhecidos e inesperados com os quais tiveram dificuldade em lidar.

No nosso estudo esta fase de identidade ameaçada e de insuficiência do papel se foi surpreendente e marcante para as participantes, também para nós o foi pela intensidade com que a percebemos. Pela nossa experiência com mães e como mãe, é comum haver um período de confronto com as dificuldades da maternidade, embora mais atenuado e ultrapassado mais rapidamente. Contudo, nos últimos anos temo-nos vindo a aperceber que as dificuldades das mães com mais de 35 anos, no pós-parto e ainda durante o internamento, são maiores do que as das mães mais jovens. Esta nossa percepção foi discutida e partilhada com enfermeiros da prática clínica.

Em nossa opinião este confronto com o lado obscuro da maternidade é um dado novo que requer atenção redobrada dos profissionais de saúde, pelo risco das mães desta faixa etária virem a adoecer, sobretudo a nível mental, comprometendo não só a sua saúde e bem-estar, bem como a ligação/vinculação, segurança, saúde e bem-estar da mãe e da criança e/ou dos outros filhos.

Impõe-se um maior esclarecimento e preparação das grávidas e dos companheiros para que os “desconfortos da maternidade” deixem de ser “um lado obscuro”, nomeadamente as

dificuldades com a amamentação, os distúrbios do sono e o cansaço extremo que tornaram a experiência tão difícil.

É nos primeiros 2 meses que estes “desconfortos” são mais intensos e aos quais se acrescentam a solidão e os sentimentos negativos já mencionados, pelo que se impõe um acompanhamento regular do enfermeiro especialista em saúde materna.

Em síntese, a maternidade, pela sua irreversibilidade implica um novo relacionamento intenso e para toda a vida e, por isso, tem um grande impacto na personalidade da mulher. A mulher que se torna mãe tem necessariamente de modificar várias áreas da sua identidade (Laney et al., 2015), nomeadamente a autonomia, aparência física, sexualidade e as suas ocupações (Nicolson, 1999), a sua auto percepção e o relacionamento com os outros (Steinberg, 2005). Na opinião de Laney et al. (2015) a prática da maternidade promove mudanças identitárias, porque as mulheres são confrontadas com as realidades da maternidade em justaposição com seus ideais de maternidade. Segundo Choi, Henshaw, Baker, & Tree (2005) identificar-se como mãe e desenvolver uma identidade materna envolve a integração dos ideais transmitidos culturalmente e interiorizados sobre como as mulheres acreditam que deve ser uma mãe com a realidade vivida da maternidade. Porém, nem sempre é fácil alcançar esse ideal, surgindo frequentemente sentimentos de culpa, como aconteceu com participantes do nosso estudo, ampliados muitas vezes pela ideia socialmente transmitida de as mulheres deverem experimentar apenas sentimentos positivos sobre a maternidade, ideia também partilhada por Marshall (1991).

Na nossa sociedade e cultura, também o conceito de maternidade prevalente e transmitido, é o de que através da sua experiência é possível conhecer um amor incondicional, um amor maior, amor puro, mas também exigente e difícil. Assim o seu desempenho tem duas faces: uma positiva, alegre, feliz, compensadora, e outra, habitualmente menos conhecida, menos consciente e menos falada, mais sombria, difícil e por vezes triste, opressiva, inquietante, perturbadora e de difícil expressão. A primeira corresponde ao estereótipo da maternidade feliz e gratificante, do que é expectável que uma mãe sinta, ou seja, corresponde à imagem ou representação que os outros têm de uma mãe e do comportamento que esperam dela. Por isso, as mães sentem-se obrigadas a desempenhar esse mesmo papel, por vezes já tão fortemente interiorizado através da cultura, das tradições, dos ritos de passagem, como uma máscara em que elas próprias sentem necessidade de representar para si próprias, sendo difícil distinguir entre o *eu verdadeiro* e o *mim*, aquele que quero que o outro veja, a

impressão que quero causar no outro, adotando o que Goffman chama de “*práticas defensivas*” ou “*práticas de proteção*”(Goffman, 1993, p.25). Estas “práticas defensivas” ou “práticas de proteção”, mais ou menos conscientes, servem para consubstanciar o papel ou papéis que representamos, para nós próprios e para os outros. É através desses papéis desempenhados na interação social que nos conhecemos e que conhecemos os outros e nos reescrevemos. Goffman chama a este conceito que temos de nós próprios, o nosso *eu mais verdadeiro*, o eu com que gostaríamos de nos parecer e o papel que nos esforçamos por viver, de *máscara* (Goffman, 1993). O mesmo autor avança com outro conceito – a *fachada*, que diz respeito ao desempenho do indivíduo de uma determinada atividade de forma intencional ou inconsciente. A “aparência, modos ou maneiras” da fachada pessoal são indicadores da função desempenhada pela informação que os estímulos correspondentes veiculam, sendo esperado que haja consistência entre ambos (aparência e modos). No fenómeno em estudo – a maternidade depois dos 35 anos, na fachada pessoal da mãe esperase que a aparência veicule a ideia de uma pessoa totalmente devotada ao novo papel, mesmo que isso implique por exemplo sacrificar a carreira profissional ou aligeirar o cuidado pessoal, e expresse sempre a alegria de ser mãe.

É por querer manter a máscara e a fachada que as participantes falaram longamente acerca das alegrias da maternidade, do amor que sentem pelos filhos, da gratificação que sentem ao desempenhar o papel, o papel consentâneo com as normas, o esperado e socialmente correto. E porque contrariava o papel esperado e socialmente aceite, o desvio à norma, é que inversamente se tornavam reservadas, lacónicas e pouco expansivas quando as convidávamos a falarem acerca do lado difícil, cansativo e penoso da maternidade. É por este motivo que por vezes se torna tão difícil confessar o inconfessável, ou seja, assumir “o lado obscuro e oculto” da maternidade que é indizível.

A dificuldade das participantes falarem do lado obscuro, pode também estar relacionada com a necessidade de discrição e de esconder a verdade, de serem contidas nas manifestações públicas, uma das características do narcisismo e individualismo contemporâneo, como refere Lipovetsky“ o narcisismo define-se menos pela explosão livre de emoções do que pelo encerramento em si próprio ou pela «descrição»” (2017, p.103), sendo que a descrição surge como a forma moderna de dignidade.

A terceira categoria do **Processo de Metamorfose da mulher em mãe depois dos 35 anos** diz respeito à discussão das estratégias e padrões de resposta utilizados pelas participantes

para fazerem face às dificuldades sentidas no desempenho do papel materno, descritas na categoria anterior, e que designámos por “**Cuidando de Si**”. Esta categoria agrupou as seguintes subcategorias: ter tempo para si; cuidar do corpo e da aparência; sair de casa; retomar atividades sociais de convívio e lazer; retomar hábitos e atividades do quotidiano e retomar o trabalho.

Nesta fase os padrões de resposta e as estratégias utilizadas pelas participantes tiveram como objetivo a recuperação da sua identidade que sentiram ameaçada anteriormente de forma a reequilibrarem-se, compensarem-se e a cuidarem de si. É uma identidade (re)valorizada pela necessidade de resgatar, acarinhar, reequilibrar e valorizar a identidade vulnerável e ameaçada da fase anterior. Pelas mesmas razões, foi nesta fase, por volta dos 2-4 meses que as participantes começaram a reconstruir com flexibilidade o seu quotidiano, a serem capazes de estabelecer uma rotina com novos horários, novas atividades e novos hábitos de convivência social, determinada e condicionada pelas necessidades da criança.

Nesta fase do processo as participantes desenvolvem ações preventivas ou terapêuticas de suplementação do papel para diminuir, melhorar ou prevenir a insuficiência do papel, percebidas anteriormente pelas participantes ou outros significativos, usando para isso estratégias de clarificação e de assunção /desempenho do papel (*role taking*) (Meleis, 2010).

Uma das estratégias referidas e mais vezes fotografada pelas participantes para obter bem-estar, de melhorar a autoestima foi o de terem tempo para si para cuidarem de si. Este “cuidarem de si” refere-se ao cuidarem do corpo e da aparência, poderem sair de casa, retomarem atividades de convívio e de lazer e retomarem hábitos do quotidiano. Trata-se de valorizar as suas próprias necessidades, esquecidas ou passadas para segundo plano, em virtude da priorização dos cuidados ao bebé. Carolan corrobora estes achados, constatando que a tendência para a abnegação das mães em favor das necessidades dos bebés numa fase inicial da maternidade, é substituída por uma consciencialização crescente das suas próprias necessidades, sendo uma delas a de ter “tempo livre” (2005, p.780).

Numa sociedade profundamente hedonista como refere Badinter (2010), a que acrescentaríamos narcisista, as mulheres ao tornarem-se mães deixam de se preocupar consigo mesmas para se esquecerem de si, em prol dos cuidados ao bebé. Habitadas a regerem-se pelos princípios do prazer e do culto da própria personalidade, a sociedade atual, altamente competitiva e exigente, acrescentou o culto da imagem e da beleza. Também Lipovetsky (2017) corrobora a nossa opinião de que a sociedade atual é pautada pelo

narcisismo e hedonismo. Para este autor, na época atual a que chama de pós-moderna, a sociedade reorganizou-se com uma preponderância do individual sobre o social. O individualismo contemporâneo pôs em causa e declinou os valores que promoviam o sacrifício e se regiam por imperativos do dever, e passou a reger-se pela procura do “bem-estar e pela dinâmica dos direitos subjetivos”, deixando de reconhecer a “obrigação de nos ligarmos a qualquer coisa para além de nós próprios”(Lipovetsky, 2017, p.21). Neste processo de mutação em curso das sociedades, a que Lipovetsky chama de «processo de personalização», assiste-se a uma rutura com os principais valores democrático-disciplinares, universalistas-rigoristas, ideológicas-coercivas, para uma outra em que prevalecem os valores hedonistas em que os comportamentos são geridos não “através da tirania dos pormenores, mas com o mínimo possível de coação e o máximo possível de opções, com o mínimo de austeridade e o máximo de desejo, com o mínimo de constrangimento e o máximo de compreensão”(Lipovetsky, 2017, p. 27).

O cuidado dispensado ao corpo e à imagem passaram a estar associados à noção de sucesso. O estereótipo da mulher com uma carreira de sucesso é uma mulher que associa à sua competência profissional uma imagem de vestuário, maquilhagem, cabelo, mãos e unhas impecáveis. Nas primeiras semanas de maternidade todos esses cuidados, mesmo os mais elementares como os de higiene, tiveram de ser relegados para segundo plano ou mesmo abolidos, face às exigências do cuidado ao recém-nascido. Nesta fase, as mães expressaram uma grande necessidade de retomar este cuidar de si, do corpo e da aparência, como forma de obter bem-estar, de se sentirem bem consigo próprias. Esta necessidade das mães com mais de 35 anos, no pós-parto, de investirem na aparência é um dado novo, não encontrado na literatura. Pensamos que este aspeto poderá estar relacionado com a rápida e recente mudança do paradigma da entrada da mulher no mercado de trabalho, em especial no acesso a cargos de chefia/de topo, até há bem pouco tempo exclusivos dos homens. Verificamos por fotografias ou filmes mais antigos que, de um modo geral, as primeiras mulheres a ascenderem a cargos de topo, se apresentavam sobriamente vestidas e arrançadas, de cores escuras, de certa forma semelhantes aos homens, como que escondendo a sua feminilidade.

Atualmente, as mulheres que desempenham esses mesmos cargos de topo são em maior número e o seu aspeto exterior realça essa mesma feminilidade. Há como que uma afirmação dessa feminilidade, através do uso de símbolos femininos como as roupas, os adereços ou a maquilhagem mais coloridas ou mais exuberantes. A mulher já não precisa, ou quer assemelhar-se ao homem, assume a sua identidade de género no trabalho e fora dele. A

questão de gênero surgiu como importante reflexão para o feminismo. No fim dos anos 1940, a filósofa francesa Simone de Beauvoir afirmou que “ninguém nasce mulher: torna-se mulher”(Beauvoir, 2015), ou seja são as circunstâncias sociais que levam a que uma mulher se identifique com o gênero feminino, aprenda e adote os comportamentos e papéis que socialmente lhe são atribuídos.

Por outro lado, o cuidar de si, significou também o readquirir a silhueta perdida com a gravidez ou tentar manter o bem-estar psíquico, prevenindo o adoecer mental que foi sentido como ameaçado na fase anterior de confronto com o lado obscuro da maternidade e, por isso, representa um volte face na direção das suas competências cuidativas, agora centradas em si mesmas.

Lipovetsky corrobora a nossa opinião quando afirma que o narcisismo promoveu o corpo “à categoria de verdadeiro objeto de culto” (Lipovetsky, 2017, p. 95), com o cortejo de solicitações e cuidados inerentes. Segundo o mesmo autor a representação social do corpo sofreu uma mudança profunda que passou da alteridade e materialidade para a identificação com o ser-sujeito, ou seja a pessoa: “o corpo já não designa a identidade uma abjeção ou uma máquina, designa a identidade profunda” (Lipovetsky, 2017, p. 96). Por este motivo (com a personalização do corpo), este ganha dignidade, deve ser respeitado e cuidado. Os cuidados que lhe são dispensados para o manter jovem, atraente, saudável, tornam-se um imperativo, um combate “tendo em vista a identidade a conservar sem hiato nem desgaste” (Lipovetsky, 2017, p. 97). Porém, para além desta personalização do corpo, o narcisismo tem uma função social de normalização e “o interesse febril que temos pelo corpo não é de modo nenhum espontâneo e «livre», obedece a imperativos sociais como a «linha», a «forma» (...)”(Lipovetsky, 2017, p. 98).

O culto da magreza sucedeu ao culto da corpulência das formas femininas, valorizado em épocas e sociedades anteriores por serem associadas à fecundidade. Atualmente ser mãe não constitui “o objetivo exclusivo da existência feminina, e já não é essencialmente através da função maternal que a identidade feminina se constrói”(Lipovetsky, 1997, p.135). Para o mesmo autor, a magreza é percecionada na nossa sociedade positivamente como sinal de vontade, autodomínio, sucesso, eficácia e controlo, qualidades geralmente atribuídas aos homens. O cuidar da aparência deixou de ser um “luxo culpado” apenas acessível a algumas mulheres, para passar a ser um “dever”(Lipovetsky, 1997, p.156), e a beleza “um imperativo da civilidade”(Lipovetsky, 1997, p. 157).

A silhueta perdida das participantes resultado da maternidade representa assim um duro golpe na sua identidade que urge reparar, reabilitar e reconstruir.

Neste cuidar de si o retomar hábitos e atividades do quotidiano como sair de casa, retomar atividades sociais de convívio e lazer ou retomar o trabalho, foram estratégias utilizadas pelas participantes para enfrentarem a solidão e a sobrecarga experienciada anteriormente, e, que assumiu grande relevância para sentirem bem-estar na sua experiência de maternidade. Para as participantes do estudo foi importante implementarem estratégias de revalorização da sua identidade que sentiram ameaçada na fase anterior. Conseguir algum intervalo nas tarefas inerentes à maternidade dedicando algum tempo para si em atividades como estar com os amigos, ir ao ginásio ou simplesmente sair de casa, foram estratégias promotoras de bem-estar usadas pelas participantes e também referidas por Currie (2009) durante o primeiro ano. Outras das estratégias promotoras de bem-estar identificadas pela mesma autora e que corroboram os nossos achados foi a procura de ajuda em particular da própria mãe e do marido e tentar organizar-se na gestão das tarefas diárias estabelecendo uma rotina diária e fazendo um planeamento das atividades. Para Lipovetsky (2017) o hedonismo cultiva a espontaneidade, desculpa o tempo livre, incentiva cada um a realizar-se sem constrangimentos e a aumentar o ócio, faz a apologia do movimento, da experimentação e da iniciativa, que conduzirão ao bem-estar do indivíduo, ao invés da imobilidade e da estabilidade. Esta necessidade de movimento também se revelou nas participantes, nomeadamente na participação noutras esferas do quotidiano já mencionadas anteriormente e não apenas as confinadas à casa e ao cuidar do bebé.

O desempenho da maternidade implica perdas e o conseqüente processo de luto pela incompatibilidade com outros papéis desempenhados anteriormente como salienta Mercer (2010). Para as participantes do estudo a perda de autonomia, o não sair de casa, não conviver, não cuidarem do corpo e da aparência, foram aspetos negativos geradores de *stress*, que fez com que se questionassem acerca da sua competência materna e não sentissem a experiência de maternidade como totalmente positiva ou pelo menos tão positiva quanto esperavam que fosse, ou que os outros esperavam que sentissem. Porque ainda não tinham incorporado a mudança nas suas vidas, poderemos considerar que nesta fase o processo de transição está inacabado, a reconstrução da autoperceção da identidade relativamente ao seu papel de mãe ainda não foi concluída, necessitando de um espaço temporal mais alargado (Kralik, Visentin, & Van Loon, 2006). Por esse motivo, quando se sentiram mais adaptadas às exigências da maternidade e ultrapassadas as dificuldades iniciais, sendo capazes de gerir

melhor o tempo e mais confiantes nas suas competências maternas, uma das grandes mudanças foi retomarem o cuidado de si, nas várias formas acima mencionadas. Nesta fase de recuperação, reequilíbrio e de compensação, a identidade ameaçada dá lugar a uma identidade valorizada, iniciando uma viragem com vista a uma transição de sucesso. O processo de metamorfose continua em marcha, entrando agora numa fase positiva que terá como meta alcançar a tão desejada identidade materna.

Na categoria seguinte do **Processo de Metamorfose da mulher em mãe depois dos 35 anos - Ser Outra/Transformando-se** as participantes procuraram reformular e reconstruir o seu papel de mulher, reestruturando comportamentos e responsabilidades e adquirindo novas competências para dar resposta às novas exigências de ser mãe. Este processo representa uma transformação, um ponto de viragem, em que as atividades e comportamentos são reformulados para aceitar o filho e o cuidado do filho como parte de si. É agora uma identidade renovada e aceite. No final desta fase, por volta dos 4/6 meses, já incorporaram a identidade materna e percecionam-na como tal. Também Mercer (2004) identificou o período por volta dos 4 meses como a altura em que as mães tinham alcançado a identidade materna.

Esta mudança interior de assunção de papel, tinha já sido iniciada desde o momento da decisão do “momento certo” e fases que se seguiram, é agora continuada, usando para isso estratégias de clarificação e desempenho do papel. Na clarificação do papel, entendida como “o domínio do conhecimento ou informação específica e indícios de desempenhar um papel” (Meleis, 2010, p. 18), as participantes reduziram a ambiguidade e o conflito resultante de alcançarem e transmitirem as expectativas relacionadas com o desempenho do papel pela aprendizagem, treino, observação e utilização de modelos e grupos de referência.

Os papéis sociais entendidos como “expectativas socialmente definidas seguidas pelas pessoas de uma determinada posição social” (Giddens, 2013, p. 29), são concebidos e assumidos pelos indivíduos, no decorrer de uma interação social. O desempenho do papel é influenciado pelo contexto em que o indivíduo se insere e onde se desenvolvem as interações sociais, embora não o determine. O mesmo autor acrescenta que a individualidade e a liberdade contribuem para que cada pessoa desenvolva um sentido de identidade e capacidade para pensar e agir de forma independente (Giddens, 2013).

No desempenho do papel, um conceito do interacionismo simbólico desenvolvido por George Herbert Mead (1934), e que Lindesmith & Strauss (1968) definiram como “a

assunção imaginária da posição ou pontos de vista de outra pessoa”(Lindesmith & Strauss, 1968, p.282), foram utilizadas as mesmas estratégias de aprendizagem, treino e utilização de modelos de referência. Para Meleis (2010) os processos utilizados para a clarificação e aprendizagem do papel são a comunicação e a interação social. Sendo centrais para a clarificação e desempenho do papel, a comunicação e a interação social são também essenciais para a suplementação do papel, porque é através da comunicação de símbolos que o papel evolui. As sessões de preparação para o nascimento, orientadas por enfermeiros, foram por isso referidas pelas participantes como um importante recurso por proporcionarem aprendizagem, treino, modelos e grupos de referência. Os enfermeiros para além de contribuírem para a aprendizagem teórica e prática das participantes, serviram de modelo de referência; o grupo de pares em si mesmo, ou seja, de outras mulheres em processo de transição para a maternidade, serviram igualmente de grupo de referência. Contudo, como já referimos anteriormente, consideramos de particular importância que nas sessões de preparação para o nascimento os enfermeiros facilitem a aquisição do novo papel maternal de forma saudável e diminuam a possibilidade de adoecer ao enfrentarem as mudanças decorrentes da transição para a maternidade, em particular no período crítico dos primeiros dois meses em que as mães são confrontadas com o lado obscuro da maternidade.

No nosso estudo, uma das dificuldades percebidas em particular pelas participantes que eram mães pela primeira vez, foi a falta de modelos de referência, de observação de outras mães no desempenho do papel materno, também referido por Badinter (2010), devido ao modelo de família nuclear que favorece o isolamento dos seus membros dos restantes familiares, à escassez de crianças no seio das famílias resultante dos baixos índices de fecundidade, como ainda pelo facto de para algumas das participantes muitas das amigas já terem sido mães há muito tempo. O relatório da OCDE também salienta o facto do envelhecimento populacional se repercutir num decréscimo das mulheres em idade fértil que associado ao adiamento da maternidade e ao aumento do número de mulheres que optam por não ter filhos (OECD, 2011), naturalmente diminui a probabilidade da aquisição de competências maternas através da observação e participação nos cuidados às crianças filhas dos familiares mais próximos. E mesmo para aquelas participantes que já tinham sido mães em jovens, foram-no quase sempre durante a adolescência, sentindo agora já terem perdido essas competências, e outras ainda nunca as detiveram, porque ao serem mães na adolescência foram as suas mães a assumirem a prestação dos cuidados aos netos.

Esta fase representou um ponto de viragem para as participantes que se sentiram mais seguras, autoconfiantes e capazes de lidar melhor com a maternidade, tanto com as exigências físicas do cuidado ao bebé, como com as exigências psicológicas. Pelas suas narrativas, identificámos mudanças a três níveis: na redistribuição dos afetos e reconstrução do quotidiano e no abdicar de si. Também Carolan (2005) identificou uma mudança na atitude materna, que considerou um ponto de viragem, de confronto para acomodação e de rendição às necessidades dos filhos, face à constatação da irreversibilidade do processo e um maior domínio das competências maternas.

Neste processo de transformação em “Ser Outra”, embora nem sempre consciente e por vezes até rejeitado, as participantes referiram sentir ter adquirido maior maturidade, terem crescido como pessoa e ser humano e terem maior capacidade de gestão do quotidiano. Darvill, Skirton, & Farrand (2010) corroboram a ideia de que a transição para a maternidade é uma oportunidade de desenvolvimento pessoal, um processo de crescimento e transformação relacionado com o envolvimento materno e envolvendo uma expansão do eu. McMahon (1995) no seu livro *Engendering Motherhood* defende também a tese de que a maternidade oferece a oportunidade de crescimento e desenvolvimento pessoal, tornando as mulheres melhores pessoas através de um processo de ressocialização em que o filho contribui para essa construção materna. A mesma autora advoga que o autoconceito da mulher se transforma com a experiência da maternidade, que as mulheres se sentem diferentes, inclusive sob o ponto de vista moral, ao tornarem-se mães, e, nesse sentido “os filhos criam as mães” (McMahon, 1995, p. 30). Acrescenta ainda que a maternidade “não só expressa a identidade de género, mas também permite que a mulher adquira uma identidade feminina enquanto pessoa capaz de amar, cuidar e ser responsável” (McMahon, 1995. p. 130).

A par da surpresa sentida inicialmente com a sobrecarga da maternidade e com os aspetos negativos, as mães sentem-se igualmente surpreendidas pelos seus sentimentos de ligação e amor para com o(s) filho(s). Corroborando estes achados Oliveira, Galdino, Cunha, & Paulino (2011) referem que as mães com mais de 35 anos detêm um maior nível de maturidade, contribuindo para que a mulher se sinta mais competente e segura para cuidar do filho e obtenha satisfação em estar com ele. Para Camberis, McMahon, Gibson, & Boivin (2014) a idade foi indiretamente relacionada à adaptação através da sua relação com a maturidade psicológica. Segundo estes autores a maturidade psicológica entendida como a resistência, desenvolvimento e resiliência do ego, foi associada a uma melhor adaptação na

gravidez e no período pós-natal, esta entendida como o apego à criança e a formação da identidade materna, o que os leva a sugerir que a maturidade psicológica pode ser um benefício na maternidade em idades mais avançadas. Carolan (2005) argumenta que as dificuldades iniciais destas mães, foram superadas pelas suas capacidades organizacionais e as experiências de trabalho que agora as fazem sentir com recursos, confiantes, capazes de tomar de decisões e de resolver problemas.

A par da surpresa sentida inicialmente com a sobrecarga da maternidade e com os aspetos negativos, as mães sentem-se igualmente surpreendidas pelos seus sentimentos de ligação e amor para com o filho que vão sentindo de forma crescente e à medida que os “desconfortos” com a maternidade vão sendo superados. Surge uma evidente preocupação com a redistribuição dos afetos com o objetivo de manter a estabilidade e coesão da família. Esta redistribuição dos afetos foi expressa pelas participantes através da necessidade de manter o amor do casal, de não atraiçoar o filho mais velho, não prejudicar os outros filhos, ser homogénea nos afetos, aprofundar as relações familiares e pela reaproximação e identificação com a mãe.

As mudanças decorrentes da integração de um novo elemento na relação a dois, implicam uma reavaliação e reestruturação da relação com o cônjuge/companheiro, uma das tarefas de desenvolvimento da transição para a parentalidade enunciadas por Canavarro & Pedrosa (2005) e Colman & Colman (1994), em que novos papéis são acrescentados aos já existentes. A chegada de novos papéis e funções, implica a sua integração num todo pré-existente, com a conseqüente reestruturação dos mais antigos, sendo um deles a perda do parceiro romântico para um companheiro com o novo papel de pai. Para Canavarro & Pedrosa (2005) torna-se necessário flexibilizar a aliança conjugal para formar a aliança parental. É uma transformação dos papéis incluindo a dimensão sexual que vai contribuir para a sua identidade renovada.

Para algumas das participantes do estudo, a criança serviu como um reforço da relação, como foi o caso das que decidiram ser mães para solidificar a relação ou então dar um filho ao parceiro que ainda não tinha tido a experiência da paternidade. Para outras, a maternidade e o bebé foram percebidos como uma ameaça à harmonia ou exclusividade do casamento. Também Stern & Bruschiweiller-Stern (1998) são de opinião que só por si, o nascimento de uma criança pode ser encarado como um reforço ou uma ameaça à relação conjugal .

O desequilíbrio sentido nas relações conjugais pelas participantes, decorrente da vivência da “fase obscura”, manifestou-se no receio de que essa instabilidade pudesse ameaçar o relacionamento a dois e vir a culminar num divórcio. Esta é uma ameaça real, corroborada pelo relatório da OCDE onde se lê “há menos pessoas a casarem-se, e para aqueles que se casam é provável que venham a divorciar-se” (OECD, 2011, p. 23). A diminuição da satisfação conjugal, uma reversão a papéis sexuais mais tradicionais e uma diminuição da auto-estima das mulheres, também referida por McGoldrick (1995) e Nelson et al. (2014), são os principais motivos para o afastamento do casal. Relvas corrobora esta opinião de que a transição para a parentalidade é acompanhada por uma diminuição da satisfação conjugal e uma regressão a papéis sexuais mais tradicionais; “mesmo nos casais em que nas primeiras fases do relacionamento a distribuição de papéis era mais igualitária, o nascimento de um filho empurra-os de volta a papéis mais tradicionais” (2007, p. 327). Conscientes da fragilidade das relações conjugais na nossa sociedade, uma das preocupações manifestada pelas participantes foi manter a perenidade do casamento, em particular as que já tinham uma experiência anterior de insucesso matrimonial. Como argumenta o mesmo autor o divórcio é vivido de forma mais intensa pelas mulheres do que pelos homens, porque abala profundamente a sua identidade feminina, identidade essa “ligada aos papéis familiares de cuidadora do marido, dos filhos e dos idosos” (Relvas, 2007, p. 305), e, porque foram educadas para serem esposas para a vida, um divórcio é sentido como uma falha, uma incapacidade e um duro golpe na sua identidade feminina. A este propósito McGoldrick explica que para as mulheres, como o seu *self* foi desenvolvido em torno de serem capazes de desenvolver e manter relacionamentos, “a ameaça de rompimento de um relacionamento muitas vezes é percebida não apenas como uma “perda de objecto”, mas como algo mais próximo à perda da própria identidade, requerendo assim uma transformação do eu e do sistema” (1995, p. 34).

Nesta nova identidade renovada, as participantes manifestaram igualmente a sua preocupação e cuidado em aprofundar as relações familiares, em especial a reaproximação e identificação com a mãe. Reavaliar e reestruturar a relação com os pais foi outra das tarefas de desenvolvimento da transição para a parentalidade enunciadas por Canavarro & Pedrosa (2005). Funcionando a mãe como principal modelo de comportamento materno para a mulher, para se adaptar ao papel materno a filha que agora se tornou mãe, reavalia a relação que estabeleceu com a própria mãe nas suas facetas mais gratificantes e nas mais dolorosas incorporando o que considera positivo e assumindo a diferença no que considera mais

negativo (Canavarro & Pedrosa, 2005). Por outro lado, como acrescenta Steinberg (2005), a maternidade pode servir como uma reconstituição ou reparação dos relacionamentos das mulheres com as suas mães, ou seja contribuir para a construção da identidade materna através de uma transição de sucesso, neste caso situacional de filha para mãe.

As participantes do estudo, referiram uma alteração no relacionamento com a própria mãe com quem sentiram haver uma reaproximação e identificação. Para isso contribuiu o suporte material e afetivo prestado pelas mães das participantes, também referido por Sílvia Portugal, marcados por valores familistas profundamente enraizados nas relações sociais, patentes nas representações sociais, práticas sociais e enquadramento jurídico que rege as relações familiares no nosso país (Portugal, 2014). Particularmente no caso da identificação com a própria mãe, as participantes agora sentem-se mais tolerantes e mais compreensivas, tendo ultrapassado as divergências e passando a valorizar não somente o apoio logístico e afetivo, como a experiência e exigência de maternidade das suas mães. Tornaram-se mais reconhecidas do investimento nelas feito e do qual só agora têm consciência. São pessoas mais maduras com uma identidade mais fortalecida.

A preocupação em serem capazes de desenvolver e manter relacionamentos não se limita às relações das mães com seus cônjuges ou parceiros, mas esteve também presente no cuidado e apreensão em não prejudicar os outros filhos, em particular nas mães que tinham filhos pequenos. Este foi outro aspeto muito presente nas fotografias recolhidas pelas participantes. As participantes verbalizaram o receio de poder estar a atraiçoar o filho mais velho, por terem agora de repartir a sua atenção, cuidados e amor com o filho recém-nascido e, por isso, uma grande preocupação em ser equilibrada e homogénea nos afetos. Reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s) foi assim outra das tarefas de desenvolvimento da transição para a maternidade das participantes, achado corroborado por Canavarro & Pedrosa (2005) que considera esta reavaliação e reestruturação com os filhos anteriores uma das tarefas de desenvolvimento da parentalidade e um reforço da identidade.

A chegada de mais um filho vem complexificar a rede de relações familiares e tornar a tarefa de assumir a identidade materna para incluir a nova criança mais exigente. No nosso estudo as preocupações das participantes com o nascimento de um segundo/outra filho estiveram relacionadas com as dúvidas acerca da sua capacidade física para cuidar de duas crianças em simultâneo, os sentimentos de culpabilidade, ao antecipar a reação do primeiro filho ao nascimento do irmão e a capacidade para amar duas crianças de forma igual, preocupações

também identificadas por Lederman (1996). Num estudo realizado por Chapman & Hart (2017) as mães também viam com alguma apreensão a aproximação do nascimento de uma segunda criança, por temerem perder o relacionamento exclusivo com o filho primogénito ou experimentarem sentimentos de culpa pelo fim do relacionamento exclusivo dos primogénitos com os progenitores. No pós-parto as mães expressaram preocupação com a separação do filho mais velho enquanto estavam no hospital, receando poder ser fonte de *stress* para o filho, mas contribuindo também para aumentar o nível de *stress* nas mães. Numa fase posterior, em que são em regra os pais a assumir papéis mais ativos na vida do primogénito, Chapman & Hart (2017) alertam que as mães podem sentir que estão a perder o contacto e a relação privilegiada que mantinham com o filho mais velho. No mesmo estudo as preocupações das mães estavam relacionadas não somente com o ajuste e adaptação da fratria, como também com a integração do recém-nascido no sistema familiar existente. Um outro estudo (Vivian, Geara, & Piccinini, 2013) confirma que as mães atribuíam grande importância a ajudar os primogénitos a aceitarem um irmão. Estes dois estudos vêm corroborar os nossos achados de que o nascimento de um segundo filho vem complexificar as inter-relações familiares, em especial das mães, não só em termos de tempo, como em envolvimento afetivo. Como o nascimento de um filho implica uma experiência de maternidade única, uma nova maternidade requer a renegociação e expansão da identidade materna que será renegociada e integrada no *self* da mulher, resultando numa nova personalidade e expansão dos papéis maternos (Mercer, 2004). Como afirma Giddens “a negociação constante do individuo com o mundo que o rodeia ajuda a criar e a moldar a sua noção de identidade” (2013, p. 30).

A preocupação das participantes em desenvolver e manter os relacionamentos, com o cônjuge e com o(s) filho(s) mais velho(s) e com a própria mãe, a par com o sentido de responsabilidade manifestado, leva-nos a concluir que as mulheres continuam a ser as “principais responsáveis pelos cuidados à família” (Portugal, 2014, p.165). Por outro lado, a ausência dos companheiros, referida pelas participantes, na responsabilidade e na execução nestas tarefas, leva-nos a pensar que as mulheres continuam a viver as suas vidas focadas num modelo de sociedade ainda muito tradicional, sendo o cuidar intrínseco ao papel de mulher, assumido em toda a teia de responsabilidade e de cuidados que envolvem a família e o lar.

Na opinião de Stern & Bruschiweiller-Stern (1998) estas mudanças operadas nos seus objetivos e prioridades são em parte responsáveis pelos complexos e por vezes contraditórios

sentimentos que as mulheres experienciam após o nascimento: alegria com a chegada do filho e tristeza pelo que ficou para trás. No nosso estudo, as participantes que no início da maternidade sentiram grande necessidade de cuidarem de si nas suas diferentes vertentes, nesta fase aceitaram prescindir de alguns desses cuidados à sua pessoa, priorizando o cuidado à criança, surgindo a aceitação da mudança, inicialmente percebida como uma perda. Esta mudança está de acordo com a teoria das transições de Meleis (2010) e de Mercer (2004), por implicar reestruturação de objetivos, comportamentos e responsabilidades, terem de fazer o luto pela perda de papéis anteriores, e ainda com uma das tarefas da maternidade elencadas por Rubin (1976): aprender a dar-se em benefício do filho.

Para esta fase de reequilíbrio das participantes, em que a sua identidade é renovada e aceite, contribuíram a clarificação e aprendizagem e desempenho do papel materno (Meleis (2010), reformulando as atividades e comportamentos para aceitarem o cuidar do filho como parte de si.

As participantes do estudo referiram a necessidade de manter a proximidade com o filho e obterem bem-estar em ter a criança junto a si. Outros autores corroboraram a importância da proximidade na satisfação materna. Por exemplo Bocknek (2006) descreveu a busca de proximidade pelas crianças em situações de *stress*, a receptividade e a responsividade materna a essa solicitação como um dos padrões de vinculação. Mary Ainsworth denominou esta fase de simbiose extra-uterina “a mãe faz parte do processo de gratificação. A alimentação não só satisfaz a fome, mas transmite ao bebé os sentimentos tácteis e cinestésicos de ter sido protegido; preserva a segurança da simbiose” (1969, p. 5), e considera a procura do contacto físico e a proximidade manifestações cruciais do apego, ou seja, são os reforçadores primários ou também denominados instintos primários, que permitirão uma vinculação segura. Para Ainsworth (1969) o processo de apego é bidirecional e implica interação, neste caso entre a mãe e o bebé. Já anteriormente John Bowlby (1958) tinha analisado a necessidade de contacto físico e de proximidade entre a mãe e a criança e tinha concluído que à semelhança dos primatas, esta tinha como objetivo promover a proteção e sobrevivência do bebé. A este propósito Bowlby (1969) argumentou que o bebé deve ativar o cuidado materno, através do sistema comportamental de ligação, enquanto a mãe deve responder à necessidade expressa do bebé, através do sistema comportamental de cuidados. O mesmo autor reconheceu que a capacidade de uma mãe para responder adequadamente às necessidades de apego do filho é afetada significativamente pela qualidade dos seus próprios relacionamentos de apego (Bowlby, 1969). A forma como foram desenvolvidos pelas

participantes os relacionamentos de apego e de vinculação com as suas figuras de referência, em geral a figura materna, foi, em regra, um elemento facilitador do desenvolvimento do apego e vinculação com os próprios filhos, da transição e da construção da identidade materna.

O bem-estar subjetivo segundo Busseri & Sadava (2011) é um conceito amplo que diz respeito à forma como as pessoas sentem e pensam sobre suas vidas e que pode ser dividido em bem-estar afetivo (presença de efeito agradável como, por exemplo, sentimentos de felicidade e ausência sentimentos desagradáveis como por exemplo humor deprimido), e o bem-estar cognitivo que diz respeito à avaliação cognitiva da vida em geral ou satisfação da vida na sua globalidade ou de domínios de vida específicos, com por exemplo, satisfação no trabalho ou satisfação conjugal.

Segundo a perspectiva psicológica de Deci & Ryan (2000) os seres humanos têm três necessidades básicas: a autonomia, entendida como a sensação de controlo sobre as próprias escolhas, a conexão, ou seja, a percepção de ligação e proximidade com outras pessoas e a competência percebida como capacidade e efetividade no desempenho. Para estes autores, é através da satisfação dessas necessidades que se promove um ótimo bem-estar e se assegura um processo de socialização saudável. Essa socialização é o canal de transmissão da cultura através das gerações ao longo do tempo que permitirá que as crianças indefesas e incapazes de sobreviver sozinhas à nascença desenvolvam o seu potencial, aprendam e se ajustem, num processo de interação que as ligará para sempre aos progenitores ou às suas figuras de substituição (Giddens, 2013, p.28). Também Nelson et al. (2014) argumentam que a paternidade/maternidade na medida em que melhora os sentimentos de autonomia, conexão e competência, deve estar associada a um maior bem-estar. Por outro lado, pode aumentar o nível de bem-estar através da sua influência na intensidade e variedade de experiências positivas, que ao crescerem e mudarem, as crianças trazem novidade, variedade e surpresa na vida dos seus pais.

A pouco e pouco, as participantes sentem prazer e gratificação com o desempenho do papel materno. As agruras passadas parecem ter-se esfumado e pertencer a um passado longínquo. Sentem-se completas e resultante deste processo emergiu uma outra pessoa que assegura as responsabilidades essenciais e básicas da sobrevivência, crescimento e desenvolvimento harmonioso do filho, tendo a consciência de ser uma mãe competente. Esta consciência da aquisição das suas competências maternas, é para Stern & Bruschweiler-Stern (1998) um

dos pilares da sua organização psíquica da maternidade e “acrescenta uma camada importante à identidade materna, camada essa que se forma silenciosa e progressivamente, mas que demonstrará ser um alicerce precioso para o futuro trabalho de mãe”(Stern & Bruschweiller-Stern, 1998, p. 120).

Este desfrutar a maternidade em plenitude foi conseguido pelas participantes por volta dos 4 a 6 meses, quando já conseguem gerir os afetos, abdicar de si sem que o sintam como uma perda e reconstruíram o quotidiano integrando e priorizando no seu dia-a-dia as necessidades do bebé. Nesta fase as participantes mostraram um predomínio de emoções positivas, nomeadamente mais descontraídas, seguras e confiantes. A sensação de estarem a desfrutar a maternidade em plenitude deveu-se à necessidade de manterem a proximidade com o filho, a sentirem-se competentes no desempenho do papel maternal, a gozarem a experiência e terem aceite o cuidado dos filhos como um papel de género, ou seja, nesta fase as participantes já incorporaram a identidade materna e percecionam-na como tal. Também Mercer (2004) considera que foi adquirida a identidade maternal quando existe a sensação de bem-estar. Segundo a mesma autora “a fase da identidade pessoal ou materna caracteriza-se pela sensação de harmonia, confiança, satisfação no papel materno e apego à criança. A mãe sente uma congruência entre o seu *self* e a maternidade à medida que os outros aceitam seu desempenho”(Mercer, 2004, p. 227). A substituição dos sentimentos negativos de ansiedade, insegurança, frustração, depressão, apreensão, ambivalência e solidão, pela sensação subjetiva de bem-estar, de mestria no desempenho do papel e da sensação de bem-estar nas relações interpessoais, foi reveladora de que a transição foi bem sucedida, e adquirida a identidade materna (Meleis, 2010; Meleis, 2018).

Laney, Hall, Anderson, & Willingham (2015) realizaram um estudo com o objetivo de investigar como a maternidade mudava a identidade das mulheres. Neste estudo os autores Laney et al. (2015) afirmam que na literatura recente a maternidade foi considerada autotransformadora por McMahon (1995), uma negociação entre identidades relacionadas a papéis por Graham, Commonwealth, Montgomery, Graham, & Montgomery (2004), autoexpansível ao desenvolver novas qualidades pessoais, aumentar a capacidade relacional e preocupação para os outros, criar uma sensação de continuidade, contribuir para as gerações mais novas, referido por Laney, Carruthers, Hall & Anderson (2014) e também por uma oportunidade de assumir uma nova identidade salientado por Ali, Hall, Anderson, & Willingham (2013). Laney et al. (2015) concluem que o processo de transição para a maternidade é complexo e que pode envolver um breve período de perda e transformação de

identidade para as mulheres quando se tornam mães. Este processo aparenta ser um processo único de transformação em que as mulheres expandiram suas identidades para incluir outra pessoa dentro dos limites do *eu*.

As considerações atrás referidas vão ao encontro do processo de transformação de mulher em mãe encontrado no nosso estudo e que apelidamos de Metamorfose. Nesta metamorfose a nova identidade materna é acrescentada à paleta de todas as restantes identidades, pré-existentes no repertório da mulher e adquiridas na sua trajetória de vida. Mesmo as mães que já o tinham sido anteriormente, sofrem uma transformação e integram uma nova identidade, já que é diferente de ser mãe de um, de dois ou mais filhos. Os filhos não só transformam a sua identidade, como passam a integrá-la.

Em síntese, para as participantes do nosso estudo, nem sempre foi fácil alcançar o bem-estar, havendo fatores facilitadores e fatores dificultadores da construção da identidade materna bem sucedida.

No presente estudo os fatores facilitadores da transição para a maternidade depois dos 35 encontrados estiveram relacionados com as condições pessoais das participantes, nomeadamente o desejo e o grande investimento no projeto de maternidade, um rigoroso planeamento do momento certo para ser mãe avaliando os prós e os contras dessa decisão, sentirem-se gratas e recompensadas por terem conseguido ser mães e uma maior maturidade emocional para lidar com as dificuldades do papel.

Os fatores dificultadores da transição para a maternidade depois dos 35 que emergiram no nosso estudo, estiveram, na sua maioria, relacionados com o confronto (inesperado) com o lado obscuro da maternidade e a preparação insuficiente que sentiram para lidar com essas mesmas dificuldades. No nosso estudo as dificuldades parecem ter sido percecionadas com maior intensidade pelas primíparas. Dentro dos fatores dificultadores destaca-se em particular, o tormento da amamentação, os distúrbios do sono, a exaustão, os cuidados ao bebé 24 horas por dia, dificuldade em lidar com o temperamento do bebé, diminuição da satisfação conjugal associado ao receio do afastamento do companheiro, e o afastamento do emprego pelo isolamento social e repercussões económicas que provocou, ou no caso de continuarem a trabalhar, a sobrecarga de cuidar de uma criança e manter a atividade laboral em simultâneo.

Outra das dificuldades foi terem relegado o cuidar do corpo e da aparência para segundo plano, em prol do cuidado ao bebé. As participantes verbalizaram ainda não terem sido

suficientemente alertadas e preparadas pelos profissionais de saúde para as dificuldades no desempenho do papel materno.

A maternidade pôs em confronto a identidade pessoal destas mulheres, construída com base nos valores narcisistas e hedonistas da sociedade atual, com a identidade materna em construção. Esta nova identidade em reconstrução, confrontou-as com valores normativos da sociedade patriarcal ainda vigente, na qual a maternidade representa ainda o ideal ideal feminino de apego, conexão, dependência e preocupação com os outros. Estes, por sua vez, conflitaram com os valores narcisistas e hedonistas, e a centração em si próprias, para as fazer deslocar o foco de atenção para o bebê.

Em nosso entender, contribuíram para a experiência da fase menos gratificante da maternidade a representação social da “boa mãe”, associada aos ideais e estereótipo da maternidade feliz, proporcionando um amor incondicional, maior e puro, em confronto com as realidades da maternidade, que fez com que algumas participantes verbalizassem não querer repetir a experiência, em particular as primíparas. Corroborando os nossos achados Choi et al. (2005) no estudo que conduziram, encontraram estas discrepâncias entre as expectativas e a realidade, demonstraram como as mulheres não estavam preparadas para a maternidade, e como suas expectativas eram baseadas em vários mitos que as conduziu a sentimentos de inadequação à medida que lutavam contra a discrepância do mito (da boa mãe) *versus* a realidade. No entanto, como não queriam ser vistas como inadequadas no desempenho dos seus papéis “empregavam ainda maiores esforços para se retratarem como supermães, superesposas e supertudo, para esconder o oposto” (Choi et al., 2005, p. 167).

Esta é uma realidade também encontrada no nosso estudo e talvez para nós o segundo achado mais relevante do estudo, a par do lado oculto. Ao serem mulheres com uma personalidade amadurecida e trajetórias de vida longa, recheada de sucessos, de experiências diversas e que se prepararam intensamente para a maternidade, espera-se que sejam também competentes e resilientes ao depararem-se com as dificuldades da maternidade. Porém, como comprovam os achados, as dificuldades no exercício e adaptação ao papel materno parecem ser maiores, mais longas e mais difíceis do que para as mães mais jovens. A explicação para este facto poderá residir nas elevadas expectativas que a sociedade e elas próprias colocam, antecipando um papel mais fácil e ignorando os fatores que contribuem para a insuficiência do papel na transição para a maternidade.

Por outro lado, a predominância no passado recente de uma cultura familista e pronatalista, com a existência de um maior número de filhos nas famílias, a par com a participação da mulher no mercado de trabalho e o continuar da assunção do cuidar dos filhos e das lides domésticas, expôs aos olhos das gerações mais novas, principalmente para as mulheres, as dificuldades e os custos, decorrentes da maternidade, e por isso, as mulheres atualmente não querem repetir e assim perpetuar esse modelo, desistindo ou adiando a decisão de ser mãe.

Em nosso entender, ser mãe na sociedade atual em que ainda prevalecem este ideal de modelo maternal de “boa mãe”, “boa esposa” e ao qual se acrescentou “boa trabalhadora”, é um papel mais exigente do que nunca. Acresce que os cuidados maternos já não são aprendidos pela observação e treino com outras mulheres no seio de uma família alargada (Badinter, 2010). Estes cuidados não só se tornaram mais desconhecidos para as mães, como mais difíceis e exigentes pelo maior conhecimento do desenvolvimento infantil e das necessidades das crianças, como também pela centração no(s) filho(s), que cada vez mais tendem a ser únicos e, por isso, fonte de grande investimento.

O processo de transformação de mulher em mãe encontrado no nosso estudo e que apelidamos de Metamorfose, resultou de um processo complexo, implicou perdas de papéis anteriores, negociação com a sua identidade de trabalhadora, substituição das características narcisistas e hedonistas pelas de altruísmo, abdicção em prol de outro. Neste processo de se tornar mãe, as participantes expandiram as suas identidades para incluir outra pessoa (o bebé) dentro dos limites do seu *eu*. Nesta metamorfose a nova identidade materna é acrescentada ao leque de todas as restantes identidades, pré-existentes no repertório da mulher e adquiridas ao longo do seu percurso de vida.

5. FORMULAÇÃO DE TEORIA ESPECÍFICA DE ENFERMAGEM DO PROCESSO DE METAMORFOSE EM MÃE DEPOIS DOS 35 ANOS

Após o processo analítico ter sido discutido demos por concluída a compreensão da experiência de maternidade depois dos 35 anos das nossas participantes, apresentado no capítulo anterior, avançamos com a análise para um nível superior, de teorização sobre o fenómeno em estudo. Com esta teorização pretendemos aceder e explicitar a compreensão do processo do fenómeno estudado: a maternidade depois dos 35 anos.

Optámos por designá-la como teoria específica do processo de metamorfose em mãe depois dos 35 anos porque “se foca num fenómeno específico de enfermagem que reflete a prática de enfermagem e que está limitado a uma população específica ou a um campo particular da prática”(Meleis, 2018, p. 34), estando assim o fenómeno contextualizado historicamente e socialmente em estruturas temporais, sociais e políticas.

Fiéis à perspectiva construtivista de Charmaz (2014) que optámos por seguir no estudo, demos prioridade ao fenómeno, estudando o *como* e o *porquê* de as participantes terem construído os significados e ações nas situações específicas da sua experiência, olhando para os dados e respetiva análise criados a partir das experiências partilhadas e relações com as participantes e outras fontes de dados (Charmaz, 2014, p. 239).

O conhecimento produzido resulta de uma análise subjetiva dos dados em que os pontos de vista do investigador contribuíram para a co-construção dos dados e do rumo tomado na sua análise e em que essa co-construção dos dados foi um processo mútuo de interação realizado com as participantes. O resultado é uma interpretação daqueles dados, daqueles participantes, naquela situação e, por esse motivo não podem ser generalizáveis.

Para a formulação da teoria específica de situação seguimos as orientações e os passos descritos por Tomey & Alligood (2004), nomeadamente: descrição do processo / do fenómeno da maternidade tardia, definição dos conceitos estruturantes, explicitação das relações e ligações entre os conceitos e por último a enunciação dos postulados.

5.1. Descrição do processo / do fenómeno da maternidade tardia

Ao processo de transformação de mulher com mais de 35 anos em mãe, ou no caso de já ser mãe sê-lo novamente, agora de dois ou mais filhos, chamámo-lhe de **metamorfose**, à semelhança do que acontece com alguns exemplares do reino animal que, através de mudanças sucessivas se transformam noutra ser distinto do que o originou, como é por

exemplo o caso da lagarta que se transforma em borboleta. No nosso caso, de transformação de mulher em mãe, a transição não é tão brusca, espetacular ou visível assinalada por fases bem demarcadas no tempo ou nas transformações em si mesmas. Pelo contrário, são mudanças que se vão operando umas vezes lentamente, outras vezes, abruptamente, sequenciais, mas, por vezes, também simultâneas, sem espaços temporais rígidos, com recuos e avanços na assunção do seu papel, porque cada mulher é única e diferente da outra, tal como as circunstâncias que originaram a sua gravidez e a vivência da maternidade. Como refere Giddens “ Cada um de nós no decurso da socialização, desenvolve um sentido de identidade e a capacidade para pensar e agir de forma independente” (2013. p. 29). Contudo, a maternidade vai originar mudanças profundas nas mulheres que são mães, e, jamais serão iguais ao que eram antes de o terem sido.

A metamorfose em mãe depois dos 35 anos é assim um processo de transformação identitária, que se inicia com a consciencialização do desejo de ser mãe e que culmina com a incorporação saudável da identidade materna. Caracteriza-se, como ilustra a Figura 12, por um processo evolutivo na assunção e desempenho do papel materno, com pontos de viragem/momentos-chave, a que correspondem fases de transição e transformações identitárias, em que no final a mãe tem a sensação de competência e de bem-estar no desempenho do papel, embora não tenha sido um processo de fácil consecução.

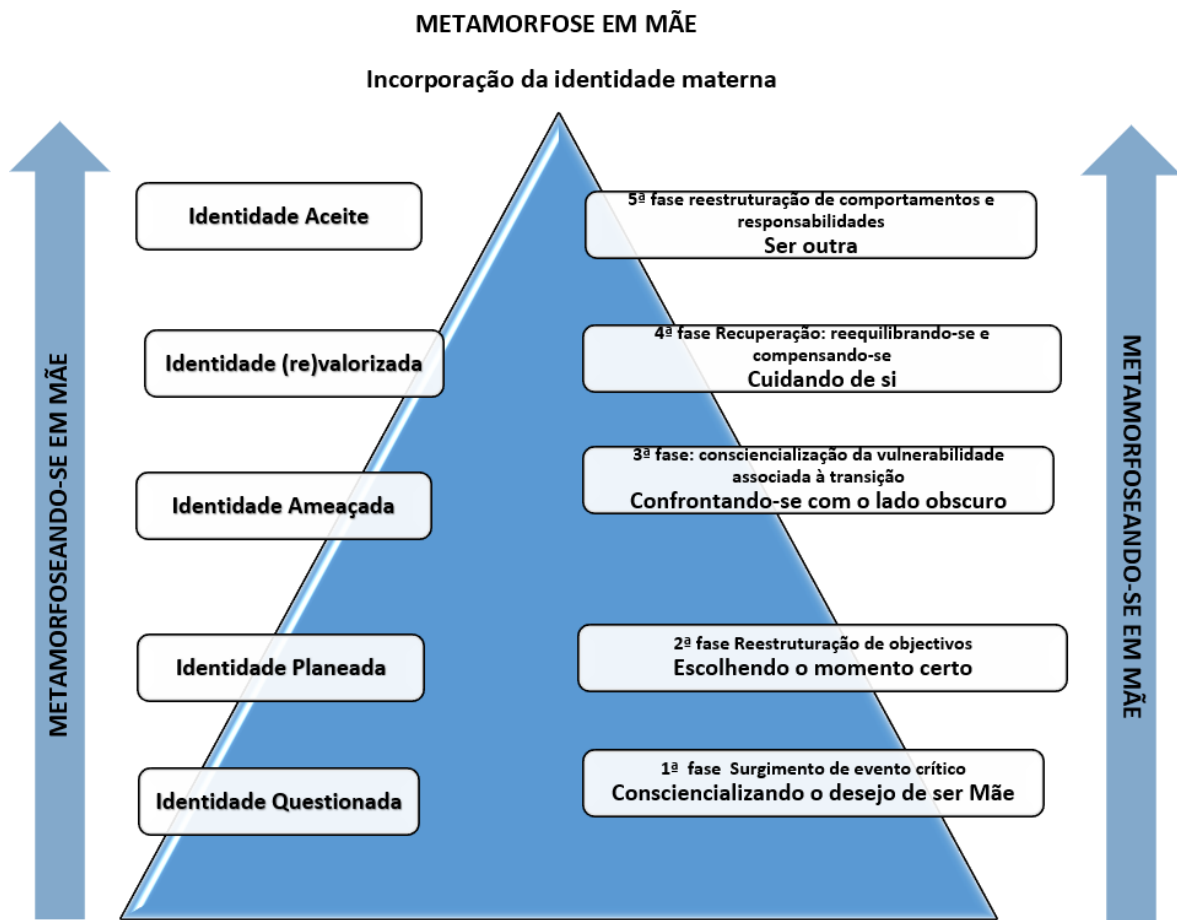


Figura 12 - Modelo compreensivo que representa o processo de Metamorfose em Mãe depois dos 35 anos

O processo de transformação foi operado através de um longo caminho de mudança, com pontos de viragem que representaram os momentos-chave que foram momentos críticos e indutores de mudanças interiores. Os pontos de viragem ocorreram no decurso dos seguintes processos que designámos por: consciencializando o desejo de ser mãe, escolhendo o momento certo, confrontando-se com o lado obscuro, cuidando de si e ser outra. Neste processo de transformação, cada uma das categorias representa uma fase/etapa do processo de transição que culminará na metamorfose em mãe. Deste modo, as categorias que integram o processo de “Metamorfose em Mãe” nesta transição, desenrolaram-se segundo os marcos que Meleis (2010) descreve inerente às transições da vida nomeadamente: surgimento do evento crítico, reestruturação de objetivos, consciencialização da vulnerabilidade associada à transição, recuperação através do reequilíbrio e compensação, reestruturação de comportamentos e responsabilidades e incorporação da identidade.

O início do processo da metamorfose da mulher em mãe depois dos 35 anos é despoletado pelo surgimento da gravidez ou o desejo de engravidar. Este evento crítico mudará a vida e a identidade destas mulheres que se começam a autointerrogar, pois a partir daí iniciam uma viagem sem retorno em que nada será como dantes.

Perante a constatação deste facto, e com a decisão de avançar com a gravidez, torna-se imperativo a reestruturação de objetivos e de prioridades nas suas vidas, escolhendo criteriosamente o momento certo para o fazer. A escolha de ser mãe e do momento certo para o fazer é um ponto de viragem nas suas vidas que implica a passagem da identidade questionada para uma identidade planeada.

Os novos desafios e exigências de cuidar de um bebé recém-nascido, de lidar com o choro e, por vezes, o seu temperamento difícil, o tormento da amamentação, a centração total no filho, são fatores que a afastam do marido/companheiro, dos amigos e do emprego, revelam-lhes um lado obscuro da vivência da maternidade que desconheciam, embora tivessem ouvido falar aos amigos, a par com as dificuldades sentidas no desempenho do papel maternal. Este lado oculto revela as dificuldades vividas e a consciencialização da vulnerabilidade associada à transição e fatores que a afetam é, por isso, uma nova fase deste processo experienciado pelas mulheres com surpresa e sentimentos negativos, que as leva a sentirem-se enclausuradas e a sua identidade ameaçada. Esta ameaça é geradora de sofrimento perante o confronto solitário com as suas inseguranças, cansaço e desilusão face às expectativas acalentadas. Sentem que estas dúvidas e estados de alma não podem ser expressos publicamente, pois não seriam entendidas face à aura que a maternidade incorpora hoje numa sociedade envelhecida.

Para ultrapassar esta fase negativa as mães tentam gerir os fatores de stress, mobilizando recursos e estratégias de reequilíbrio e de compensação que visam a sua recuperação. Estas estratégias centram-se em cuidar de si, que envolve o cuidar do corpo, do espírito, sair de casa e retomar a vida social suspendida na etapa anterior e denotam uma nova fase de uma identidade (re)valorizada.

Numa fase seguinte as mães focam-se na reestruturação de comportamentos e responsabilidades, numa redefinição e mudança de papéis que deem resposta às insuficiências percecionadas. Ser outra, representa a transformação que se opera nestas mulheres que reconstroem o seu papel de mulher face às exigências da maternidade,

reconstruindo o cotidiano, abdicando de si e redistribuindo os afetos, estratégias estas geradoras de uma nova identidade agora aceite e com a qual se sentem amadurecidas.

As mães sentem agora que os padrões de resposta utilizados e que conduziram a mudanças, redefinição e clarificação de papéis foram eficazes, produzindo resultados positivos, nomeadamente a sensação de bem-estar em ter o filho próximo de si, em sentirem-se competentes no desempenho do papel materno e em aceitarem o cuidar do filho como um papel intrínseco à sua condição de género. Ou seja, nesta fase há a incorporação da identidade materna em que a mulher desfruta plenamente a sua maternidade e o processo de transição está concluído: a mulher metamorfoseou-se em mãe, adicionando a identidade materna à sua identidade pessoal (Figura 12). Quando os recursos não são suficientes e as estratégias são inadequadas e ineficazes, resulta a decisão da mulher de não querer ter mais filhos.

Esta metamorfose revelou ser um processo experienciado de forma agridoce pelas participantes. Se no final da transição as participantes descreveram a experiência como gratificante, compensadora, positiva, alegre e feliz, também verbalizaram ter vivido períodos de sofrimento, tristeza, angústia, raiva, perda de controlo, solidão, dúvida, incerteza e medo. Contribuíram para estes sentimentos negativos e para as dificuldades experienciadas pelas participantes, a prevalência na sociedade atual do modelo maternal de “boa mãe”, “boa esposa” e de “boa trabalhadora”, que tornou o desempenho do papel mais exigente e que colocou em conflito a sua identidade pessoal de trabalhadora com a identidade materna. Por outro lado, os valores narcisistas e hedonistas, prevalentes na sociedade atual, estão em oposição ao altruísmo, espírito de sacrifício e abdicção, característico do ideal de “boa mãe”. A assunção do papel social de “boa mãe” no decurso das interações sociais, leva a que as mães se sintam obrigadas a desempenhar esse papel fortemente interiorizado, como uma máscara em que elas próprias sentem necessidade de representar para si próprias, tornando-se-lhes difícil distinguir entre o *eu verdadeiro* e o *mim*, aquele que querem transmitir aos outros.

Este processo iniciado com a consciencialização do desejo de ser mãe, foi concretizado na escolha do momento certo, seguido do confronto com o lado obscuro da maternidade, a necessidade e exigência de o ultrapassar, pelo que cuidando de si foi a estratégia mobilizadora que garantiu o ultrapassar desse lado obscuro, na maioria dos casos, para se transformar numa outra pessoa capaz de gozar em plenitude da experiência da maternidade.

Baseados nos achados, na literatura e experiência profissional e pessoal do investigador, em termos temporais identificámos as seguintes fases vividas pelas participantes (embora não rigidamente sequenciais, porque como já referimos anteriormente cada mulher experiencia a maternidade de forma diferente e as fases podem até ser simultâneas):

- 1ª fase: anterior à gravidez com a consciencialização do desejo de maternidade;
- 2ª fase: planeamento da gravidez e do momento certo para engravidar;
- 3ª fase: 1ºs 2 meses após o parto – consciencialização da vulnerabilidade associada à transição com a descoberta da face oculta e obscura da maternidade;
- 4ª fase: 2 a 4 meses após o parto – reequilíbrio e revalorização de si através do cuidar de si;
- 5ª fase: depois dos 4 meses após o parto – reestruturação de comportamentos e responsabilidades para atingir um novo conceito de si;
- 6ª fase: conclusão do processo: 4 meses até 1 ano –aceitação e incorporação da identidade materna.

Até o processo de transição estar concluído e ser alcançada a identidade materna, a identidade das participantes foi sofrendo alterações, embora nem sempre as mães estivessem conscientes desse processo de **transformação identitário**. Às fases deste processo de transformação identitário denominámos de identidade questionada, identidade planeada, identidade ameaçada, identidade (re)valorizada, identidade aceite e identidade incorporada. Estas transformações nas suas identidades surgiram da antecipação do papel materno, da constatação da insuficiência do papel, da necessidade de suplementação e de clarificação do papel, descritas por Meleis (2010) e que fazem parte das fases anteriormente mencionadas, como mostra a Figura 12.

5.2. Definição dos Conceitos Estruturantes

Com base no acima exposto, construímos a teoria específica de situação da experiência de transição para a maternidade depois dos 35 anos, ou seja, da Metamorfose em Mãe nesta faixa etária, recorrendo às narrativas e significados acerca da vivência da maternidade das participantes e a nossa própria interpretação e dos conceitos teóricos de Maternidade, Identidade, Metamorfose e Feminismo, que representam os conceitos estruturantes que definem e caracterizam esta teoria.

Assim entendemos por **Maternidade** o desempenho e assunção do papel maternal nas vertentes de proteção, prestação de cuidados e ligação psico-afetiva, que fazem com que a mulher se sinta e comporte como mãe; por **Identidade** entendemos o conjunto das características do indivíduo que o tornam único e diferente do outro e que contribuem para a sua perceção do *eu (self)*; por **Metamorfose** percebemos o processo de mudança da mulher em mãe, que ocorre através de sucessivas transformações identitárias, até a identidade materna ter sido integrada no seu *self*; e por **Feminismo** entendemos as teorias, conceitos e movimentos centrados na desigualdade de género que procuram reduzir essa desigualdade e conflito social daí resultantes, nomeadamente nas estruturas e as condições que aumentam a estratificação ou as desvantagens das mulheres em todas as sociedades e culturas.

O conceito de maternidade baseia-se na representação social do mesmo que funciona como um sistema de interpretação da realidade (Santos, 1995), que regula as relações das mulheres no seu ambiente físico e social, determina os seus comportamentos e as suas práticas, sendo um guia para a ação, orientando as ações e as relações sociais. A maior ou menor concordância com a representação social da maternidade irá facilitar ou dificultar a aceitação da mudança de papéis e das subseqüentes transformações identitárias que constituem o processo de metamorfose destas mulheres, até incorporarem a identidade materna no seu *self*. A igualdade de género promovida pelo feminismo, contribui positivamente para reduzir as desvantagens das mulheres e o conflito identitário resultante da assunção de vários papéis.

A teoria específica apresentada, pretende desocultar realidades ocultadas pela sociedade e, particularmente pelas mulheres ao longo dos anos, para melhor compreender como se processa o fenómeno da experiência de transição para a maternidade depois dos 35 anos.

Uma melhor compreensão deste fenómeno permitirá que o sistema de saúde esteja atento aos fenómenos sociais, se ajuste e mude práticas ancestrais e não se limite a incorporar mudanças tecnológicas. De igual modo e para que a maternidade seja estimulada e acarinhada, mas que tal não seja feito à custa de sacrifícios unicamente das mulheres, também as famílias e a sociedade precisam de ir substituindo as suas representações e valores patriarcais vigentes por outras regidas por valores de igualdade entre os géneros.

Com a reflexão sobre esta compreensão do fenómeno poder-se-ão melhorar os modelos de intervenção específicos de cuidados de enfermagem através da incorporação dessa compreensão dos processos vividos, numa melhor adaptação desses cuidados a prestar a mulheres em situação de maternidade e aos seus companheiros/cônjuges.

5.3. Enunciação dos postulados

Decorrente desta teoria específica do processo de transformação identitário “Metamorfose em Mãe” depois dos 35 anos, formulamos os seguintes postulados:

- a identidade feminina ainda é construída e alicerçada no desempenho dos papéis da função maternal;
- a constituição de uma família e a perpetuação dos genes, constituem-se como uma das finalidades/ uma das funções do papel assumidas pelas mulheres;
- o desempenho dos papéis expressivos, de desenvolvimento e manutenção de relações, e, de responsabilização pelo cuidar dos outros elementos da família são valores e papéis de género feminino passados de mães para filhas;
- a entrada no mercado de trabalho e o aumento das qualificações académicas, vieram confrontar as mulheres com valores e papéis tradicionalmente masculinos, e questionar a identidade feminina;
- no decurso do último século, as mulheres desenvolveram a sua identidade profissional e de trabalhadora;
- o desenvolvimento da identidade trabalhadora da mulher está em conflito com a sua identidade feminina, em particular com a identidade materna;
- os valores da sociedade patriarcal, nomeadamente a desigualdade de género, embora com menor expressão na sociedade atual, tendem a acentuar-se, quer nas mulheres, quer nos homens, após o nascimento dos filhos;
- as transformações da sociedade também se repercutem nos homens que atualmente manifestam interesse em desempenhar papéis expressivos – habitualmente desempenhados pelas mulheres - no exercício da sua paternidade;
- o adiamento da maternidade pelas mulheres, resultando numa maternidade tardia, é um fenómeno da sociedade atual que resulta num conflito entre as identidades feminina e trabalhadora;
- o espírito de abnegação e de sacrifício das gerações anteriores são incompatíveis com os valores narcisistas e hedonistas de hoje que valorizam a autorealização, autoimagem, culto do corpo, da aparência, do prazer, da estabilidade financeira, do conforto e do individualismo;

- as mulheres de hoje não querem reproduzir o papel das avós confinadas à casa, criar os filhos e cuidar dos idosos, nem tão-pouco os das suas mães que acumularam esses mesmos papéis com os de trabalhadoras; este conflito é vivido de modo não explícito e por vezes inconsciente o que é fator de desconfortos familiares e sobretudo no relacionamento do casal;
- as dificuldades da maternidade (lado obscuro), são intencionalmente silenciadas e ocultadas pelas mulheres pelos valores vigentes onde os homens ditam as regras sociais, por considerarem fazerem parte do papel feminino, numa atitude de aceitação, abnegação, sacrifício e aceitação tácita do papel de género;
- as mulheres enquanto género/grupo mais diferenciado, tenderá a dar prioridade à sua identidade de trabalhadora em detrimento da identidade feminina cujo papel principal é o reprodutor;
- o papel reprodutor perderá ainda mais importância/preponderância na identidade das mulheres, a não ser que a maternidade seja valorizada, apoiada e não conflitue com o trabalho.
- as tendências atuais e o interesse crescente de novas formas de reprodução, de que são exemplo a maternidade de substituição, inseminação artificial ou a clonagem, poderão indiciar o início de uma nova era em que a maternidade deixará de ser o núcleo central da identidade feminina.

Em síntese, compreende-se pela teoria exposta que o processo de metamorfose em mãe, nas mulheres com mais de 35 anos, desocultou dificuldades na sua experiência decorrentes das transformações sociais ocorridas no passado recente. Destas, emergiram transformações identitárias associadas ao género, que conflituam com os papéis transmitidos pelas gerações anteriores e ainda esperados por uma sociedade presa aos valores do passado.

6. REPERCUSSÕES DO ESTUDO

Ao longo do capítulo procuraremos analisar as repercussões do estudo na prática, investigação e docência e identificar o modo como nesses contextos os enfermeiros, podem facilitar a aquisição de novos papéis de forma saudável que diminuam a possibilidade de adoecer ao enfrentar as mudanças decorrentes da transição para a maternidade depois dos 35 anos das mulheres, e assim auxiliarem-nas a alcançar o bem-estar.

A maternidade enquanto fenómeno social existiu desde sempre, contudo, como todos os outros fenómenos sociais tem sofrido mudanças que decorrem do contexto/circunstâncias e cultura, atores envolvidos e a própria evolução da sociedade. O que é novo é o fenómeno do adiamento da maternidade, uma tendência que se tem vindo a generalizar e a manter nos países desenvolvidos, incluindo Portugal.

O adiamento da maternidade é, em nossa opinião, uma tendência que irá continuar e até acentuar-se porque os fatores pessoais, sociais e culturais que a determinam, continuam presentes. Em particular, o controlo feminino da reprodução com o advento da pílula contraceptiva, permite-lhes escolher entre a maternidade e outras atividades sem reprimirem a sua sexualidade, libertando-as do peso da reprodução e do domínio masculino. Esta liberdade, da qual em nosso entender não irão desistir, facultou-lhes o acesso a outras esferas como a educação e o emprego, até há pouco exclusiva dos homens, tornando-as iguais a eles.

O surgimento deste novo fenómeno social – o adiamento da maternidade – fez emergir novos problemas e desafios, até agora inexistentes ou com pouca expressão, como os problemas de (in) fertilidade, uma maior incidência de riscos e patologias maternas e fetais, a necessidade de maior vigilância do ciclo gravídico- puerperal ou o decréscimo das taxas de natalidade e de fecundidade.

Os nossos achados revelaram que a aceitação da maternidade em idades tardias é uma realidade social que domina as decisões de maternidade das mulheres, e, apesar da evidência e realidade biológica ser a redução da fertilidade e o aumento das complicações médicas, os discursos sociais impedem, ou pelo menos limitam e dificultam, as mulheres de reconhecerem esse facto. Os riscos médicos associados à idade materna avançada são subvalorizados pela noção de que as mulheres podem escolher quando começar uma família.

Associada a esta tendência não só estão em causa os problemas de sustentabilidade social decorrentes das alterações demográficas, em especial a não renovação geracional, com o

consequente envelhecimento da população, como também o decréscimo do capital humano quer em termos quantitativos, como em termos qualitativos, no que diz respeito à eventual diminuição da inteligência humana sugerida por alguns autores.

Somos de opinião de que para reverter esta tendência, há que investigar, esclarecer, motivar e dar condições às gerações futuras de mães, para que possam encarar a maternidade como uma tarefa recompensadora, gratificante, promotora de desenvolvimento pessoal, e simultaneamente valorizada e reconhecida pela sociedade como necessária e indispensável, cuja nobreza ultrapassa os objetivos da realização pessoal, para de um modo maior contribuir para a melhoria e continuidade da espécie humana.

Contudo, a maternidade não pode ser entendida e encarada como um assunto exclusivo de mulheres. A maternidade é um processo que na maioria das vezes decorreu de um projeto a dois, de um homem e uma mulher que decidiram ser pais, e, por isso, os homens enquanto futuros pais não devem ser esquecidos ou relegados para segundo plano. A evidência científica é escassa e tem sido dado pouco relevo à figura paterna ao seu envolvimento no projeto de parentalidade, embora o papel do pai seja indiscutivelmente importante e haja indícios de que os pais estão mais disponíveis, cooperantes e envolvidos no projeto de criar um filho.

Pelo exposto as sugestões que apresentamos para a prática profissional, ensino e investigação, decorrem da necessidade de investigar, esclarecer, motivar e dar condições enunciadas anteriormente e que são norteadas por objetivos claros, nomeadamente:

- investigar para aumentar o conhecimento acerca da maternidade e paternidade e do fenómeno do adiamento da maternidade;
- esclarecer, em especial os jovens, acerca do declínio da fertilidade, riscos, resultados da maternidade (e paternidade) depois dos 35 anos, dificuldades e exigências associadas à maternidade, para que possam planear e tomar decisões informadas e conscientes acerca da sua reprodução/do seu futuro reprodutivo;
- motivar os jovens de forma a tornar a maternidade uma tarefa desejada, interessante e recompensadora. Trabalhar no sentido de mudar mentalidades – passar do paradigma que associa a maternidade a um “dever” desprovido de interesse e de valor, para algo desejável e valorizado. Educar a sociedade para a igualdade de género, promovendo uma maior participação dos homens nas tarefas parentais e apoio da mulher, principalmente durante a fase obscura da maternidade;

- dar condições - tornar possível a maternidade sem prejuízo dos atores envolvidos (mães e pais), apoiando a parentalidade a nível económico e social, por exemplo com descontos fiscais, melhores condições laborais que permita aos progenitores, mas em especial às mães, trabalhar em part-time ou em casa sem prejuízo da carreira, licença de paternidade obrigatória de maior duração, e políticas sensibilizando os agentes e decisores políticos a tornarem possível a operacionalização do apoio e incentivo à maternidade, com medidas concretas, como por exemplo legislação.

Como salienta Meleis (2010) as transições são um conceito central em enfermagem com repercussões a nível da investigação, prática, educação e políticas. Decorrentes das necessidades atrás mencionados, apresentamos as sugestões para a prática profissional, ensino e investigação que em nosso entender contribuirão para *melhorar os modelos de intervenção específicos de cuidados de enfermagem a mulheres em situação de maternidade depois dos 35 anos*, de forma a responder à finalidade do nosso estudo.

No que concerne à **prática profissional**, sugerimos que os Enfermeiros de Cuidados Gerais e em especial os EESMOs (Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia), porque são eles que detêm as competências para acompanhar a mulher no seu ciclo reprodutivo, desenvolvam as suas atividades, de modo a:

- Promover cuidados holísticos e sensíveis, centrados nas pessoas e para as pessoas;
- Respeitar as opções individuais de ter, não ter filhos ou de adiar a maternidade, não as estigmatizando/ evitando a estigmatização;
- Evitar rotular as mulheres que adiam a maternidade de mães idosas;
- Capacitar as mulheres e os homens para uma tomada de decisão consciente e informada;
- Informar as mulheres e os homens sobre os limites, opções da fertilidade, as técnicas de reprodução assistida e os riscos de adiar a maternidade, garantindo que formulam expectativas realistas sobre a sua fertilidade, caso optem por adiar a maternidade para os últimos anos reprodutivos
- Realizar intervenções educacionais eficazes, direcionadas e adaptadas ao público-alvo, identificando preliminarmente as lacunas de conhecimentos, para posteriormente fornecer informação oral personalizada (García, Vassena, Prat, & Vernaeve, 2016);

- Apoiar as decisões informadas e conscientes acerca da reprodução;
- Antecipar as necessidades e preocupações das mães com mais de 35 anos, demonstrando conhecimento e respeito pela sua autonomia, conhecimentos acerca da maternidade e reafirmando as suas competências parentais;
- Incluir nas sessões de educação dos cursos de preparação para a parentalidade os desconfortos da maternidade, em especial a sobrecarga e exaustão relacionados com o cansaço, a falta de sono e a amamentação;
- Reduzir ou eliminar a disparidade encontrada entre a apologia incontestada da amamentação veiculada pelos técnicos de saúde e a falta de preparação das mães;
- Respeitar e apoiar a decisão das mães acerca da amamentação, evitando estigmatização e culpabilização das que optam por não amamentar;
- Realizar visitas domiciliárias, em especial nos primeiros dias após o parto, altura em que a mãe enfrenta os maiores desafios e dificuldades relacionados com a amamentação e cuidados ao recém nascido, por serem a melhor e mais eficaz estratégia de suplementação do papel nesta fase em que as mães sentem tão fragilizadas e vulneráveis e com a sua identidade ameaçada;
- Acompanhamento regular dos enfermeiros especialista em saúde materna, ao nível dos cuidados de saúde primários, com espaços próprios e atendimento não sujeitos a marcação, linhas telefónicas, *chats*, blogues, redes sociais ou qualquer outro meio de comunicação aberta;
- Promover a inclusão e participação ativa dos pais nos cursos de preparação para a parentalidade, auscultando as suas expectativas acerca das repercussões do nascimento do filho na relação com a companheira, o seu envolvimento afetivo com a criança, assim como sua participação nos cuidados ao bebé e nas tarefas domésticas, de modo a reforçar a sua confiança paterna, diminuir a ansiedade e ajudá-los a definir o seu estilo de parentalidade;
- Discutir as mudanças de relacionamento positivas e negativas com os casais, preparando-os para as mudanças mais "difíceis" desta transição para a parentalidade.

Relativamente ao **ensino** sugerimos:

- incluir nos *curricula* do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) e Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) a temática

da maternidade nos extremos da vida reprodutiva e a vulnerabilidade associada, com particular ênfase após os 35 anos, por ser o grupo com maior incidência e com uma tendência a aumentar em todos os países desenvolvidos;

- estimular e apoiar os estudantes a aprofundarem estas temáticas e a divulgarem-nas na sua prática clínica ou trabalhos académicos;
- desenvolver parcerias com as escolas secundárias e incluir a temática da maternidade nos extremos da vida reprodutiva e a vulnerabilidade associada a ser apresentada aos jovens.

No que concerne à **investigação** sugerimos:

- Divulgar os resultados do nosso estudo à comunidade científica em reuniões científicas e publicação de artigos;
- Desenvolver projetos nacionais e internacionais sobre a temática da maternidade depois dos 35 anos;
- Criar grupos de trabalho com os locais da prática, em particular onde os nossos estudantes desenvolvem a sua prática clínica, com o propósito de investigar as temáticas relacionadas com a maternidade depois dos 35 anos que a seguir se enumeram ou outras que venham a ser identificadas;
- Realizar, promover e divulgar trabalhos de investigação sobre a temática, nomeadamente: representação social sobre a maternidade depois dos 35 anos, intenções de fertilidade dos jovens, riscos, impacto e repercussões sociais da maternidade depois dos 35 anos na nossa população, impacto da vivência do lado obscuro da maternidade depois dos 35 anos nas intenções de fertilidade futuras, experiência de paternidade avançada, intenções de fertilidade e atitudes dos homens sobre a igualdade de género, representação social da paternidade (“o que é ser pai hoje em Portugal”), como perspetivam a sua paternidade os jovens de hoje;
- Estimular a investigação sobre estas temáticas aos dois níveis de formação: 1º, 2º ciclo e eventualmente colaborar no 3º ciclo, incentivando os doutorandos a realizarem as suas teses nesta área.

Em síntese, cabe aos enfermeiros especialistas em saúde materna, delinear e implementar intervenções de enfermagem de suplementação do papel que previnam, diminuam ou melhorem a insuficiência do papel de modo a que a autoconfiança e autoestima das mães no desempenho do papel materno saiam reforçados.

Somos de opinião que o enfermeiro especialista em saúde materna pode, com a sua intervenção, prevenir, minimizar ou reduzir estas decisões reprodutivas, intervindo ao nível das práticas, do ensino e da investigação, aumentando o conhecimento, divulgando-o, esclarecendo e sensibilizando os seus clientes e a sociedade, em especial os jovens, acerca destas temáticas, o mais precocemente possível.

7. CONCLUSÕES

O percurso desenvolvido nesta investigação revelou-se um longo e árduo caminho de desenvolvimento como pessoa e como investigadora.

Como pessoa confrontou-nos com a realidade e as dificuldades experienciadas pelas participantes no processo de Metamorfose em Mãe. Simultaneamente fez-nos reviver a nossa própria experiência de maternidade e refletir sobre todo o processo, similaridades e diferenças da nossa vivência num contexto temporal e social diferente do atual.

Como investigadora realçou a necessidade de aprofundar conhecimentos e técnicas da metodologia da GT recorrendo à bibliografia ou participando em formações para colmatar a falta de experiência no uso da metodologia, em particular da corrente de Kathy Charmaz. Procurámos ser fiéis aos princípios e metodologia da autora, embora muitas foram as vezes que nos surgiram dúvidas e nos sentimos hesitantes nas opções metodológicas a tomar. O uso do método Photovoice na recolha de dados, que consideramos inovador e com muito potencial no campo da investigação qualitativa, em particular na que adota uma perspetiva construtivista, revelou-se de extrema importância, mas exigiu um grande investimento que procurámos rentabilizar divulgando o conhecimento adquirido através do artigo publicado e das várias apresentações em eventos científicos. Para a gestão do enorme manancial de dados que uma investigação desta natureza implica, foi importante a realização de uma formação para domínio de *softwares* para tratamento e análise de dados qualitativos (NVivo11), assim como outra acerca de referenciação bibliográfica (Endnote). A transdisciplinaridade usada no presente trabalho, teve como finalidade ampliar o estudo do fenómeno da maternidade depois dos 35 anos, possibilitando a diversidade dos vários olhares das disciplinas a que recorremos. A mobilização de constructos de outras áreas disciplinares no estudo do fenómeno, embora tivesse constituído um enorme desafio, foi uma mais-valia pela riqueza e profundidade de análise que proporcionou e pelo enriquecimento pessoal do investigador.

A utilização da metodologia da GT permitiu desocultar o processo da experiência de maternidade das mães participantes do estudo com mais de 35 anos. A opção pela perspetiva construtivista de Charmaz (2014) permitiu-nos a compreensão do fenómeno da maternidade depois dos 35 anos. Esse conhecimento produzido resultou na produção de uma teoria específica do fenómeno, que foi co-construído pelas participantes e por nós próprios num processo de interação social. Neste processo, o investigador com as suas preconcepções, opiniões e experiência acerca do tema fez interpretações subjetivas dos dados e, as

participantes durante as suas narrativas, com as suas respostas, atribuíram significados na descrição do fenómeno. Foram facilitadores deste processo de co-construção, a diversidade dos métodos de colheita de dados utilizados na pesquisa, nomeadamente as entrevistas semiestruturadas em profundidade, as notas de campo e o Photovoice. Este último, promoveu a liberdade de seleção e escolha do que fotografar e quando, sendo por isso um fator de empoderamento, para além de ter realçado a participação das participantes e ter permitido aceder aos significados que atribuíam ao fenómeno.

A maternidade enquanto fenómeno social é, sem dúvida, um dos mais – senão o mais – comum a todas as pessoas/na humanidade, já que todos os indivíduos, mesmo os que não exerceram a maternidade (ao serem mães), foram objeto/sujeito da maternidade de alguém enquanto filhos. Por este motivo, é estranha a quase inexistência de definições do conceito de maternidade, ou a sua inexistência enquanto descritor nas bases de dados científicas. Tal como acontece também na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, onde até recentemente apenas constava o conceito de “parentalidade” que engloba os de maternidade e de paternidade. Só recentemente foi introduzido o termo “papel de mãe” (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p. 70). Tais omissões, em nosso entender, são reveladoras de como o mundo e a investigação atual ainda estão impregnados do pensamento masculino. O termo parentalidade, etimologicamente provém do latim *parentālis*²⁴ que significa parental, e este por sua vez deriva de *pater* que significa pai, o que remete o termo parentalidade para uma supremacia do masculino sobre o feminino. E, porque as palavras são símbolos que utilizamos para expressar o nosso pensamento, esta supremacia do masculino mantém-se em várias esferas, desde o quotidiano até à investigação. Tem sido frequentemente relegados para segundo plano o estudo de um fenómeno tão importante para o ser humano como o é a maternidade, ou pelo menos o seu aprofundamento sob o ponto de vista da experiência subjetiva, contrariamente ao desenvolvimento dado aos aspetos técnicos da anatomofisiologia e da patologia. Nesta medida, impõe-se a realização de mais estudos sobre o fenómeno da maternidade, que incluam a experiência das mulheres, estudos que permitam desocultar essa experiência na sua diversidade, nas várias faixas etárias, em vários contextos culturais e grupos sociais (solteiras, casadas, lésbicas, doentes, após tratamentos de fertilidade, diferentes religiões, entre outras), para que se possam desenvolver

²⁴ Houaiss, António; Villar, Mauro de Salles (2005) Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Lisboa, Temas e Debates, tomo XIV, p. 6105.

modelos de intervenção, em particular na saúde, que respondam às necessidades específicas das mulheres em situação de maternidade.

Passamos a descrever as principais conclusões que permitiram alcançar as metas delineadas inicialmente na finalidade e objetivos e do estudo.

Relativamente à **finalidade** do estudo “*Compreender o processo de transição das mulheres em situação de maternidade depois dos 35*” consideramos ter sido amplamente alcançada, como ficou claro no capítulo anterior em que detalhadamente analisámos as implicações do estudo na prática, investigação e docência e identificámos intervenções de enfermagem promotores e facilitadores da transição saudável para a maternidade depois dos 35 anos.

Para “*Compreender o processo de transição na maternidade experienciado pelas mulheres após os 35 anos*”, relembramos os **Objetivos** delineados: identificar os momentos-chave do processo de transição na maternidade depois dos 35 anos; compreender as facilidades e dificuldades do papel maternal experienciadas pelas mães depois dos 35 anos; compreender as estratégias/intervenções facilitadoras na adoção do papel maternal mais frequentemente usadas pelas mães depois dos 35 anos; reconhecer os resultados de uma transição bem-sucedida ao papel maternal experienciadas pelas mães depois dos 35 anos. Estes foram plenamente atingidos, conforme atestam os achados do estudo, que após análise permitiram formular a teoria específica do fenómeno da maternidade depois dos 35 anos e explicitar o processo subjacente, e, que a seguir descrevemos.

O processo de transformação de mulher em mãe encontrado no nosso estudo e que apelidámos de Metamorfose, resultou de um processo complexo par as participantes. Este processo implicou perdas de papéis anteriores, negociação com a sua identidade de trabalhadora, substituição das características narcisistas e hedonistas pelas de altruísmo, abdição em prol de outro. Neste processo de se tornar mãe, as participantes expandiram suas identidades para incluir outra pessoa (o bebé) dentro dos limites do seu *eu*. Nesta metamorfose a nova identidade materna é acrescentada à paleta de todas as restantes identidades, pré-existentes no repertório da mulher e adquiridas ao longo da sua trajetória de vida.

O modelo teórico da experiência de transição para a maternidade depois dos 35 anos, que definimos como processo “Metamorfose em Mãe” ilustra as fases e as transformações ocorridas até à incorporação da identidade materna da mulher que experiencia a maternidade nesta fase da sua vida.

As categorias que integram a “Metamorfose em Mãe” e que representaram os momentos-chave reveladores de momentos críticos e indutores de mudanças interiores foram: “Consciencializando o desejo de ser mãe”, “Escolhendo o momento certo”, “Confrontando-se com o lado obscuro”, “Cuidando de si” e “Ser outra”.

Neste processo de transição, as categorias desenrolaram-se a par e passo com fases descritas por Meleis (2010), nomeadamente: surgimento do evento crítico, reestruturação de objetivos, consciencialização da vulnerabilidade associada à transição, recuperação através do reequilíbrio e compensação, reestruturação de comportamentos e responsabilidades e incorporação da identidade. Concomitantemente, a identidade das participantes foi sofrendo alterações ao longo do processo de transição. Às fases deste processo de transformação identitário denominámos: identidade questionada, identidade planeada, identidade ameaçada, identidade (re)valorizada, identidade aceite e identidade incorporada. Estas transformações nas suas identidades surgiram da antecipação do papel materno, da constatação da insuficiência do papel, da necessidade de suplementação e de clarificação do papel, descritas por Meleis (2010).

Este processo iniciado com a consciencialização do desejo de ser mãe, foi concretizado na escolha do momento certo. Seguiu-se o confronto com o lado obscuro da maternidade, a necessidade e exigência de o ultrapassar, tendo sido o cuidar de si a estratégia mobilizadora que o garantiu, para se transformar numa outra pessoa capaz de gozar em plenitude a experiência da maternidade.

A categoria “Consciencializando o desejo de ser mãe” representa o desejo de ser mãe e a tomada de consciência desse desejo e é composta pelas seguintes subcategorias: despertando o relógio biológico, criando/alargando uma família, perpetuando-se, solidificando a relação do casal e idealizando uma maternidade romântica.

A segunda categoria “Escolhendo o momento certo” diz respeito ao padrão de condições e motivações das participantes para engravidarem e inclui as seguintes subcategorias: encontrando o homem certo, ultimando projetos, alcançando a estabilidade financeira, sentindo a pressão social, sentindo a idade, avaliando o risco e vivendo a gravidez como se fosse a última.

A terceira categoria “Confrontando-se com o lado obscuro” representa as dificuldades desconhecidas e, por isso, inesperadas que as participantes enfrentaram, englobando as seguintes subcategorias: sentindo a amamentação como um tormento, centrando-se

totalmente no bebê, receando o afastamento do companheiro e receando o afastamento do emprego.

A categoria seguinte “Cuidando de si” traduz a necessidade de voltar a investir nelas próprias, em voltar a realizar as atividades interrompidas pelo fenômeno da maternidade que eram até aí fonte essencial do seu bem-estar e incluiu as seguintes subcategorias: ter tempo para si, cuidar do corpo e da aparência, sair de casa e retomar a vida social.

A última categoria “Ser outra” representa as transformações operadas nas participantes para reformular e reconstruir o seu papel de mulher, agora acrescido de novas exigências e novas competências. Integram esta categoria as subcategorias: redistribuindo os afetos, reconstruindo o cotidiano, abdicando de si e desfrutando a maternidade em plenitude.

No culminar deste processo, quando a transição foi bem sucedida, os resultados refletiram a substituição dos sentimentos de *stress* e *distress* (ansiedade, insegurança, frustração, depressão, apreensão, ambivalência e solidão), característicos da insuficiência do papel, pela sensação subjetiva de bem-estar, de mestria no desempenho do papel e de bem-estar nas relações interpessoais também referidos por Meleis (2010, 2018).

Esta metamorfose revelou ser um processo experienciado de forma agridoce pelas participantes. Se no final da transição as participantes utilizaram sentimentos positivos para descreverem a experiência, também referiram fases da experiência em que predominaram sentimentos negativos.

Dos resultados obtidos salientamos as dificuldades experienciadas pelas mães por volta do 2º mês após o parto, que desocultaram um lado obscuro da maternidade, desconhecido das mães e ocultado pelas mulheres, e, a necessidade de cuidarem de si para ultrapassarem essas dificuldades.

Os fatores facilitadores da transição para a maternidade depois dos 35 encontrados, estiveram relacionados com as condições pessoais e com o contexto em que as participantes estavam inseridas. Os fatores pessoais identificados foram: o desejo e o grande investimento no projeto de maternidade, um rigoroso planejamento do momento certo para ser mãe avaliando os prós e os contras dessa decisão, sentirem-se gratas e recompensadas por terem conseguido ser mães e uma maior maturidade emocional para lidar com as dificuldades do papel. As condições do contexto que se revelaram facilitadoras da transição foram os

recursos económicos, a estabilidade profissional e do núcleo familiar, em particular o relacionamento com o companheiro, o apoio social e da família alargada.

Porém, embora a maternidade tivesse sido uma fonte de felicidade, de gratificação, de realização e crescimento pessoal, foi também uma fonte de *stress*, dúvidas e incertezas para as mães, como constatámos pelas dificuldades identificadas. Estas parecem ter sido percecionadas com maior intensidade pelas primíparas.

Os fatores dificultadores que emergiram no nosso estudo estiveram relacionados com o confronto (inesperado) com o lado obscuro da maternidade e a preparação insuficiente que sentiram ter para lidar com essas mesmas dificuldades. Destacaram-se em particular a amamentação percecionada como um tormento, os distúrbios do sono, a exaustão, a necessidade de prestar cuidados ao bebé 24 horas por dia, dificuldade em lidar com o temperamento do bebé, diminuição da satisfação conjugal associado ao receio do afastamento do companheiro, o afastamento do emprego pelo isolamento social e repercussões económicas que provocou, ou no caso de continuarem a trabalhar, a sobrecarga de cuidar de uma criança e manter a atividade laboral em simultâneo. Foi ainda percecionado como uma dificuldade terem relegado o cuidar do corpo e da aparência para segundo plano, em prol do cuidado ao bebé. As participantes sentiram também como fator dificultador não terem sido suficientemente alertadas e preparadas pelos técnicos de saúde para as dificuldades no desempenho do papel materno.

Contribuíram para a experiência da fase menos gratificante da maternidade a representação social da “boa mãe”, associada aos ideais e estereótipo da maternidade feliz, proporcionando um amor incondicional, maior e puro, em confronto com as realidades da maternidade, que fez com que algumas participantes verbalizassem não querer repetir a experiência, em particular as primíparas. Acresce que na sociedade atual, para além da prevalência do modelo de “boa mãe” ainda se adiciona o de “boa esposa” e de “boa trabalhadora”, que tornou o desempenho do papel mais exigente e que colocou em conflito a sua identidade pessoal de trabalhadora com a identidade materna.

A maternidade pôs em confronto a identidade pessoal destas mulheres, construída com base nos valores narcisistas e hedonistas da sociedade contemporânea, com a identidade materna em construção. Esta nova identidade em reconstrução, confrontou-as com valores normativos da sociedade patriarcal vigente, na qual a maternidade representa ainda o ideal ideal feminino de apego, conexão, dependência e preocupação com os outros. Estes, por sua

vez, conflituaram com os valores narcisistas e hedonistas, e a centração em si próprias, para as fazer deslocar o foco de atenção para o bebê.

Ao serem mulheres com uma personalidade amadurecida e trajetórias de vida longa, repleta de sucessos, de experiências diversas e que se prepararam intensamente para a maternidade, espera-se que sejam também competentes e resilientes ao depararem-se com as dificuldades da maternidade. Porém, como comprovam os achados, as dificuldades no exercício e adaptação ao papel materno parecem ser maiores, mais longas e mais difíceis do que para as mães mais jovens. A explicação para este facto poderá residir nas elevadas expectativas que a sociedade e elas próprias colocam, antecipando um papel mais fácil e ignorando os fatores que contribuem para a insuficiência do papel na transição para a maternidade. Adiciona-se ainda às dificuldades mencionadas o facto de os cuidados maternos já não serem aprendidos pela observação e treino com outras mulheres no seio de uma família alargada. Estes cuidados não só se tornaram mais desconhecidos para as mães, como mais difíceis e exigentes pelo maior conhecimento do desenvolvimento infantil e das necessidades das crianças, como também pela centração no(s) filhos(s), que cada vez mais tendem a ser únicos e, por isso, fonte de grande investimento. Todos estes aspetos vieram complexificar ainda mais um papel já de si de grande magnitude.

A assunção do papel social de “boa mãe” no decurso das interações sociais, leva a que as mães se sintam obrigadas a desempenhar esse papel fortemente interiorizado, como uma máscara em que elas próprias sentem necessidade de representar para si próprias, tornando-se-lhes difícil distinguir entre o *eu verdadeiro* e o *mim*, aquele que querem transmitir aos outros.

A predominância no passado recente de uma cultura familista e pronatalista, com a existência de um maior número de filhos nas famílias, a par com a participação da mulher no mercado de trabalho, continuando a assumir os papéis de cuidar dos filhos e das lides domésticas, dos idosos e dos doentes, expôs aos olhos das gerações mais novas, principalmente para as mulheres, as dificuldades e os custos, decorrentes da maternidade. E, talvez esta seja uma razão explicativa para o facto de mulheres nas sociedades contemporâneas ocidentais não quererem repetir e perpetuar esse modelo, desistindo ou adiando a decisão de ser mãe. O espírito de abnegação e de sacrifício das gerações anteriores, necessários à assunção de papéis em tão grande número e de tamanha exigência, são incompatíveis com os valores narcisistas e hedonistas atuais que valorizam a autorrealização,

autoimagem, culto do corpo, da aparência, do prazer, da estabilidade financeira, do conforto e do individualismo. Por estes motivos, as mulheres de hoje não querem reproduzir o papel das avós confinadas à casa, criar os filhos e cuidar dos idosos, nem tão-pouco os das suas mães que acumularam esses mesmos papéis com os de trabalhadoras. Estamos perante uma nova e emergente feminilidade, em que as mulheres estão a renegar os valores das gerações anteriores, para abraçarem tudo o que pode resultar em realização pessoal.

Os nossos achados desocultaram uma experiência da maternidade com uma fase obscura, desconhecida, inesperada e de difícil gestão para as participantes, que em alguns casos determinou a decisão de não repetir a experiência. O estudo revelou ainda a importância do trabalho na identidade das mulheres: a sua identidade pessoal de trabalhadora conflituou com a identidade materna pela exigência do papel materno, uma das razões que as levou a adiarem a maternidade. Estes achados, a par com a tendência crescente do protelamento da maternidade e diminuição do número de filhos, leva-nos a concluir que a identidade da mulher já não está alicerçada na maternidade – para se ser mulher não é necessário ser mãe; a identidade de trabalhadora passou a integrar a identidade da mulher, e esta conflituou com a maternidade pela exigência de ambos (trabalho e maternidade). Em nosso entender há que fazer a distinção entre o papel de mulher e o de mãe, implementar políticas de apoio à maternidade e paternidade que tornem a experiência de maternidade gratificante, desejada e atempada pelas mulheres.

O presente estudo acerca do fenómeno da experiência da maternidade depois dos 35anos, veio desocultar/explicitar que este não é apenas um fenómeno com repercussões/ que diz respeito às mulheres e casais, mas tem implicações na evolução das sociedades futuras. As questões da (des)igualdade de género, influenciaram e determinaram a ocorrência do fenómeno, e, cremos que a forma como forem resolvidas, determinarão no futuro o modo como a maternidade será olhada, perspectivada e vivida.

Acreditamos e tudo indica que as jovens de hoje não tencionam replicar o modelo das suas avós, cuja identidade assentava no papel reprodutor, nem no das suas mães que acumularam os papéis materno e reprodutor na sua identidade de mulher. A ser assim, perspectiva-se uma profunda mudança da realidade/estrutura social, tal como a conhecemos, a começar nas famílias, grupos e comunidade em geral. O aumento da esperança de vida, associado à diminuição da natalidade, são já uma realidade nos países desenvolvidos, em que se inclui Portugal. Torna-se por isso imperativo refletir sobre este fenómeno demográfico

atempadamente e implementar medidas que o revertam, de contrário a estrutura da sociedade ocidental atual poderá colapsar.

O conceito de igualdade de género assenta na noção de que ambos os sexos são equivalentes no sentido de ter o mesmo valor, assumindo no entanto, a noção de que homens e mulheres são diferentes em alguns aspectos essenciais, nomeadamente em relação às suas habilidades e atitudes face ao trabalho e às crianças. As características e habilidades femininas únicas, como o desejo profundamente enraizado de querer engravidar, amamentar, cuidar de bebés e melhores qualidades empáticas, não só devem ser aceites e levadas em consideração, mas apreciadas. Homens e mulheres devem ter oportunidades iguais para o autodesenvolvimento e autorealização, não esquecendo que para a maioria das mulheres, a maternidade faz parte desse autodesenvolvimento e autorealização (te Velde, 2005).

A igualdade de género deixou de se constituir como um objetivo de grupos e movimentos feministas, repudiado ou ridicularizados por movimentos como o *blacklash*, para passar a ser uma tomada de consciência, um desígnio e um imperativo da sociedade atual com vista à sua sobrevivência futura.

Os nossos achados revelaram que a aceitação da maternidade em idades tardias é uma realidade social que domina as decisões de maternidade das mulheres, e, apesar da evidência e realidade biológica ser a redução da fertilidade e o aumento das complicações médicas, os discursos sociais impedem, ou pelo menos limitam e dificultam, as mulheres de reconhecerem esse facto. Os riscos médicos associados à idade materna avançada são subvalorizados pela noção de que as mulheres podem escolher quando começar uma família.

O enfermeiro, em particular o especialista em saúde materna pode, com a sua intervenção, prevenir, minimizar ou reduzir as decisões reprodutivas, intervindo ao nível das práticas, do ensino e da investigação, aumentando o conhecimento, divulgando-o, esclarecendo e sensibilizando os seus clientes e a sociedade, em especial os jovens, acerca das repercussões da maternidade tardia. A compreensão deste fenómeno, ajudará os enfermeiros na sua prática clínica, investigação e docência a identificarem o modo como nos diversos contextos poderão facilitar às mulheres a aquisição de novos papéis de forma saudável, que diminuam a possibilidade de adoecerem ao enfrentarem as mudanças decorrentes da transição para a maternidade depois dos 35 anos, e assim auxiliarem-nas a alcançar o bem-estar.

Acreditamos que o desafio que se coloca às gerações futuras passa por valorizar a mulher e a maternidade, promover/alcançar a igualdade de género e dar condições para que as mulheres e os homens planeiem e concretizem a sua descendência de forma atempada, realizada e apoiada, que permita a evolução da sociedade para um modelo mais justo e equitativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Waldenström, U., Rasmussen, S., Espehaug, B., & Schytt, E. (2014). Satisfaction with life during pregnancy and early motherhood in first-time mothers of advanced age: A population-based longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1). <http://doi.org/10.1186/1471-2393-14-86>
- Abreu, M. da S. N. (2005). *Identidades das grávidas adolescentes: integração do sistema familiar e das perspectivas individuais de desenvolvimento*. Porto: Universidade do Porto.
- Agrillo, C., & Nelini, C. (2008). Childfree by choice: a review. *Journal of Cultural Geography*, 25(3), 347–363. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1080/08873630802476292>
- Aguiar, C. (2009). *Comportamentos interactivos maternos e envolvimento da criança*. Braga: Fundação Calouste Gulbenkian: Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40(4), 969–1025. <http://doi.org/10.2307/1127008>
- Ainsworth, M. S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709–716.
- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Ali, D. S., Hall, M. E. L., Anderson, T. L., & Willingham, M. M. (2013). “I Became a Mom”: Identity Changes in Mothers Receiving Public Assistance. *Journal of Social Service Research*, 39(5), 587–605. <http://doi.org/10.1080/01488376.2013.801391>
- Allen, L. M. (2010). A critique of four grounded theory texts. *The Qualitative Report*, 15(6), 1606–1620.
- Alstveit, M., Severinsson, E., & Karlsen, B. (2011). Readjusting one’s life in the tension inherent in work and motherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 67(10), 2151–2160. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05660.x>
- Amaro, F. (2014). *Sociologia da família*. Lisboa: Pactor.
- Associação Médica Mundial. (2013). *Declaração de Helsinquia VIII*. Fortaleza, Brasil.
- Badinter, E. (2010). *O conflito: a mulher e a mãe*. Lisboa: Relógio D’Água.
- Barclay, K., & Myrskylä, M. (2016). Advanced maternal age and offspring outcomes: reproductive aging and counterbalancing period trends. *Population and Development Review*, 42(March), 69–94.
- Barclay, L., Everitt, L., Rogan, F., Schmied, V., & Wyllie, A. (1997). Becoming a mother: an analysis of women’s experience of early motherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 719–728. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-1-1997025719.x>
- Bauer, G., & Kneip, T. (2014). Dyadic fertility decisions in a life course perspective. *Advances in Life Course Research*, 21, 87–100. <http://doi.org/10.1016/j.alcr.2013.11.003>
- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e parentalidade* (pp. 317–346). Lisboa: Fim de Século.

- Bayrampour, H., & Heaman, M. (2010). Advanced maternal age and the risk of cesarean birth: a systematic review. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 37(3), 219–226. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00409.x>
- Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. A., & Tough, S. (2012). Advanced maternal age and risk perception: a qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 12(100), 100. Acedido em 20/5/2013. Retrieved from <http://oxfordsfx.hosted.exlibrisgroup.com/oxford?sid=OVID:medline&id=pmid:22988825&id=doi:10.1186/1471-2393-12-100&issn=1471-2393&isbn=&volume=12&issue=1&spage=100&pages=100&date=2012&title=BMC+Pregnancy+&+Childbirth&atitle=Advanced+maternal+age+and+risk+>
- Beauvoir, S. de. (2008). *O segundo sexo: os factos e os mitos*. (Vol.1). Lisboa: B. Editora.
- Beauvoir, S. de (2015). *O segundo sexo: a experiência vivida* (2ª ed.) (Vol. 2). Lisboa: Quetzal Editores.
- Beck, C. T. (1993). Qualitative research: The evaluation of its credibility, fittingness, and auditability. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2), 263–266.
- Beck, U., & Beck-Gernsheim, E. (2002). *Individualization*. London: Sage Publications.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55, 83–96.
- Belsky, J. (1999). Interactional and contextual determinants of attachment security. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical implications* (pp. 249–264). Nova Iorque: Guilford Press.
- Ben-David, Alon; Saralee, Glasser; Schiff, Eyal; Zahav, A. (2016). Pregnancy and birth outcomes among primiparae at very advanced maternal age: at what price? *Maternal and Child Health Journal*, 20(4), 833–842. <http://doi.org/10.1007/s10995-015-1914-8>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Benzies, K., Tough, S., Tofflemire, K., Frick, C., Faber, A., & Newburn-Cook, C. (2006). Factors influencing women's decisions about timing of motherhood. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(5), 625–633. <http://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00079.x>
- Berrington, A., & Pattaro, S. (2014). Educational differences in fertility desires, intentions and behaviour: a life course perspective. *Advances in Life Course Research*, 21, 10–27. <http://doi.org/10.1016/j.alcr.2013.12.003>
- Bhuyan, N. (2014). Advanced aternal age and autism. *Indian Journal of Health & Wellbeing* 5(12), 1511–1513. <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=37cbb638-702b-4f43-8465-5fec12597fbb%40sessionmgr4010>
- Bocknek. (2006). Effects of parental supportiveness on toddlers' emotion regulation over the first three years of life in a low-income African American sample. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5–25. <http://doi.org/10.1002/imhj>.
- Bornstein, E., Lenchener, E., Donnenfeld, A., Barnhard, Y., Seubert, D., & Divon, M. (2009). Advanced maternal age as a sole indicator for genetic amniocentesis; risk-benefit

- analysis based on a large database reflecting the current common practice. *J. Perinatal Medicine*, 37, 99–102. <http://doi.org/10.1515/JPM.2009.032>
- Boss, P. (2002). *Family stress management: a contextual approach*. Londres: Sage.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: attachment. (Vol 1)*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: separation. (Vol 2)*. New York.: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: loss. (Vol 3)*. New York: Basic Books.
- Breton, D. L. (2008). *L'interactionnisme symbolique*. Paris: PUF.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723–742.
- Bryant, A., & Charmaz, K. (2007). *The SAGE handbook of grounded theory*. London: Sage Publications.
- Busseri, M. A., & Sadava, S. W. (2011). A review of the tripartite structure of subjective well-being: Implications for conceptualization, operationalization, analysis, and synthesis. *Personality and Social Psychology*, 15(3), 290–314. <http://doi.org/10.1177/1088868310391271>
- Callaway, L. K., Lust, K., McIntyre, H. D. (2005). Pregnancy outcomes in women of very advanced maternal age. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 45(1), 12–16. Acedido em 20/5/2013. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed7&NEWS=N&AN=2005142120%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=15730358>
- Camberis, A.-L., McMahon, C. A., Gibson, F. L., & Boivin, J. (2014). Age, psychological maturity, and the transition to motherhood among English-speaking Australian women in a metropolitan area. *Developmental Psychology*. <http://doi.org/10.1037/a0037301>
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Q. Editora.
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. A. (2005). Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225–255). Lisboa: Fim de Século.
- Carlson, D. L. (2011). Explaining the curvilinear relationship between age at first birth and depression among women. *Social Science and Medicine*, 72(4), 494–503. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.12.001>
- Carolan, M. (2003). Late motherhood: the experience of parturition for first time mothers aged over 35 years. *Australian Midwifery*, 16(2), 17–20. Acedido em 20/5/2013. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2003161237&site=ehost-live>
- Carolan, M. (2003). The graying of the obstetric population: implications for the older mother. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32(1), 19–27. <http://doi.org/10.1177/0884217502239797>
- Carolan, M. (2004). First time mothers over 35 years: challenges for care? *Birth Issues*, 13(3), 91–97. Acedido em 16/6/2017. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009014786&site=ehost-live>

- Carolan, M. (2005). "Doing it properly": the experience of first mothering over 35 years. *Health Care for Women International*, 26(9), 764–787. <http://doi.org/10.1080/07399330500230987>
- Carolan, M. (2007). The project: Having a baby over 35 years. *Women and Birth*, 20(3), 121–126. <http://doi.org/10.1016/j.wombi.2007.05.004>
- Carolan, M. (2013). Maternal age > or = 45 years and maternal and perinatal outcomes : A review of the evidence. *Midwifery*, 29(5), 479–489. <http://doi.org/10.1016/j.midw.2012.04.001>
- Carolan, M. C., Davey, M., Biro, M., & Kealy, M. (2013). Very advanced maternal age and morbidity in Victoria, Australia: a population based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(80).
- Carolan, M., & Frankowska, D. (2011). Advanced maternal age and adverse perinatal outcome: A review of the evidence. *Midwifery*, 27(6), 793–801. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.006>
- Carolan, M., & Nelson, S. (2007). First mothering over 35 years: questioning the association of maternal age and pregnancy risk. *Health Care for Women International*, 28(6), 534–555. <http://doi.org/10.1080/07399330701334356>
- Carolan, M., Davey, M.-A., Biro, M. A., Kealy, M. (2011). Older maternal age and intervention in labor: a population-based study comparing older and younger first-time mothers in Victoria, Australia. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 38(1), 24–29. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00439.x>
- Catalani, C., & Minkler, M. (2010). Photovoice: a review of the literature in health and public health. *Health Education & Behavior*, 37(3), 424–451. <http://doi.org/10.1177/1090198109342084>
- Cetin, O., Verit, A. G., Aydm, Z., Kurdoglu, Z., & Yucel, O. (2015). Neither early nor late for becoming pregnant: comparison of the perinatal outcomes of adolescent, reproductive age and advanced maternal age pregnancies. *Turk J Obstet Gynecol*, 12, 151–157. <http://doi.org/10.4274/tjog.94758>
- Chalafetz, J. (1990). *Gender equality: an integrated theory of stability and change*. Newbury Park: Sage.
- Chapman, J. K., & Hart, S. L. (2017). the transition from mother-of-one to mother-of-two: mothers? perceptions of themselves and their relationships with their firstborn children. *Infant Mental Health Journal*, 38(4), 1–10. <http://doi.org/10.1002/imhj.21650>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. Book (Vol. 10). <http://doi.org/10.1016/j.lisr.2007.11.003>
- Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed.
- Charmaz, K. (2011). Ground theory methods in social justice research. Denzin, N. K. ; Lincoln, Y. S. In *The SAGE handbook of Qualitative Research* (4th ed.), (pp. 359–380). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Charmaz, K. (2012). The power and potential of grounded theory. *Medical Sociology Online*, 6(3), 2–15. Acedido em 16/6/2017. Retrieved from http://www.medicalsociologyonline.org/resources/Vol6Iss3/MSo-600x_The-Power-and-Potential-Grounded-Theory_Charmaz.pdf

- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*. (2nd ed.). London. Sage, Ed.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: a nursing concern. In Meleis, A. I. *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 24–38). New York: Springer Publishing Company.
- Chin, R., Hall, P., & Daiches, A. (2010). Fathers' experiences of their transition to fatherhood: a metasynthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(1), 4–18. <http://doi.org/10.1080/02646838.2010.513044>
- Chiovitti, R., & Piran, N. (2003). Rigour and grounded theory research. *Journal of Advanced Nursing*, 44(4), 427–435. <http://doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02822.x>
- Chodorow, N. (1978). *The reproduction of mothering: psychoanalysis and the sociology of gender*. London: University of California Press.
- 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. <http://doi.org/10.1080/02646830500129487>
- Ciancimino, L., Laganà, A. S., Chiofalo, B., Granese, R., Grasso, R., & Triolo, O. (2014). Would it be too late? A retrospective case: control analysis to evaluate maternal: fetal outcomes in advanced maternal age. *Arch Gynecol Obstet*, 290, 1109–1114. <http://doi.org/10.1007/s00404-014-3367-5>
- Cleary-Goldman, J., Malone, F. D., Vidaver, J., Ball, R. H., Nyberg, D. A., Comstock, C. H., ... D'Alton, M. (2005). Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 105(5 Part 1), 983–990. <http://doi.org/10.1097/01.AOG.0000158118.75532.51>
- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2018). *Projeto de Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa. Acedido em 26/1/2018. Retrieved from https://membros.ordemenfermeiros.pt/assembleiascolegiosespecialidade/Documents/Assambleias_Colegios_2018/CEESMO_Ponto3_ProjetoRegulamento_CompeticenciasEspecificasEESMO.pdf
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida*. (L. e S. dos E. Portugueses, Ed.). Lisboa.
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Colibri, Ed.
- Cooke, A., Mills T. A., Lavender, T. (2012). Advanced maternal age: delayed childbearing is rarely a conscious choice: a qualitative study of women's views and experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 49(1), 30–39. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.013>
- Cooke, A., Mills, T. A., & Lavender, T. (2010). “Informed and uninformed decision making”: women's reasoning, experiences and perceptions with regard to advanced maternal age and delayed childbearing: A meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 47(10), 1317–1329. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.06.001>
- Cooney, A. (2011). Rigour and grounded theory. *Nurse Researcher*, 18(4), 17–22. <http://doi.org/10.7748/nr2011.07.18.4.17.c8631>

- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research* (3rd ed.). Los Angeles: Sage Publications.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. (4th ed.). Thousand Oaks: Sage, Ed.
- Correia, M. D. E. J. (1998). *Sobre a maternidade*, 3, 365–371.
- Costa, M. E. (1990). Desenvolvimento da identidade. In Campos, B. P. (Coord). *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens*. (pp. 252–286). Lisboa: Universidade Aberta.
- Cowan, C., & Cowan, P. (1988). Changes in marriage during the transition to parenthood: must we blame the baby? In W. A. (ed) Michaels, G.Y.; Goldberg (Ed.), *The Transition to Parenthood: current theory and research* (pp. 114–154). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cowan, C., & Cowan, P. (1992). *When partners become parents: the big life change for couples*. Nova Iorque: Basic Books.
- Cowan, C., & Cowan, P. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: why they are needed and what they can do? *Family Relations*, 44, 412–423.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. <http://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Craig, B. M., Donovan, K. A., Fraenkel, L., Watson, V., Hawley, S., & Quinn, G. P. (2014). A generation of childless women: lessons from the United States. *Women's Health Issues*, 24(1), e21–e27. <http://doi.org/10.1016/j.whi.2013.09.005>
- Cuesta-Benjumea, C. D. la, & Arredondo-González, C. P. (2015). Analizar cualitativamente: de las consideraciones generales al pensamiento reflexivo. *Index de Enfermería*, 24(3), 154–158. <http://doi.org/10.4321/S1132-12962015000200008>
- Currie, J. (2009). Managing motherhood: strategies used by new mothers to maintain perceptions of wellness. *Health Care for Women International*, 30(7), 655–670. <http://doi.org/10.1080/07399330902928873>.
- Daly, I., & Bewley, S. (2013). Reproductive ageing and conflicting clocks : King Midas ' touch. *Reproductive BioMedicine Online*, 27(6), 722–732. <http://doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.09.012>
- Daniluk, J. C., & Koert, E. (2015). Fertility awareness online: The efficacy of a fertility education website in increasing knowledge and changing fertility beliefs. *Human Reproduction*, 30(2), 353–363. <http://doi.org/10.1093/humrep/deu328>
- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: A qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357–366. <http://doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.006>
- Davidson, J., & di Gregorio, S. (2011). Qualitative Research and Technology: in the midst of a revolution. In Denzin, N. K. ; Lincoln, Y. S. *The SAGE handbook of Qualitative Research* (4th ed., pp. 627–644). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- De la Cuesta, C. (2015). Aprender el oficio de investigar cualitativamente : formarse un self indagador. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(11). <http://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33s1a03>

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: psychological, human needs and the self-determination of behavior. *Inquiry*, 11, 227–268. http://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Delbaere, I., Verstraelen, H., Goetgeluk, S., Martens, G., De Backer, G., & Temmerman, M. (2007). Pregnancy outcome in primiparae of advanced maternal age. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 135(1), 41–46. <http://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2006.10.030>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (4th ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Dias, I. (2015). *Sociologia da família e do género*. Lisboa: Pactor.
- Donath, Orna. (2017). *Mães arrependidas*. Lisboa: Bertrand.
- Dudenhause, J. W., & Chervenak, F. A. (2010). Late motherhood and cesarean delivery. *Journal of Perinatal Medicine*, 38(6), 569–570. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1515/JPM.2010.111>
- Dudenhause, J. W., Grunebaum, A., & Staudinger, U. M. (2013). Optimization of women’s health before conception when pregnancy has been postponed. *Journal of Perinatal Medicine*, 41(1), 23–25. <http://doi.org/10.1515/JPM.2011.115>
- Dunne, C. (2011). The place of the literature review in grounded theory research. *International Journal of Social Research Methodology*, 14(2), 111–124. <http://doi.org/10.1080/13645579.2010.494930>
- El Hussein, M. T., Jakubec, S. L., & Osuji, J. (2016). The FACTS: A Mnemonic for the Rapid Assessment of Rigor in Qualitative Research Studies. *Journal of Nursing Education*, 55(1), 60–60. <http://doi.org/10.3928/01484834-20151214-15>
- Engward, H., & Davis, G. (2015). Being reflexive in qualitative grounded theory: Discussion and application of a model of reflexivity. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), 1530–1538. <http://doi.org/10.1111/jan.12653>
- Fjell, T. I. (2010). Frivilligt barnlös i Norge: ett generationsperspektiv. In *Dialogos*. (Ed.), K. Engwall Dialogos., & H. Peterson (red.) Frivillig barnlöshet. Barnfrihet i en nordisk kontext. Stockholm.
- Flick, U. (2014). *An introduction to qualitative research*. London: Sage.
- Foley, G., & Timonen, V. (2015). Using grounded theory method to capture and analyze health care experiences. *Health Services Research*, 50(4), 1195–1210. <http://doi.org/10.1111/1475-6773.12275>
- Fraser, D. M., & Hughes, A. J. (2009). Perceptions of motherhood: The effect of experience and knowledge on midwifery students. *Midwifery*, 25(3), 307–316. <http://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.007>
- Freire, P. (2007). *Education for critical consciousness*. (2nd ed.) (Vol. 1). . New York: Continuum, Ed. Acedido em 28/6/2016. Retrieved from https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=8Ope5uESX04C&oi=fnd&pg=PR7&ots=prWKHstjVz&sig=HImk_Yqpha bBsbzDCuxrY9z1GzU&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Frejka, T., Hoem, J., Toulemon, L., & Sobotka, T. (2008). *Childbearing trends and policies in Europe: an overview*. Norderstedt: Books on Demand.

- Frisén, A., Carlsson, J., & Wängqvist, M. (2014). “Doesn’t everyone want that? It’s just a given”: Swedish emerging adults expectations on future parenthood and work/family priorities. *Journal of Adolescent Research*, 29(1), 67–88. Acedido em 2/11/2016. Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0743558413502537>
- Fursman, L. (2002). *Ideologies of motherhood and experiences of work : pregnant women in management and professional careers*. Berkeley: Center for Working Families, University of California. Retrieved <http://hdl.handle.net/2345/4086>
- García, D., Vassena, R., Prat, A., & Vernaeve, V. (2016). Increasing fertility knowledge and awareness by tailored education: A randomized controlled trial. *Reproductive BioMedicine Online*, 32(1), 113–120. <http://doi.org/10.1016/j.rbmo.2015.10.008>
- Giddens, A. (2013). *Sociologia*. (9ed.). Lisboa: F. C. Gulbenkian, Ed.
- Gillespie, R. (2003). Childfree and feminine: understanding the gender identity of voluntarily childless women. *Gender & Society*, 17(1), 122–136. <http://doi.org/https://doi.org/10.1177/0891243202238982>
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: psychological theory and women’s development*. Cambridge: Press, Harvard University.
- Gilligan, C. (1997). *Teoria psicológica e desenvolvimento da mulher*. Lisboa: F. C. Gulbenkian Ed.
- Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley: Sociology Press.
- Glaser, B. (1998). *Doing grounded theory: issues and discussions*. Mill Valley: Sociology Press.
- Glaser, B. G. (2016). The grounded theory perspective: its origins and growth. *The Grounded Theory Review*, 15(1).
- Glaser, B., & Strauss, A. (1965). *Awareness of dying*. Chicago: Aldine, Ed.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine.
- Godino, L., Turchetti, D., Genetics, M., Skirton, H., & Genetics, H. (2013). A systematic review of factors influencing uptake of invasive fetal genetic testing by pregnant women of advanced maternal age. *Midwifery*, 29(11), 1235–1243. <http://doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.009>
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deriorada* (4ª Ed.). Rio de Janeiro: LTC.
- Goffman, E. (1993). *A apresentação do eu na vida de todos os dias*. Lisboa: Relógio D’Água.
- Gomes, A. G., Donelli, T. M. S., Piccinini, C. A., Lopes, R. C. S., & Gomes, A. G. (2008). Maternidade em idade avançada : aspectos teóricos e empíricos. *Interação Em Psicologia*, 12(1), 99–106.
- Gomes, I. M., Hermann, A. P., Wolff, L. D. G., Peres, A. M., & Ribeiro, M. L. (2015). Teoria fundamentada nos dados na enfermagem : revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 9(1), 466–474. <http://doi.org/10.5205/reuol.5221-43270-1-RV.0901supl201527>

- Graça, L. C. C., Figueiredo, M. C. B., & Carreira, M. T. C. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno: um estudo quasi-experimental*. (Teses de doutoramento). Disponível no RCCAP
- Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. (4ed.). Lisboa: Lidel, Ed.
- Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-Fetal*. (5ed.). Lisboa: Lidel, Ed.
- Graham, C. W., Commonwealth, V., Montgomery, M. J., Graham, C. W., & Montgomery, M. J. (2004). Role-related identity structure in adult women. *An International Journal Of Theory And Research*, 4(2), 251–271. <http://doi.org/10.1207/s1532706xid0403>
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2004). *Vinculação: conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Guedes, M., & Canavarro, M. C. (2014). Characteristics of primiparous women of advanced age and their partners : a homogenous or heterogenous group ? *Birth*, 41(1), 46–56.
- Guedes, M., Pereira, M., Pires, R., Carvalho, P., & Canavarro, C. (2015). Childbearing motivations scale : construction of a new measure and its preliminary psychometric properties. *Journal of Child and Family Studies*. 24, (1), 180–194. <http://doi.org/10.1007/s10826-013-9824-0>
- Hansen, T. (2012). Parenthood and happiness : a review of folk theories versus empirical evidence. *Social Indicators Research*, 108 (1), 29–64. <http://doi.org/10.1007/s11205-011-9865-y>
- Harper, D. (2010). Talking about pictures : A case for photo elicitation. *Visual Studies*, 17(1), 13–26. <http://doi.org/10.1080/1472586022013734>
- Harris, A., & Guillemin, M. (2012). Developing sensory awareness in qualitative interviewing: a portal into the otherwise unexplored. *Qualitative Health Research*, 22(5), 689–699. <http://doi.org/10.1177/1049732311431899>
- Helson, R., Mitchell, V., & Moane, G. J. (1984). Personality and patterns of personality, adherence and nonadherence to the social clock. *Soc Psychol*, 46(5), 1079–1096.
- Hesse-Biber, S. N. (2007). Teaching grounded theory. In SAGE (Ed.), *The SAGE handbook of grounded theory* (pp. 311–338). Thousand Oaks. Sage
- Higginbottom, G., & Lauridsen, E. I. (2014). The roots and development of constructivist grounded theory. *Nurse Researcher*, 21(5), 8–13. <http://doi.org/10.7748/nr.21.5.8.e1208>
- Hjälmhult, E., & Lomborg, K. (2012). Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 654–662. <http://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00974.x>
- Hjelmsted, A., Rasmussen, S., Britt, A., Nilsen, V., Om, U. W., Schytt, E., & Nilsen, Anne ; Waldenstrom, Ulla; Hjelmstedt, Anna; Rasmussen, S. (2012). Characteristics of women who are pregnant with their first baby at an advanced age. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91, 353–362. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01335.x>
- Hoare, K. J., Mills, J., & Francis, K. (2012). Sifting, sorting and saturating data in a grounded theory study of information use by practice nurses: a worked example. *International Journal of Nursing Practice*, 18(6), 582–588. <http://doi.org/10.1111/ijn.12007>

- Holton, J. A. (2008). Grounded Theory as a general research methodology. *Grounded Theory Review*, 7(2). Acedido em 7/10/2016. Retrieved from <http://groundedtheoryreview.com/2008/06/30/grounded-theory-as-a-general-research-methodology/>
- Homewood, E., Tweed, A., Cree, M., & Crossley, J. (2009). Becoming occluded: the transition to motherhood of women with postnatal depression. *Qualitative Research in Psychology*, 6(4), 313–329. <http://doi.org/10.1080/14780880802473860>
- Horner, M. S. (1972). Toward an understanding of achievement-related conflicts in women. *Journal of Social Issues*, 28(2), 157–175.
- Houaiss, A., & Villar, M. de S. (2003). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Lisboa: Temas e Debates.
- Houzel, D. (2004). As implicações da parentalidade. In L. Solis-Ponton, & M. C. P. Silva (Orgs.), *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio* (pp. 47–52). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Huang, K., Atlas, R., & Parvez, F. (2012). The significance of breastfeeding to incarcerated pregnant women: an exploratory study. *Birth*, 39(2), 145–155. <http://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2012.00528.x>
- Hutchison, A. J., Johnston, L. H., & Breckon, J. D. (2010). Using QSR-NVivo to facilitate the development of a grounded theory project: an account of a worked example. *International Journal of Social Research Methodology*, 13(4), 283–302. <http://doi.org/10.1080/13645570902996301>
- International Council of Nurses. (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 2*. Lisboa: Lusodidacta, Lda.
- Jacquemyn, Y., Martens, E., & Martens, G. (2014). Pregnancy at late premenopausal age: outcome of pregnancies at 45 years and older in Flanders, Belgium. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 34(August), 479–481. <http://doi.org/10.3109/01443615.2014.911831>
- Jahan, M., ShaWquzzaman, M., Nahar, K., Rahman, M., Sultana, N., Rahman, M., & Begum, R. (2009). Outcome of pregnancy in women 35 years of age and above. *Mymensingh Med J*, 18, 7–12.
- Joaquim, T. (1997). *Menina e moça: a construção social da feminilidade*. Lisboa: Fim de Século, Ed.
- Jokinen-Gordon, H. (2012). Still penalized? parity, age at first birth and women's income in later life. *Journal of Women & Aging*, 24(3), 227–41. <http://doi.org/10.1080/08952841.2012.639671>
- Jongh, B. E. (2015). Effects of advanced maternal age and race: ethnicity on placental weight and placental weight: birthweight ratio in very low birthweight Infants. *Matern Child Health J*, 19, 1553–1558. <http://doi.org/10.1007/s10995-014-1662-1>
- Kanazawa, S. (2014). Intelligence and childlessness. *Social Science Research*, 48, 157–170. <http://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2014.06.003>
- Kenny, L. C., Lavender, T., Mcnamee, R., O'Neill, S. M., Mills, T., Khashan, A. S. (2013). Advanced maternal age and adverse pregnancy outcome : evidence from a large contemporary cohort. *LoS ONE*, 8(2): e565(2), 1–9. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0056583>

- Keurst, A., Boivin, J., & Gameiro, S. (2016). Women's intentions to use fertility preservation to prevent age-related fertility decline. *Reproductive BioMedicine Online*, 32(1), 121–131. <http://doi.org/10.1016/j.rbmo.2015.10.007>
- Kırmızıbekmez, H., Güven, A., Yıldız, M., Cebeci, A. N., & Dursun, F. (2012). Developmental defects of the thyroid gland : relationship with advanced maternal age. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 4(2), 72–75.
- Knibiehler, Y. (1999). *La Révolution maternelle depuis 1945*. Paris: Perrain.
- Koo, Y. J., Ryu, H. M., Yang, J. H., Lim, J. H., Lee, J. E., Kim, M. Y., & Chung, J. H. (2012). Pregnancy outcomes according to increasing maternal age. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 51(1), 60–65. <http://doi.org/10.1016/j.tjog.2012.01.012>
- Kralik, D., Visentin, K., & Van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320–329. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x>
- Lamas, R. W. N. (1995). *Mulheres para além do seu tempo*. Venda Nova: Bertrand Editora.
- Lampinen, R., Vehvilainen-Julkunen, K., & Kankkunen, P. (2009). A review of pregnancy in women over 35 years of age. *Open Nursing Journal*, 3, 33–38. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.2174/1874434600903010033>
- Lampinen, R., Vehvilainen-Julkunen, K., & Kankkunen, P. (2009). A review of pregnancy in women over 35 years of age. *Open Nursing Journal*, 3, 33–38. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.2174/1874434600903010033>
- Lampinen, R., Vehvilainen-Julkunen, K., & Kankkunen, P. (2009). A review of pregnancy in women over 35 years of age. *Open Nursing Journal*, 3, 33–38. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.2174/1874434600903010033>
- Laney, E. K., Hall, M. E. L., Anderson, T. L., & Willingham, M. M. (2015). Becoming a mother: the influence of motherhood on women's identity development. *Identity*, 15(2), 126–145. <http://doi.org/10.1080/15283488.2015.1023440>
- Lao, T. T., Sahota, D. S., Cheng, Y. K. Y., Law, L. W., & Leung, T. Y. (2014). Advanced maternal age and postpartum hemorrhage: risk factor or red herring? *J Matern Fetal Neonatal Medicine*, 7058(3), 243–246. <http://doi.org/10.3109/14767058.2013.807240>
- Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Intarut, N., Mori, R., Ganchimeg, T., Vogel, J. P., & Souza, J. P. (2014). Advanced maternal age and pregnancy outcomes : a multicountry assessment. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121, (Issue s1) 49–57. <http://doi.org/10.1111/1471-0528.12659>
- Lavender, T., Logan, J., Cooke, A., Lavender, R., & Mills, T. A. (2015). “Nature makes you blind to the risks”: an exploration of womens' views surrounding decisions on the timing of childbearing in contemporary society. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 6(3), 157–163. <http://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.04.006>
- Le Navenec, C.-L. (2011). Philosophical roots of classical grounded theory: its foundations in symbolic interactionism. *The Qualitative Report*, 16(4), 1063–1080.
- Lean, S. C., Derricott, H., Jones, R. L., & Heazell, A. E. P. (2017). Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes : A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 12(10) 1–16.
- Lederman, R. P. (1996). *Psychosocial adaptation in pregnancy: assessment of seven dimensions of maternal development* (2nd ed.). New York: Springer.

- Leite, F. (2015). Raciocínio e procedimentos da grounded theory construtivista reasoning and procedures of the constructivist grounded theory. *Revista de Epistemologias da Comunicação*, 3(6) 20–21.
- Lempert, L. B. (2007). Asking questions of the data: memo writing in the grounded theory tradition. In Bryant, A. ; Charmaz, K. *The SAGE handbook of Grounded Theory* (pp. 245–264). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Letherby, G. (2002). Childless and bereft_ stereotypes and realities in relation to “voluntary” and “involuntary” childlessnessand womanhood. *Sociological Inquiry Alpha Kappa Delta*, 72(1), 7–20. <http://doi.org/DOI: 10.1111/1475-682X.00003>
- Lincoln, Y. S., Lynham, S., & Guba, E. B. (2011). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. In Denzin, N.K. ; Lincoln, Y. S. *The SAGE handbook of Qualitative Research* (4th ed., pp. 97–128). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Lindesmith, A. R., & Strauss, A. L. (1968). *Social psychology* (3rd ed.). New York: Holt, Rhinehart and Winston.
- Lipovetsky, G. (1997). *A terceira mulher: permanência e revolução do feminino*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lipovetsky, G. (2017). *A era do vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo*. Lisboa: Edições 70.
- Lisonkova, S., Sheps, S. B. B., P.A., J., Lee, S. K. K., Dahlgren, L., Janssen, P. A., ... Dahlgren, L. (2011). Effect of older maternal age on birth outcomes in twin pregnancies: a population-based study. *Journal of Perinatology*, 31(2), 85–91. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1038/jp.2010.114>
- Liu, K., Case, A., Cheung, A. P., Sierra, S., Alasiri, S., Carranza-mamane, B., ... Wong, B. C. (2012). Advanced reproductive age and fertility. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 117(1), 95–102. <http://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.11.002>
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, C. (2016). *Maternity & women’s health care*. (11th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Lupton, D., & Fenwick, J. (2001). “They’ve forgotten that I’m the mum’: constructing and practising motherhood in special care nurseries. *Social Science and Medicine*, 53(8), 1011–1021. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00396-8](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00396-8)
- Margolis, R., & Myrskylä, M. (2015). Parental well-being surrounding first birth as a determinant of further parity progression. *Demography*, 52, (4), 1147–1166 <http://doi.org/10.1007/s13524-015-0413-2>
- Marques, B., Palha, F., Moreira, E., Valente, S., Abrantes, M., & Saldanha. (2017). Being a mother after 35 years old: will it be different? *Acta Medica Portuguesa*, 30(9), 615–622. <http://doi.org/10.20344/amp.8319>
- Marshall, H. (1991). The social construction of motherhood: An analysis of childcare and parenting manuals. In & E. L. A. Phoenix, A. Woollett (Ed.), *Gender and psychology: motherhood: meanings, practices and ideologies* (pp. 66–85). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Matthey, S. (2011). Assessing the experience of motherhood: the being a mother scale (BaM-13). *Journal of Affective Disorders*, 128(1–2), 142–152. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.032>

- Mccallie, B. R., Parks, J. C., Strieby, A. L., Schoolcraft, W. B., & Katz-Jaffe, M. G. (2014). Human blastocysts exhibit unique microrna profiles in relation to maternal age and chromosome constitution. *J Assist Reprod Genet*, 31, 913–919. <http://doi.org/10.1007/s10815-014-0235-y>
- McGoldrick, M. (1995). As mulheres e o ciclo de vida familiar. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (2.ed., pp. 30–64). Porto Alegre: Artmed.
- McMahon, M. (1995). *Engendering motherhood: identity and self-transformation in women's lives*. New York: Guilford Press.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company. http://doi.org/10.1300/J018v25n03_05
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: development and progress* (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255–259. [http://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](http://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., & Messias, DeAnne K. H. Schumacher, K. (2010). Transition Theory. In Meleis, A. I. *Transitions theory: middle range and specific theories in nursing and practice* (pp. 52–72). New York: Springer Publishing Company.
- Mendes, M. F., Infante, P., Afonso, A., Maciel, A., Ribeiro, F., Tomé, L. P., & Freitas, R. B. (2016). *Introdução ao estudo Determinantes da fecundidade em Portugal*. Acedido em 26/11/2017. Retrieved from <https://www.ffms.pt/publicacoes/grupo-estudos/1517/determinantes-da-fecundidade-em-portugal>
- Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232.
- Mercer, R. T. (1986). *First time motherhood: experiences from teens to forties*. New York: Springer Publishing Company.
- Mercer, R. T. (2010). Becoming a mother versus maternal role attainment. In S. P. Company (Ed.), Meleis, A. I. *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company
- Mercer, R. T., & Walker, L. O. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(5), 568–582. <http://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00080.x>
- Miller, T., Birch, M., Mauthner, M., & Jessop, J. (2012). *Ethics in qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2002). Depression, parenthood, and age at first birth. *Social Science & Medicine*, 54(8), 1281–1298. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00096-X](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00096-X)
- Morse, J. M. (2007). Sampling in grounded theory. In Bryant, A. ; Charmaz, K. *The SAGE handbook of grounded theory* (pp. 229–244). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Myrskylä, M. F. A., & Fenelon, A. (2012). Maternal age and offspring adult health: evidence from the health and retirement. *Demography*, 49(4), 1231–57. <http://doi.org/10.1007/s13524-012-0132-x>.

- Nakamura, Y., Takeishi, Y., Ito, N., Ito, M., Atogami, F., & Yoshizawa, T. (2015). Comfort with motherhood in late pregnancy facilitates maternal role attainment in early postpartum. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 235(1), 53–59. <http://doi.org/10.1620/tjem.235.53>
- Nelson, A. M. (2004). A qualitative study of older first-time mothering in the first year. *Journal of Pediatric Healthcare*, 18(6), 284–291. <http://doi.org/10.1016/j.pedhc.2004.04.004>
- Nelson, S. K., Kushlev, K., & Lyubomirsky, S. (2014). The pains and pleasures of parenting: when , why , and how is parenthood associated with more or less well-being? *Psychological Bulletin*, 140(3), 1–50. <http://doi.org/10.1037/a0035444>
- Nelson, S. M., Telfer, E. E., & Anderson, R. A. (2013). The ageing ovary and uterus: new biological insights. *Human Reproduction Update*, 19(1), 67–83. <http://doi.org/10.1093/humupd/dms043>
- Neugarten, B. L., Joan W. Moore, & Lowe, J. C. (1965). Age norms, age constraints, and adult socialization. *American Journal of Sociology*, 70(6). Acedido em 3/11/2017. Retrieved from <https://doi.org/10.1086/223965>
- Newburn-Cook, C. V, & Onyskiw, J. E. (2005). Is older maternal age a risk factor for preterm birth and fetal growth restriction? a systematic review. *Health Care for Women International*, 26(9), 852–875. Acedido em 20/5/2013. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009061220&site=ehost-live>
- Ngai, F. W., Chan, S. W., & Holroyd, E. (2011). Chinese primiparous women's experiences of early motherhood: factors affecting maternal role competence. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9–10), 1481–1489. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03415.x>
- Nicholson, N. (1996). *Gender, power and organization*. London: Routledge.
- Nicolson, P. (1999). Loss, happiness, and postpartum depression: the ultimate paradox *Canadian Psychology*, 40, 162–178.
- Nogueira, C. (2001). *Um novo olhar sobre as relações sociais de género: feminismo e perspectivas críticas na psicologia social*. Braga. Fundação Calouste Gulbenkian
- OECD. (2011). Families are changing: in doing better for families (pp. 17–53). <http://doi.org/10.1787/9789264098732-en>
- Offer, S. (2014). Time with children and employed parents' emotional. *Social Science Research*, 47, 192–203. <http://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2014.05.003>
- Oliffe, J. L., & Bottorff, J. L. (2007). Further than the eye can see? photo elicitation and research with men. *Qualitative Health Research*, 17, 850–858.
- Oliveira, A. (1969). Feminismo. In *Enciclopédia Luso-Brasileira* (Lisboa). Verbo.
- Oliveira, M. A. M., Sousa, W. P., Pimentel, J.D.O., Santos, K. S., Maia, M. L. (2012). Advanced age pregnancy: review of literature. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 6(6), 1413–21. <http://doi.org/10.5205/reuol.2365-18138-1-LE.0606201219>
- Oliveira, R., Galdino, D., Cunha, C., & Paulino, E. (2011). Gravidez após os 35: uma visão de mulheres que viveram essa experiência. *Corpus et Scientia*, 7(2), 99–112.

- Oliveira, S. R. De, & Piccinini, V. C. (2009). Validade e reflexividade na pesquisa qualitativa. *Cadernos EBAPE.BR*, 7(1), 94–98. <http://doi.org/10.1590/S1679-39512009000100007>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (R. Pinto, H. Soares, M. Elisa, P. Helena, A. Cardoso, E. Morais, ... C. Paulino, Eds.). Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Acedido em 29/5/2017. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Osmundson, S. S., Gould, J. B., Butwick, A. J., Yeaton-Massey, A., & El-Sayed, Y. Y. (2016). Labor outcome at extremely advanced maternal age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(3). <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.09.103>
- Padgett, D. K., Smith, B. T., Derejko, K.-S., Henwood, B. F., & Tiderington, E. (2013). A picture is worth . . . ? Photo elicitation interviewing with formerly homeless adults. *Qualitative Health Research*, 23(11), 1435–44. <http://doi.org/10.1177/1049732313507752>
- Perla, L. (2001). Is In-Vitro Fertilization for Older Women Ethical? a personal perspective. *Nursing Ethics*. 8 (2) 152-158
- Perun, M. (2013). Maternal identity of women in the postpartum period. *Education Culture and Society*, (1), 95–105. <http://doi.org/10.15503/jecs20131-95-105>
- Peterson, H. (2011). Childfree: a stigmatized position. *Sociologisk Forskning* 48(3) 5-26
- Peterson, H. (2015). Fifty shades of freedom: voluntary childlessness as women ultimate liberation. *Women's Studies International Forum*, 53, 182–191. <http://doi.org/10.1016/j.wsif.2014.10.017>
- Petersen, K., Hvidman, H. W., Sylvest, R., Pinborg, A., Larsen, E. C., Macklon, K. T., ... Schmidt, L. (2015). Family intentions and personal considerations on postponing childbearing in childless cohabiting and single women aged 35-43 seeking fertility assessment and counselling. *Human Reproduction*, 30(11), 2563–2574. <http://doi.org/10.1093/humrep/dev237>
- Petrie, R. H., & Williams, A. M. (1996). Trabalho de Parto. In Knuppel, R. A. ; Drukker, J. E. *Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar* (pp. 233–250). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pintassilgo, M. L. (1981). Feminismo: palavra velha? *Reflexão Cristã*, 26, 12–16.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Portugal, S. (2014). *Famílias e redes sociais: ligações fortes na produção de bem-estar*. Coimbra.: Almedina
- Postmontier, B. E. (2002). Antepartum care in the twenty-first century. *Nursing Clinic North America*, 37, 757–769.
- Radley, A., & Taylor, D. (2003). Images of recovery: a photo-elicitation study on the hospital ward. *Qualitative Health Research*, 13(1).

- Ramalho, R., Adams, P., Huggard, P., & Hoare, K. (2015). Literature review and constructivist grounded theory methodology. *Forum Qualitative Social Research*, 16(3), 1–13.
- Reddy, U. M., Ko, C. W., & Willinger, M. (2006). Maternal age and the risk of stillbirth throughout pregnancy in the United States. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 195(3), 764–770. <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.06.019>
- Reece, S. M. (1995). Stress and maternal adaptation in first-time mothers more than 35 years old. *Applied Nursing Research*, 8(2), 61–66. [http://doi.org/10.1016/S0897-1897\(95\)80490-0](http://doi.org/10.1016/S0897-1897(95)80490-0)
- Relvas, A. P. (2007). A mulher na família: em torno dela. In A. P. Relvas & M. Alarcão (Eds.), *Novas formas de família* (2ª ed., pp. 299–340). Coimbra: Quarteto.
- Relvas, A. P., & Alarcão, M. (2007). *Novas formas de família*. (2a). Coimbra: Quarteto.
- Rich, S., Taket, A., Graham, M., & Shelley, J. (2011). Unnatural, unwomanly, uncreditable and undervalued: the significance of being a childless woman in Australian Society. *Gender Issues*, 28(4), 226–247. <http://doi.org/10.1007/s12147-011-9108-1>
- Roberts, E., Metcalfe, A., Jack, M., & Tough, S. C. (2011). Factors that influence the childbearing intentions of canadian men. *Human Reproduction*, 26(5), 1202–1208. <http://doi.org/10.1093/humrep/der007>
- Rodriguez-Romero, G., Leboreiro-Iglesias, J., Bernardez-Zapata, I., & Braverman-Bronstein, A. (2015). Complicaciones perinatales y natales asociadas con edad materna avanzada. *Rev. Sanid Milit Mex*, 69, 323–329.
- Rubin, R. (1976). Maternal tasks in pregnancy. *Journal of Advance Nursing*. 1 (5), 367–376.
- Saha, S., Barnett, A. G., Buka, S. L., & McGrath, J. J. (2009). Maternal age and paternal age are associated with distinct childhood behavioural outcomes in a general population birth cohort. *Schizophrenia Research*, 115(2–3), 130–135. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2009.09.012>
- Santos, G. H. N., Martins, M. G., Sousa, M. S., & Batalha, S. J. C. (2009). Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 31(7), 326–34. Acedido em 21/6/2016. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Fernanda_Surita/publication/38019717_Maternal_age_Perinatal_outcomes_and_mode_of_delivery/links/0c96052892ca91f046000000.pdf
- Santos, J. L. G., Erdmann, A. I., Sousa, F. G., Lanzoni, G. M. M., Melo, A. L. S. F., & Leite, J. L. (2016). Methodological perspectives in the use of grounded theory in nursing and health research. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 20(3), 1–8. <http://doi.org/10.5935/1414-8145.20160056>
- Santos, M. A. F. (1995). *Representação social do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica*. Dissertação de mestrado não publicada. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Santos, M. A., Lopes, M. A., & Botelho, M. A. (2018). Photovoice as a method of data collection in the study of motherhood over the age of 35: the power of images. In A. P. Costa, L. P. Reis, F. N. Souza, & A. Moreira (Eds.), *Computer Supported Qualitative Research, Advances in Intelligent Systems and Computing* (pp. 316–326). Springer. <http://doi.org/10.1007/978-3-319-61121-1>

- Schmied, V., & Barclay, L. (1999). Connection and pleasure, disruption and distress: women's experience of breastfeeding. *J Hum Lact*, 15(4), 325–334. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/089033449901500410>
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127.
- Schytt, E., Nilsen, A. B. V., & Bernhardt, E. (2014). Still childless at the age of 28 to 40 years: a cross-sectional study of Swedish women's and men's reproductive intentions. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 5(1), 23–29. <http://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.11.001>
- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20(2), 71–79.
- Serviço de Estrangeiros Fronteiras (2015). Relatório de imigração, fronteiras e asilo 2015. Lisboa: SEF. Retrieved <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2015.pdf>
- Shaffer, R. (1983). *Beyond the dispensary*. Kenia: African Medical and Research Foundation.
- Shardt, D. (2004). Delayed childbearing: underestimated psychological implications. *International Journal of Childbirth Education*, 20(3), 34–38.
- Shaw, R. L., & Giles, D. (2009). Motherhood on ice? a media framing analysis of older mothers in the UK news. *Psychology & Health*, 24(2), 221–236. <http://doi.org/10.1080/08870440701601625>
- Shelton, N., & Johnson, S. (2006). I think motherhood for me was a bit like a double-edged sword: the narratives of older mothers. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 16(4), 316–330. <http://doi.org/10.1002/casp.867>
- Shrim, A., Levin, I., Mallozzi, A., Brown, R., Salama, K., Gamzu, R., & Almog, B. (2010). Does very advanced maternal age, with or without egg donation, really increase obstetric risk in a large tertiary center? *J. Perinatal Medicine*, 38(6), 645–650. <http://doi.org/10.1515/JPM.2010.084>
- Silva, M. O. (2010). Gravidez nos extremos da vida reprodutiva. In Lidel (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (4^a ed., pp. 138–143). Lisboa.
- Simchen, Michal; Yinon, Yoav; Moran, Orit; Schiff, Eyal; Sivan, E. (2006). Pregnancy outcome after age 50. *Obstetrics & Gynecology*, 108(5).
- Singly, F. (2011). *Sociologia da família contemporânea*. Lisboa: Texto & Grafia.
- Stark, M. A. (1997). Psychosocial adjustment during pregnancy: the experience of mature gravidas. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 26(2), 206–211. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.1997.tb02134.x>
- Stein, Z., & Susser, M. (2000). The risks of having children in later life. *West J Med*. 173(5): 295–296.
- Steinberg, Z. (2005). Donning the mask of motherhood: a defensive strategy, a developmental search. *Studies in Gender and Sexuality*, 6, 173–198.
- Stern, D. S., & Bruschiweiller-Stern, N. (1998). *O nascimento de uma mãe: como a experiência da maternidade transforma uma mulher*. Porto: Ambar.

- Strauss, A., & Corbin, J. (1990a). *Basics of qualitative research*. (3rd ed.). Newbury Park: Sage Publications.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990b). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: Sage Publications.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. <http://doi.org/10.4135/9781452230153>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. (2nd ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Streubert, H., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (5ª Ed). Loures: Lusodidacta.
- Subrat, P., Santa, S. A., & Vandana, J. (2013). The concepts and consequences of early ovarian aging: a caveat to women's health. *J Reprod Infertil*, 14(1), 3–7.
- Sun, J.-C., Hsia, P.-H., & Sheu, S.-J. (2008). Women of advanced maternal age undergoing amniocentesis: a period of uncertainty. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2829–2837. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702-2007.02263.x>
- Suplee, P. D., Dawley, K., & Bloch, J. R. (2007). Tailoring peripartum nursing care for women of advanced maternal age. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(6), 616–623. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00197.x>
- Suresh, V. (2015). Advanced age maternal conception modern era etiology for high risk mother, fetus and newborn. *International Journal of Multidisciplinary Approach and Studies*, 2(4) 97-104.
- Tajfel, H. (1983). *Grupos humanos e categorias sociais*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Tanturri, M. L., & Mencarini, L. (2008). Childless or childfree? paths to voluntary childlessness in Italy. *Population and Development Review*, 34(1), 51–77. <http://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2008.00205.x>
- Tavares, P. (2010). Diagnóstico pré-natal de alterações genéticas. In Graça, L.M. *Medicina Materno-Fetal* (pp. 93–102). Lisboa: Lidel.
- Te Velde, E. R. (2011). Is women's emancipation still compatible with motherhood in western societies? In G. Beets, J. Schippers, & E. R. te Velde (Eds.), *The future of motherhood in western societies: late fertility and its consequences* (pp. 5–15). Dordrecht: Springer. http://doi.org/10.1007/978-90-481-8969-4_2
- Teti, M., Pichon, L., Kabel, A., Farnan, R., & Binson, D. (2013). Taking pictures to take control: photovoice as a tool to facilitate empowerment among poor and racial/ethnic minority women with HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 24(6), 539–553. <http://doi.org/10.1016/j.jana.2013.05.001>
- Thai, M. T. T., Chong, L. C., & Agrawal, N. M. (2012). Straussian grounded-theory method: an illustration. *The Qualitative Report*, 17, 1–55. Acedido em 1/8/2016. Retrieved from <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR17/thai.pdf>
- The Health Foundation. (2016). *Simplificando o cuidado centrado na pessoa*. Retrieved from <http://health.org.uk/publication/person-centred-care-made-simple>

- Thom, D. (1992). A lop-sided view: feminist history or the history of women? In K. Campbell (Ed.), *Critical feminism. Argument in the disciplines*. Buckingham: Open University Press.
- Tocchioni, V., Mynarska, M., Matysiak, A., Rybin, A., & Vignoli, D. (2015). Diverse paths into childlessness over the life course. *Advances in Life Course Research*, 25, 35–48. <http://doi.org/10.1016/j.alcr.2015.05.003>
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. (5ª ed.), Loures: Lusociência
- Tough, S. C., Vekved, M., & Newburn-Cook, C. (2012). Do factors that influence pregnancy planning differ by maternal age? a population-based survey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 34(1), 39–46. [http://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)35132-5](http://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)35132-5)
- Tough, S.; Benzies, K.; Fraser-Lee, N.; Newburn-Cook, C. (2007). Factors influencing childbearing decisions and knowledge of perinatal risks among Canadian men and women. *Matern Child Health J*, 11(2), 189–98. <http://doi.org/10.1007/s10995-006-0156-1>
- Twenge, J. M., Campbell, K. W., & Foster, C. A. (2003). Parenthood-and-marital-satisfaction-a-meta-analytic-review. *Journal of Marriage and Family*, 65, 574–583.
- Van Katwijk, C., Peeters, L. (1998). Clinical aspects of pregnancy after de age of 35 years: a review of the literature. *Human Reproduction Update*, 4(2), 185–194.
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do Autor.
- Vivian, A. G., Geara, G. B., & Piccinini, C. A. (2013). Eu fico comparando: expectativas maternas quanto ao segundo filho na gestação. *Estudos de Psicologia*, 30(1), 75–88. Acedido em 28/11/2017. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/s0103-166x2013000100009>
- Waldenström, U. (2016). Postponing parenthood to advanced age. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 9734(April), 1–9. <http://doi.org/10.1080/03009734.2016.1201553>
- Walker, K. F., Bradshaw, L., Bugg, G. J., & Thornton, J. G. (2016). Causes of antepartum stillbirth in women of advanced maternal age. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 197, 86–90. <http://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.11.032>
- Wall, K., Cunha, V., & Atalaia, S. (2013). Família. In J. L. Cardoso, P. Magalhães, & J. M. Pais (Eds.), *Portugal Social de A a Z - temas em aberto* (pp. 70–78). Paço de Arcos:Expresso.
- Wang, C. C. (1999). Photovoice: A participatory action research strategy applied to women's health. *Journal of Women's Health*. <http://doi.org/10.1089/jwh.1999.8.185>
- Wang, C., & Burris, M. A. (1997). Photovoice: concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health Education & Behavior*, 24(3), 369–387. <http://doi.org/10.1177/109019819702400309>
- Wertz, F. J., Charmaz, K., M, M. L., Josselson, R., Anderson, R., & McSpadden, E. (2011). *Five ways of doing qualitative analysis: phenomenological psychology, grounded theory, discourse analysis, narrative research, and intuitive inquiry*. New York: The Guilford Press
- Windridge, K. C., & Berryman, J. C. (1999). Women's experiences of giving birth after 35. *Birth*, 26(1), 16–23.

- Yang, Y.-O., Chen, C.-H., & Chiu, H.-L. (2010). Becoming a mother: cultural implications with Parse's theory. *Nursing Science Quarterly*, 23(3), 240–244. <http://doi.org/10.1177/0894318410371832>
- Younis, J., & Laufer, N. (2015). Oocyte donation is an independent risk factor for pregnancy complications: the implications for women of advanced age. *Journal of Women's Health*, 24(2), 127–130. <http://doi.org/10.1089/jwh.2014.4999>
- Zasloff, E. Schytt, E. Waldenström, U. (2007). First time mothers' pregnancy and birth experiences varying by age. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 86(11):1328-36. <http://doi.org/10.1080/00016340701657209>
- Ziebe, S., Loft, A., Petersen, J. H., Andersen, A. G., Lindenberg, S., Petersen, K., & Andersen, A. N. (2001). Embryo quality and developmental potential is compromised by age. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(2), 169–74. <http://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2001.080002169.x>

APÊNDICES

Apêndice I

Perfil Sociodemográfico das Participantes

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PARTICIPANTES

CÓDIGO	DATA ENTREVISTA	DURAÇÃO e LOCAL	IDADE	IDADE COMP.	TIPO DE PARTO	TEMPO DE PUERPÉRIO	PARIDADE/IDADE DOS FILHOS	PROFISSÃO	ESCOLARIDADE	RELIGIÃO	RAÇA/ETNIA	NACIONALIDADE
E1	10/3/2015	30 min/HFF	39		eutócico	2º dia do puerpério	2º filho (1º 6 anos)	cabeleireira, esteticista	12º ano	católica	caucasiana	portuguesa
E2	11/3/2015	45 min/HFF	38	25	eutócico	2º dia do puerpério	5º filho (19, 7, 5, anos e 19M)	desempregada	7º ano	católica	caucasiana	portuguesa
E3	2/4/2015	36min/HFF	35		eutócico	8º dia do puerpério	1º filho	cabeleireira, esteticista	12º ano	agnóstica	caucasiana	portuguesa
E4	2/4/2015	25 min/HFF	40	38	Cesariana+ LT	4º dia do puerpério	4º filho : 21 anos; 20 anos; 17 anos; 4 dias	desempregada	12º ano	Evangélica	Mestiça	brasileira
E5	2/4/2015	35 min/HFF	43 anos		cesariana	3º dia do puerpério	1º filho	desempregada	12º ano	católica	caucasiana	francesa
E 6-1	3/4/2015	30 min/HFF	43 anos	43 anos	cesariana	2º dia do puerpério	2º filho (2 A; 2 dias)	cabeleireira	9º ano	agnóstica	caucasiana	portuguesa
E 6-2	28/4/2015 7 Fotos	1h05 min/domicílio				26º dia do puerpério						
E 6-3	9/6/2015 6 Fotos	1h 35 min/domicílio				9 semanas						
E 7-1	14/4/2015	30 min/HFF	36	26	fórceps	2º dia do puerpério	2º filho (8 A; 2 dias)	Desempregada/medicina trad. chinesa	licenciatura	católica	caucasiana	portuguesa
E 7-2	5/5/2015 4 Fotos	1h20 min/domicílio				3ª semana						
E 7-3	3/6/2015 2 Fotos	2h 00 min/domicílio				8ª semana						

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PARTICIPANTES

E 7-4	8/9/2015	1h 20' min/ domicílio						5 meses	1º filho	advogada		licenciatura	Evangélica	Africana	angolana
E 8	24/4/2015	40 min/HFF	35		Eutócico			3º dia do puerpério	1º filho					Africana	angolana
E9	21/4/2015	30 min/HFF	37	35	cesariana			4º dia do puerpério	1º filho	Esteticista		12º ano	católica	caucasiana	brasileira
E 10	2 /5/2015	45 min/HFF	35	30	cesariana			2º dia do puerpério	1º filho	escriturária		12º ano	católica	caucasiana	portuguesa
E11	22/5/2015	50 min/HFF	36	30	cesariana			2º dia do puerpério	1º filho	Subgerente estabelecimento comercial		12º ano	católica	caucasiana	portuguesa
E12	22/5/2015	40 min/HFF	40	47	Eutócico			2º dia do puerpério	6º filho (25,22,20,13,6 anos)	Empregada a limpeza		8º ano	católica	caucasiana	portuguesa
E13	29/5/2015	35 min/HFF	41	41	Eutócico			3º dia do puerpério	2º filho (23 A;3 d)	doméstica		4º ano	católica	Africana	cabo verdiana
E14	29/5/2015	30 min/HFF	40	34	Eutócico			2º dia do puerpério	4º filho (22A, 19A, 12A, 2 dias)	Auxiliar de Lar		7º ano	católica	Africana	cabo verdiana
E15	4/6/2015	45 min/HFF	41	39	Eutócico			2º dia do puerpério	4º filho (17A, 16A, 11A, 2 dias)	Emp. hotelaria		9º ano	católica	Africana	angolana
E16	4/6/2015	30 min/HFF	36	39	Eutócico			2º dia do puerpério	2º filho (8A, 2 dias)	Emp. hotelaria		9º ano	católica	caucasiana	portuguesa
E17	11/6/2015 2 Fotos	40 min/HFF CPP	39		Eutócico			2 1/2 meses 11 semanas	2º filho (6A, 2 1/2 meses)	terapeuta ocupacional		licenciatura	católica	caucasiana	portuguesa

Apêndice II

Guião entrevista

Se necessário acrescentar as seguintes perguntas:

- 4 - Quais os que momentos que considera importantes nesta experiência?
- 5 - O que têm de especial para si esses momentos?
- 6 - O que foi fácil?
- 7 - O que foi difícil? Que dificuldades enfrentou?
- 8 - O que fez para resolver, enfrentar as dificuldades?
- 9 - Que mudanças houve?
- 10 - Sempre foi assim?
- 11 - Pode-me dar um exemplo?
- 12 - Pode explicar um pouco mais?

Perguntas relativas às fotografias:

1. O que a levou a tirar esta fotografia? (explicação)
2. Fale-me um pouco desta fotografia.
3. De que trata esta fotografia? O que é mais importante nesta fotografia? O que pretende expressar/transmitir?
4. Se tivesse que explicar esta fotografia, por telefone (a uma pessoa que não a pudesse ver) o que diria? Como a descreveria (descrição)

ENCERRAMENTO

- Síntetisar
- Reforçar utilidade
- Mostrar disponibilidade e interesse para novo contacto, marcar nova entrevista
- Agradecer

Apêndice III

Verbatim de entrevista

Nº de Ordem: E20

Identificação e contacto

Nome: A. L. T. B. Q.

Etnia: caucasiana

Religião: agnóstica

Idade:47

Idade do companheiro/marido:48

Profissão: Eng. Do Ambiente

Escolaridade: Licenciatura

Nº filhos e idades:2 meses

Tipo de parto: cesariana

Data do parto:7 /11/2016

Idade Do Bebê: 2 meses

Nome do bebê: Hugo

Contacto: tlm: xxxxxxxxxxxx email: xxxxxxxx@gmail.com

Outro:

Residência:

Local onde se realizou a entrevista: ESEL

Data em que se realizou a entrevista:24/1/2017

Tempo de duração: 1h 35' início: 15:00 fim:17:05

Investigador (I): Para começar vou-lhe perguntar: porquê ser mãe?

Participante (P): (ri-se) Ahh ... acho que é uma coisa É o instinto, é o instinto, não é? apesar de ter surgido tarde, de repente há ... não foi de repente, foi uma evolução, uma necessidade de algo mais ... de ... ah eu acho que é mesmo biológico, foi algo que não foi racional, foi, foi ... eu na altura falei com o meu companheiro e demorou uns dois anos até que “sim está na altura” e ... não houve assim nenhuma razão, não foi racional, acho que mesmo assim o instinto que veio e surgiu também numa altura em que a profissão também é importante neste campo, fui deixando passar o tempo, agora não posso, agora estou numa situação mais difícil de trabalho não está na altura, até que chegou uma altura “vou arriscar, vou”, nem é bem “vou arriscar”, é “vamos tentar” ...

(I): E isso é acerca do momento, não é, do momento da escolha, do momento em que quis ser mãe, em que decidiu ser mãe ou que o casal decidiu serem pais, mas o ser mães *para quê?*

(P): não tinha assim um *para quê*, podia dizer que era para sentir um amor incondicional, isso a maternidade não faz um amor incondicional, não tive um *para quê*, não tive um propósito, não é para me acompanhar no futuro ... eu necessitava de estar grávida, acho eu ... gostava de passar pela gravidez; claro que o bebé é consequência da gravidez, o meu objetivo não era só estar grávida, mas era uma coisa que me emocionava bastante e tinha essa expectativa de estar grávida, de como é que é esse processo todo? Ah ... mas não pensei vou ser mãe para quê, porquê, não, não pensei muito no futuro, no bebé ...

(I): e agora pensa, agora que já é mãe, não é, já passou a fase da gravidez e já tem o bebé, quando pensa que já é mãe, os seus pensamentos modificaram-se, a sua concepção da maternidade?

(P): sim, sim, tinha uma visão um bocado romântica do que é a maternidade – e não é, não é! – pelo menos nos primeiros meses, nestes primeiros dois primeiros meses é muito pouco romântico porque há muitos problemas, eu tinha a noção de que era só maravilhas e de as pessoas, do que as outras mães diziam das noites, do stress, do ... das depressões, eram tudo pessoas que não tinham ... que não estavam seguras de si (ri-se); vim a perceber que não, que esta fase romântica não, não se concretizou e ... a maternidade agora vejo-a assim esta fase inicial.

(I): deixe-me só aprofundar um bocadinho isso: quando diz que tinha essa visão romântica e que agora não tem, estes primeiros dois meses que não é nada romântico, pode-me concretizar quais são os momentos que a levam a dizer isso?

(P): o dormir pouco, o facto de não conseguir conciliar no início o sono com as tarefas todas que tinha, há ... as emoções todas, que é hormonal com certeza, há que não estava à espera ... sabia que existiam, mas não estava à espera de serem assim, há ... uma sensação de falta de apoio ... pensava ... julgava que não ía precisar de ninguém que eu sozinha ía conseguir resolver tudo e ... e estou grata estão-me a ajudar em casa e tudo, mas passa muito por isso que era tinha a noção que me ía desenrascar, que era muito fácil e não é, não é; passam-se dias que se não houvesse pessoas a ajudar-me não havia comida, sair à rua,

essas coisas que tenho que tratar que são coisas que p. ex. a segurança social, aquelas coisas que têm aquelas datas e que têm mesmo de ser tratadas com bebé ou sem bebé, conciliar essas coisas foi difícil.

(I): Quem é que – quando se está a referir que há pessoas que a ajudam - quem são?

(P): eu neste caso – a minha casa está em obras, então eu estou a viver temporariamente em casa dos meus sogros que quando o bebé nasceu eu pensei “bem eu queria era estar na minha casinha”, mas há males que vêm por bem e o facto de estar na casa deles tenho as refeições sempre prontas, não tenho de me preocupar com nada, nem com compras nem nada, a limpeza da casa não me preocupo com nada, mas mesmo assim sinto às vezes que estou sozinha. Mesmo com o pai a ser uma pessoa muito atenta, muito próxima, mesmo assim tenho às vezes aquela sensação de estar sozinha.

(I): É uma dessas dificuldades nestes dois meses?

(P): sim.

(I): é a solidão?

(P): eu ...solidão ... solidão, não é isolada, falta-me alguém que esteja nas mesmas condições que eu; alguém que possa partilhar ... ou mães ou profissionais. O facto de ter alguns contactos, mas não é no dia-a-dia, ter as refeições, ter o apoio da limpeza, mas é alguém com quem eu partilhe a experiência porque os meus sogros não estão a par, nem o meu companheiro, nem percebe e nem eu consigo transmitir; não é solidão de estar sozinha sem ninguém, não ...

(I): porque tem gente

(P): sim, isso gente tenho, só que não estão nem lá, nem eu consigo transmitir a ... as sensações que vou passando na experiência; é mais ter alguém que esteja a passar pelo mesmo ou um profissional que esteja ...

(I): que a compreenda ...

(P): sim, que compreenda o que isto é.

(I): falou no companheiro, que mesmo o companheiro não se apercebe dessa sua dificuldade, ou que não a consegue transmitir?

(P): eu acho que não consigo transmitir, eu acho que não consigo transmitir, mas por exemplo nós fizemos a preparação para o parto em que se falou destas alterações todas, as alterações hormonais, a necessidade da mãe logo a seguir precisar de apoio, e ele dá-me apoio que acha que dá, mas ... eu queria diferente; se calhar estou a exigir uma coisa dele que ele não me pode dar. Eu sinto falta de alguém com quem partilhe esta experiência e isso às vezes deixa-me bastante em baixo, apesar de eu saber que ele está a dar o que ele pode e que ... eu queria mais! (ri-se)

(I): mas era em quê? O que é que queria exatamente?

(P): alguém que perceba porque é que naqueles momentos em que eu estou triste, há momentos em que estou muito contente com o bebé, mas há momentos em que me vou abaixo, não digo deprimida nem nada disso, mas há ... e tento transmitir, passar para ele que naquele dia não fiz mais nada, só ... não saí do quarto e de repente por qualquer coisinha desato a chorar, tento falar com ele e ao falar com ele parece que ele não valoriza e eu também não lhe sei transmitir isso, eu “realmente eu estou aqui a chorar para quê? Não me aconteceu nada de mal, o bebé está ótimo, tenho comida, tenho ...”, mas não consigo transmitir isso a ele e isso frustra-me um bocadinho.

(I): agora que está a relatar essa sua experiência e estas suas dificuldades, as outras participantes têm falado que uma das situações que elas têm dificuldade, e é principalmente nestes primeiros dois meses, é o estar muito em casa, sair pouco; não só o que disse também o partilhar com outras pessoas, mas sentirem-se – e por isso eu falei na solidão – porque o sair de casa, o ver outras pessoas era importante. Isto aplicasse-lhe?

(P): aplica-se, até porque eu vivia no centro de Lisboa ao pé das Amoreiras, bastava sair à rua e estava no meio de gente e agora estou em casa dos meus sogros que fica numa zona residencial com poucas casas que para ir a um café é preciso andar 500 metros ou mais, há ... e sim isso aplica-se, mas eu pronto, apesar disso meto-me no carro e vou, apesar de eu não gostar muito de o levar no carro sozinha, consigo sair ... (interrompemos porque o bebé começa a chorar), mas é muito difícil, é muito difícil, é muito diferente sair sozinha ou sair com um bebé, é uma logística que eu não tinha. E realmente tenho essa sensação de estar sozinha até porque em casa dos meus sogros não estou a receber os meus amigos, pronto não me sinto à vontade que eles vão lá e fiquem lá e isso sim, isso também... às vezes

quando vamos mostrar o bebê ou algum dos nossos amigos querem conhecê-lo nós vamos a casa deles e aí sim estou com mais gente que não seja só aquela gente, os meus sogros, o meu companheiro ...

(I): portanto o convívio social é algo de que sente muita falta?

(P): sim, sim, sim.

(I): perguntava-lhe também se em termos do trabalho – está de licença de maternidade, não é?

(P): sim, sim

(I): portanto neste momento não se encontra a trabalhar?

(P): não, não

(I): sente falta do trabalho?

(P): ahhh (suspira) eu estava a precisar de descansar muito do trabalho; isto veio, isto correu muito ... pronto Estive internada um bocadinho, estive de baixa antes, estive internada e soube-me bem! (ri-se) ah, mas é verdade que de vez em quando lembro-me do trabalho e penso “agora até gostava de estar a desenvolver estes assuntos”, é por aí. Mas tenho estado a não receber telefonemas, eu peço aos meus colegas “olha, se houver problemas, se fôr um problema muito, muito grave é que me ligam, mas prefiro agora para já não fazer essas coisas e quando eu voltar daqui a dois ou três meses há põem-me ao par das coisas”; mas de vez em quando até nem me fazia mal, estar no meio de, do mundo laboral.

(I): outras participantes também referiram que sentiam falta do trabalho e outras que não eram empregadas por conta de outrem que sentiam o trabalho, porque recomeçaram a trabalhar ou em *partime* ou em *full-time*, e que sentiam o trabalho como um escape.

(P): Já pensei nisso, mas eu quero aproveitar todos os momentos; eu por mim, se pudesse, tinha uma licença de um ano para acompanhar o bebê e para ver a evolução dele porque eu não vou ter outro e não vou ter muito mais tempo de uma vida profissional a trabalhar, ocupada e queria muito vê-lo a crescer o mais tempo possível, estar o mais tempo com ele, mas acredito ... de vez em quando tenho essa questão “era mais fácil estar a trabalhar do

que estar a viver isto tudo, não é só o cuidar dele, é viver esta situação toda de não sair, de não ver ninguém”, mas não penso, sei que isso me passou pela cabeça, sei que isso é possível, mas não quero voltar para o trabalho como escape. Podia estar a pensar ir um dia ou dois, mas para mim também não seria ... também não sabemos ... era estar a afastar-me dele ... acho que isso ... não, não, para mim não!

(I): outro aspecto que as participantes sugeriram foi que o melhor para elas foi conseguir trabalhar em casa remotamente, ou seja, levar o trabalho para casa e conseguirem trabalhar em casa.

(o bebé começa a choramingar)

(P): Eu também estou a ver pela lei do trabalho se há essa possibilidade. Eu acho que há e ver com a minha entidade patronal se posso fazer, mas a questão é que trabalhar com o bebé ao mesmo tempo não, não vai dar.

(interrompemos para dar de mamar).

Porque estar em casa a trabalhar e com ele em casa e ele ao lado ... nem trabalho, nem cuidava dele, então não me importo de estar a trabalhar em casa remotamente, mas que ele esteja num sítio próximo, nem que seja um berçário – isso depois dos 6 meses, não antes – num berçário que eu saiba que a qualquer momento eu possa ir lá, ir lá busca-lo e não ter de esperar pelas 8 da noite para sair do trabalho ... é por aí ... sim, mas já pensei nisso, já, mas não com ele em casa porque não conseguia trabalhar nem cuidar dele.

(I): já agora que está a amamentar, pergunto-lhe como é que foi a experiência da amamentação?

(P): tem sido ótima, adoro dar de mamar. Nos primeiros dias não correu muito bem porque ele nasceu antes do tempo, foi de cesariana porque foi uma placenta prévia e portanto ele teve que nascer antes de entrar em trabalho de parto, ele ainda não devia estar preparado e não mamava, não comia ...

(I): quantas semanas tinha?

(P): tinha 38 e ... foram 3 dias de estar a acordar de 2 em 2 horas, a tentar que ele comesse, a despi-lo, a pôr água fria – era o que me diziam lá na maternidade – e isso foi, foi difícil

por causa do cansaço e como foi cesariana tinha muitas doras e eu a acordar de duas em duas horas ... essa fase, esses dias foram complicados pelas dores e pelo cansaço. Mas tem corrido bem, mama bem, houve a tal questão o cansaço naquela altura em que ele mamava mais vezes e eu não estava a conciliar bem o sono ... hã ... o dar de mamar às vezes era cansativo “ah já vem outra vez”, mas isso agora está a suavizar e também nunca tive assim grandes problemas de grandes dores.

(I): Perguntava-lhe também acerca desta sua experiência, se já se considera uma mãe plena?

(P): mãe plena!? Nem sei o que isso é! (ri-se)

(I): se não sente que ..., no início as pessoas têm muitas dificuldades, muitas dúvidas, muitas incertezas e a partir de uma certa altura começam a sentir-se já um bem-estar...

(P): sem dúvidas? Que não tem dúvidas?

(I): no seu exercício da maternidade ...

(P): Nos primeiros tempos, nas primeiras semanas eu precisava sempre de um apoio de confortar, de telefonar para as enfermeiras que me acompanharam e agora estou a precisar menos desse apoio e de consultar a internet para ver qualquer coisa, acho que estou mais a deixar ir e a viver o dia-a-dia, a ver a evolução dele e a minha ... porque devo estar a caminhar para isso, ainda não estou, claro, tenho dúvidas, não é, mas estou confiante.

(I): Está confiante? Está segura?

(P): é, estou confiante.

(I): sente-se competente?

(P): sim ... sim, isso eu acho que até já sentia antes – é preciso dizer que eu preparei-me para uma gravidez e para um nascimento há muito tempo, porque eu a primeira vez que engravidei, foi há oito anos, tive vários abortos e fui-me preparando, fui estudando, ía lendo, ía preparando, ía preparando, por isso depois é como ir para um trabalho que já sabia o que é que devia fazer ... no geral, no geral...

(I): faltava a parte prática?

(P): faltava a parte prática (ri-se) que não é assim, não é bem às vezes como a gente está a pensar, mas as coisas estão surgindo, estou a ... parece que as coisas não são novas, pronto já sei que o bebé vai passar por esta fase, há sei mais sobre o que o bebé vai passar do que por o que eu vou passar.

(I): Portanto as suas dificuldades são mais em relação a si do que ...

(P): a mim, a mim ...

(I): do que em relação ao cuidar do bebé?

(P): exato, exato, é isso. Porque esta questão que eu julgo ser hormonal, de estar um bocadinho instável às vezes, desvalorizei, quer dizer pensei que isso não me ia acontecer, não é? (ri-se) portanto as dificuldades têm mais a ver comigo, com o que eu estou a sentir, com a minha reação, não tanto com o cuidar dele.

(I): essa parte foi uma grande novidade para si, a instabilidade emocional?

(P): foi apesar de saber que era uma coisa que quase todas as mães passam, eu pensava que não ia passar ... porque não, sei lá eu meti na cabeça que eu já sabia isto tudo e quando a coisa bate eu sei que estou a passar por isto, eu sei, eu sei que é a questão hormonal, sei que o cansaço também ajuda ou prejudica neste caso, nestas ... nestas sensações, não é? e ... mas julguei que não ia acontecer comigo; racionalmente eu sei “eu estou a passar por esta fase, isto são as hormonas, isto é o cansaço e não sei o quê, eu estou a culpar o meu companheiro e não devia estar a culpá-lo mas culpo” há ... é um contrassenso eu saber das coisas, saber o que estou a passar e continuo a ... e continuo a ... e comporto-me ... é uma coisa estranha, eu saber que estou a passar por essa situação, sei o que se está a passar e não saber parar!

(I): é conseguir antecipar, conseguir perceber, mas não conseguir gerir, não é? não conseguir ter o domínio?

(P): é, é isso.

(I): não conseguir ter o domínio das emoções. Portanto a maternidade, a experiência da maternidade até agora, tem determinado principalmente a sua vivência das emoções, o lado emocional?

(P): sim, sim, apesar de saber que isso ia acontecer ...

(I): mas porque até aí – agora deixe-me perguntar-lhe – que até aí, na sua experiência de vida isso nunca tinha acontecido, ou seja, sempre foi, sempre conseguiu gerir as suas emoções de uma forma mais ...?

(P): mais fria, de uma forma mais fria, mais controlada; não quer dizer que seja a a melhor. Sei lá, eu evitava certas agressões pondo uma máscara “pronto agora não estou a sentir, agora não vou sentir isso”, sei lá um problema qualquer mais emocional, não tanto de trabalho ou isso, há ... punha a tal máscara e conseguis ultrapassar a questão. Agora acho que tudo veio ao de cima, é tudo muito mais intenso todas estas emoções e não estou a controlar tão bem. Se calhar não quero controlar ... (ri-se), mas pronto, não tenho controlado tanto estas variações ...

(I): estas variações de humor.

Queria perguntar-lhe outra coisa, mas entretanto esqueci-me, mas hei-de lembrar-me.

Falou nos apoios e depois desviámo-nos, mas eu queria perguntar-lhe acerca desse apoio que sente, esse apoio familiar, quem é que a tem apoiado, quem são as pessoas que a apoiam?

(P): As pessoas com quem eu estou a viver não me apoiam emocionalmente. Não devem saber, não devem conseguir, estão noutra e que são os meus sogros e o meu companheiro; o meu companheiro sim, acompanha-me muito mais, mas sinto mais das amigas minhas que agora não estou em contacto físico com elas, mas pronto, por telefone e que vamos falando e que realmente eu comparo as situações, elas “eu já passei por isso, se calhar vai-te acontecer assim”, realmente é mais pessoas que já tiveram filhos, amigas minhas que já tiveram filhos e até as enfermeiras onde eu fiz o curso da preparação para o parto que ficámos com os contactos e vou lá de vez em quando ao sítio e o apoio é grande e tenho gostado bastante desse apoio.

(I): e em termos de logística mais material, apoio não emocional, quem é que a tem apoiado?

(P): ah isso têm sido os meus sogros e o meu companheiro. A minha mãe não está próxima, está longe, não é muito longe, mas como ela também está a precisar porque o meu pai

morreu nem um mês antes dele ter nascido e as emoções – essa também é outra das razões porque as minhas emoções não estarem assim muito estáveis ... hã, não fiz o luto ainda ... e pronto, são os meus sogros que me apoiam nessa parte mais material.

(I): Outras participantes têm referido também que sentem um grande apoio principalmente das mulheres, principalmente da mãe e da sogra, portanto das figuras femininas e que sentem que há uma reaproximação à mãe.

(P): sim houve ... há uma reaproximação à minha mãe, vamos lá a ver uma coisa, apesar de a minha mãe quando eu nasci já era de uma certa idade eu tenho uma diferença grande da minha mãe e a maternidade da minha mãe já foi há 47 anos, é muito tempo. Essas questões práticas de cuidar do bebé não têm nada a ver com o que se pratica agora; esse apoio não tenho tido, nem da minha sogra, mas quando eu preciso a minha sogra cuida dele, está disponível, mas aquelas coisas que nós aprendemos, que eu acho que ... não é só aprender é o instinto, não tem a ver com o que eles praticavam na altura. É isso, nesse aspeto não tenho esse apoio, são mais as pessoas que tiveram bebé há menos tempo.

(I): e nesta altura também é o que sente que é o que precisa mais, não é?

(P): É, é.

(I): agora já me lembro o que lhe queria perguntar: disse há bocado que desde há 8 anos que andava a tentar engravidar e que pelo meio tinha tido vários abortos

(P): sim, sim

(I): e eu pergunto-lhe se acha que esta dificuldade em engravidar e em manter a gestação porque

(P): eu engravidar , engravidava ...

(I): sim, mas porque é que era?

(P): ah nunca se chegou a saber, fizemos imensos exames eu e o meu companheiro, mas nunca se chegou a saber; foram inconclusivos os exames, nunca soubemos o porquê destes abortos recorrentes. Engravidava e no primeiro trimestre perdia e nunca se conseguiu perceber o porquê.

(I): e acha que tinha alguma coisa a ver com a idade?

(P): Ah ... eu achava que não, ... mas é provável que os óvulos ... já não sejam ... a mesma coisa. A minha médica dizia que não que isso não tinha lógica nenhuma porque as mulheres têm bebés até aos tantos (anos), mas são mulheres que já tiveram filhos antes; há mulheres que ... a minha mãe nasceu quando a minha avó já tinha 46 anos, mas já tinha tido 3 filhos ... há agora pela primeira vez não era assim tão comum acontecer isso. Mas pronto, nunca chegámos a saber o que é que era.

(I): vamos voltar a outra questão e que é a seguinte: acha que a maternidade a tornou uma pessoa diferente?

(P): ... ainda é pouco , ... mas, mas sim. Acho que dou menos ... não é menos importância, é menos, não me preocupo tanto com o que os outros, com o que faço transparecer ... não me importo com o que ... deixa lá a ver se consigo ... estava a ver se arranjava aqui algo mais concreto ... acho que não tenho que provar nada, que não tenho que provar nada, mais nada aos outros. Ainda não retomei o trabalho, no trabalho temos que estar sempre a prestar provas, quase, há mas a sensação é; “isto não é ...”

(I): não tem que provar mais nada porque já provou alguma coisa importante?

(P): não, é que no dia-a-dia, no trabalho temos que estar sempre a apresentar resultados, provarmos que estamos ao nível que é exigido, há perante os amigos ou outras pessoas temos que seguir uma certa linha na sociedade, temos que seguir ... não é ter de seguir, mas comportar-me da mesma maneira, mostrar que sou assim ... e neste momento não me interessa o que é que eles pensam ou se estou ou não estou a seguir as regras do grupo, vamos lá ... já não ... estes dois meses fizeram-me ultrapassar isso. Não sei se daqui a alguns meses não volto a ter esta consciência de estar na sociedade, envolvida num grupo e a ter de cumprir, de ter de provar qualquer coisa.

(I): Portanto o seu posicionamento social alterou-se?

(P): agora sim, agora estou um bocadinho afastada de tudo ... há tinha uma vida social e cultural “à antiga” e agora já não tenho! (ri-se) Agora acabou tudo! Isso também foi uma das coisas que nos primeiros tempos, nas primeiras semanas, notei uma diferença grande, eu acho.(o bebé choraminga) Ah ... mas agora já me habituei a não ter, a não ir a lado nenhum, não vou a um teatro, não vou a um cinema, não vou ver uma exposição ... é assim:

agora não tenho que provar “olha agora estou aqui, eu vim a esta exposição, estou aqui com os meus amigos” , sei lá, tipo ... é mais por aí – tenho algo mais importante agora para tratar!

(I): Mas sente que as suas características também mudaram? (31:08)

(P): isso ainda é cedo ... ainda é cedo para eu notar ... as minhas características? A minha maneira de ...?

(I): de ser, a maneira de ser? Um bebé traz muitas mudanças, nós sabemos; até que ponto é que essas mudanças são mudanças que se reflectem na nossa forma de ser, na nossa forma de estar, nas nossas características?

(P): sim, sim. Eu não tinha manifestações de carinho ou de ... ou de ... de afinidades em público e agora não me importo nada de estar com ele (aponta para o bebé) e que as outras pessoas vejam que está a ...

(I): com ele, com o bebé?

(P): sim, e estou mais próxima das pes... é ... encarar esta questão também da maternidade é uma coisa muito ... não é tabu, mas não falo disso, e agora não me importo nada de estar a dizer “olha ...”, alguma vez eu pensava que era capaz de dar de mamar em público ou coisas assim ... isso deixou-me mais descontraída.

(I): Portanto está mais descontraída ...

(P): na maneira também como transmito as minhas emoções, há e falo de coisas que antes “ah, é melhor não falar, é melhor não falar porque as pessoas podem levar a mal”, é claro que não sou mal-educada com as pessoas, mas dou um bocadinho mais de mim do que dava antes.

(I): E é capaz de falar mais de si e da sua intimidade, dos seus sentimentos e das suas emoções, é? é isso que me está a dizer?

(P): sim com certas pessoas que antes nunca falava, eu agora estou a ver os meus sogros ou alguma família mais próxima ... há tenho falado mais acerca disso.

(I): Algumas participantes dizem que se tornaram mais calmas ...

(P): eu já era uma pessoa relativamente calma ... pelo menos tento transmitir calma, por dentro às vezes não é bem, mas ...

(I): e mais seguras ...

(P): é, é mais segura. É possível, eu estou na expectativa de quando voltar , quando voltar ao trabalho ver como é que , ver qual é a minha postura; por acaso estou curiosa de saber como vai ser.

(I): Há outra coisa que as mães dizem é que estão mais tolerantes ...

(P): hummm ... não isso não consigo ainda, para já ainda não consigo identificar isso. A tolerância podia ser tolerância com outros ou com ...?

(I): no geral.

(P): no geral, não para já ainda não consigo.

(I): ainda não consegue. (o bebé recomeça a choramingar).

Há mães também que dizem que neste percurso que se tornaram melhores pessoas, melhores pessoas na medida em que perceberam que estão mais atentas aos outros.

(P): ah, sim, isso sim! Isso eu noto, eu estou mais ... sim, eu noto e isso noto; eu era um bocadinho mais fria, mais ... (o bebé começa a chorar), mais fria e não me interessava muito pelo que ... por certo tipo de emoções, de comportamentos e de ... eu não ligava, e agora estou mais sensível, há até a algumas notícias, notícias ou situações em que eu seria mais intolerante e criticava e agora já consigo pôr-me do lado de lá.

(I): ser mais empática, pôr-se mais no papel do outro?

(P): sim, sim. Sem dúvida.

(I): Outras, também diziam que esta questão das emoções, que ficaram mais atentas às emoções e que o estarem mais atentas tornou-as, que perceberam que para cuidar bem do bebé e dos outros, por exemplo no caso de haver outros filhos, que era muito importante estarem bem emocionalmente; a importância de primeiro estarem bem, de se cuidarem para depois cuidarem dos outros, do bebé ou outras pessoas.

(P): sim, sim, sem dúvida, eu por acaso digo isso muitas vezes ao meu companheiro; em situações como ele “olha o bebê está a chorar” e não sei o quê, e eu digo-lhe “primeiro deixa-me eu pôr-me bem porque se eu não estiver bem ele também não vai estar, porque ele consegue perceber e eu também não vou conseguir transmitir calma” - sim, isso sim. E espero que isto se mantenha porque eu, às vezes a tendência é para pôr os outros primeiro, principalmente no trabalho, se os outros estão a precisar de mim eu ponho, eu trabalho mais horas, faço isto, faço aquilo e muito em detrimento das minhas necessidades ou do que até onde eu posso ir. Sim, mas isso sim, estar eu bem para o deixar bem e tenho feito para que isso aconteça, tentar cuidar de mim, há tentar não me desleixar, há dias em que ... (o bebê recomeça a choramingar) mas pronto era isso que eu estava a dizer: tentar não me desleixar muito para me sentir-me bem e depois cuidar dele, claro, as novas exigências.

(o bebê está com sono e interrompemos até que adormeça).

(I): Estava a falar do cuidar de si e que sentia essa necessidade de não se desleixar; e esse não se desleixar é em quê?

(P): um dia inteiro sem me vestir porque estou sempre a cuidar dele, não me alimentar como deve ser, porque às vezes é difícil e apesar de ter o almoço feito e o jantar feito, às vezes nem consigo ir almoçar ...

(interrompemos novamente porque o bebê voltou a chorar)

(I): então estávamos a falar do cuidar de si e dizia que tinha que se arranjar ...

(P): sim e continuo a achar que ainda não estou assim a 100% porque já não visto a roupa que vestia antes, e depois não posso ir às lojas porque ele vem atrás e não posso provar roupa ... estou a sentir-me assim um bocadinho limitada e não estou como eu queria estar.

(I): Fisicamente?

(P): sim e esteticamente porque tinha que ir comprar roupa nova porque estou diferente e sei que agora não posso porque não posso levá-lo para uma loja e pôr-me a experimentar roupa, não posso! E então sinto-me assim um bocadinho ... eu sei que é temporário, eu sei que é temporário, mas gostaria de estar melhor ... melhor apresentação, outras roupas, porque isso depois também se reflecte no bem-estar, mas pronto, sei que é temporário.

(I): Sim, o corpo demora 6 meses no mínimo a voltar à forma anterior, não é?

(P): sim é verdade.

(I): Mas falou aí de uma outra questão que é o trazê-lo e costumar andar com o bebé, sente necessidade de andar, de ter o bebé junto de si?

(P): sim, eu acho que, eu acho que é fundamental também para o acalmar e ele sentir-se seguro; mais por ele do que por mim. Por mim às vezes doem-me as costas porque ando com o marsúpio, mas faz todo o sentido ele estar sempre comigo. Ele está sempre comigo ou com alguém: comigo ou com o companheiro. Não gosto de o deixar no carrinho porque fica ali isolado. Eu gosto que ele esteja sempre em contacto, em contacto físico.

(I): Esse contacto físico é importante?

(P): sim, sim, sim; sei que mais para ele, mais por ele, por ele saber que está seguro que está acompanhado.

(I): Mas, não sente isso da sua parte? Essa necessidade?

(P): sim, eu gosto de estar com ele, mas é mais por ele, mas sim gosto de estar com ele. Apesar de conseguir estar sem ele a fazer qualquer coisa que não demore 2 horas e não fico toda aflita, a morrer, porque sei que está bem cuidado, sei que as pessoas com que fica cuidam bem, cuidam bem dele, mas há nunca mais tempo do que isso (ri-se)

(I): Mas também é uma perda, o ter que andar sempre com ele é uma perda de autonomia?

(P): Exato, é a tal questão de eu não poder ir a uma loja, de eu não poder ir a um cinema, a um teatro ou qualquer coisa assim, ou até experimentar restaurantes novos, eu às vezes leio as críticas e “agora vou a isto” e depois “não vais nada” (ri-se) ainda não, ainda não ... agora já estou mais ciente disso, mas no início as primeiras semanas planeava “quero ver este restaurante, quero ver este teatro” e depois “não, não posso”!

(I): olhe, deixe-me perguntar-lhe uma coisa: falou e vi que o trouxe no marsúpio, por isso penso que deve ser o seu meio de transporte preferido, presumo, para trazer o bebé?

(P): sim, sim

(I): porquê o marsúpio?

(P): porquê o marsúpio? Em detrimento de alguma outra forma?

(I): sim, por exemplo o carrinho?

(P): para já é mais prático, andar aí a passear, tirar o carrinho dele do carro, montar, o marsúpio é muito simples ... e eu sempre quis ter uma vida (o bebé chora) e eu desde que comecei a ler sobre o desenvolvimento, principalmente o desenvolvimento dos animais, e tinha um escritor, cientista, que eu gosto bastante e ele sempre comparou todos os primatas, os mamíferos isto é tal e qual como os humanos, é só passar à prática estas questões todas: o macaquinho estar agarrado ao pelo da progenitora” e um bebé humano também deve ser a melhor maneira de ele estar, de ele nos acompanhar; e acho que faz mais sentido, é mais natural, eu sinto isso mais natural ele estar sempre agarrado como se fosse um macaquinho ou qualquer mamífero: Os mamíferos não largam os seus bebés nunca e eu acho que é assim, é instinto. Não o vejo num carrinho sabendo que ele pode estar agarrado. Os mamíferos não largam os bebés. (ri-se)

(I): eu perguntei isto porque uma das outras participantes que também gostava de usar o marsúpio dizia exactamente que para ela o marsúpio era o 4º trimestre da gravidez. Que para além da autonomia e da liberdade de movimentos porque tinha os braços livres e isso era muito importante, e a logística também era mais fácil, mas era o 4º trimestre da gravidez, ou seja, ela achava que era uma maneira de manter de alguma forma, de prolongar aquele laço simbiótico que existia durante a gravidez entre a mãe e o filho.

(P): eu já li sobre isso, mas como para mim é mais do que um trimestre, era quase até ele ser independente, de andar, para mim ainda é mais, não é só aquele trimestre. Mas é muito importante esse 4º trimestre.

(I): Mas, sente também que esta proximidade é também uma maneira de manter aquela proximidade? Ou prolongá-la?

(P): Não vejo isso assim tão bem identificado ... mas com certeza de que há essa sensa... que há essa ... pronto de ele estar ... de ainda não haver aquela separação de agora és tu e eu sou outro, agora somos duas entidades independentes. Eu acho que ele ainda não sabe disso, ele acha que ainda somos os dois um (ri-se), e sim, sei que isso acontece, mas não racionalizei assim dessa maneira. Até porque ele não está só comigo, ele está também

muito com o pai, ele anda sempre ao colo; somos criticados por isso por algumas pessoas, não é, há eu acho que é a melhor maneira de, pelo menos nestes dois meses ...

(I): e é a maneira como ele se sente mais confortável?

(P): ah, sim, sem dúvida (ri-se).

(I): vê-se que ele gosta de colinho! Ainda a propósito da maternidade, estamos aqui a falar como tem sido e como é que se tem sentido, há que se não tivesse filhos era diferente?

(P): se não tivesse filhos era como era antes! (ri-se) agora é que sou diferente! Se ele não tivesse nascido, e se não tivesse ficado grávida ou se não resultasse, eu não ía tentar mais e tinha que fazer o luto, pronto não vou ter filhos e vou continuar a minha vida. Mas agora sou diferente, agora sou diferente, agora é que vou notar a diferença.

(I): portanto esse grande investimento, o tentar durante 8 anos, foi muito persistente, não é,

(P): sim com tratamentos e ...

(I): portanto era um objetivo muito grande que tinha?

(P): sim. Não era obcecada, não era obcecada ...

(I): mas muito determinada!

(P): e queria que fosse natural; acabou por ser uma fertilização *in vitro*, já não deu, não é, mas queria que fosse o mais natural possível, mas pronto porque tinha sempre esperança. acho que foi um ano, foi assim agora engravidar outra vez, é um processo muito ... muito cansativo porque entre ficar grávida, criar uma expectativa e depois a seguir aquelas semanas todas com um stress e ao fim de algumas semanas pronto um aborto, foi sempre retido, o bebé, o embrião nunca saía, depois de saber que ele não se estava a desenvolver, ter que esperar um mês até que o corpo o libertasse, é um processo muito, muito desgastante. E ... mas conseguia ultrapassar bem, nunca tive assim grandes, nunca estive deprimida, encarei isso como se fosse um percurso, uma coisa que tivesse que passar para conseguir o meu objetivo. Ah, mas não era assim obcecada, de dizer “eu gosto muito de crianças”, não eu não, eu queria ser mãe, eu queria ter um bebé, queria estar grávida.

(I): E alguma vez pensou que esses abortos podiam ser uma selecção natural?

(P): Pensei, pensei “é uma questão de não ter de ser”; não posso ser mãe por alguma razão ou dos meus genes por alguma razão não é para evoluir, pensei, pensei nisso.

(I): ou aquele embrião não ser perfeito?

(P): sim, sim, ah isso foi a primeira coisa; o primeiro aborto foi muito, é muito racional, há um defeito é melhor que isto aconteça, é uma seleção natural. Isso encarei muito bem ... há ... não é agradável, mas sei que em termos estatísticos a probabilidade era enorme de acontecer isto; encarei bem. Depois foi o segundo, depois o terceiro, depois o quarto ...

(I): quantos foram?

(P): 4, foram 4. E pensei “se calhar não é para ter; por alguma razão os meus genes não são para continuar”, os meus ou os do meu companheiro. O que foi, nunca chegámos a saber se era isso, mas pensei que não fosse capaz de ...

(I): e não tinha medo que o bebé não nascesse perfeito?

(P): Tiiinha ... agora nesta última tinha, mas fui muito acompanhada, fui muito acompanhada, mas tive sempre essa questão.

(I): Por causa dos abortos anteriores ou pela idade?

(P): Pelas duas coisas, até as duas coisas podiam estar relacionadas, não sei. Mas a partir de uma certa altura

(I): ou por nenhuma

(P): sim porque as coisas acontecem, mas a partir de uma certa altura da gravidez deixei de me preocupar. Deixei mesmo de me preocupar porque pensei “isto está a correr tão bem”; deixou de ser uma gravidez de risco, foi sempre uma gravidez de risco pela minha idade e pelos antecedentes,

(I): e sentia-a de risco?

(P): eu não, nada; até porque se não fosse a minha idade e não fosse o meu histórico, era uma gravidez super normal, nunca aconteceu nada, estive sempre bem e a questão da diabetes que a partir de uma certa idade se costuma ter, nada, nem tensão alta, nada, foi uma gravidez pacífica. Eu nunca a senti como gravidez de risco, claro que nas primeiras

semanas, nos primeiros 3 meses andava ansiosa, estava sempre a fazer a ecografias para saber se estava, porque foi sempre no primeiro trimestre que todos os abortos aconteceram, mas a partir de uma certa altura fiquei bastante confiante e deixei de ter esses medos.

(I): Que no fundo também são medos que todas as mães têm!

(P): ah sim, em qualquer que seja a idade!

(I): em qualquer que seja a idade ...

(P): e independentemente do número de gravidezes.

(I): Ainda a propósito das diferenças que as mães sentem, a partir do momento em que são mães, as mães também referem que sentem que passam a abdicar um pouco delas próprias em prol do bebé.

(P): sim, isso acontece. Tal como estava a dizer de sair com amigos, jantar ir a uma exposição, abduco de todo, estou com essa consciência; estou a abdicar agora e vou abdicar mais tarde, vou ter que continuar a abdicar. Vou ter que mudar a minha vida, não sei muito bem como é que vai ser, mas ...

(I): Já falámos aqui ou já falou acerca de que o seu quotidiano mudou, até porque agora como está a viver na casa dos sogros portanto ele teve mesmo que mudar, mas sem isso também já se percebeu que mudou: mudou nas horas, mudou nos timings, nos afazeres, enfim tudo isso, e eu perguntava-lhe se em termos dos afetos, também já aflorou aí um bocadinho a questão acerca dos afetos, se os afetos são diferentes, se tiveram que ser alterados, se teve que haver alguma reconstrução ou reformulação ou redistribuição dos afetos?

(P): os afetos agora são mais dirigidos para ele ... e também para a minha mãe, porque também nunca fui muito próxima dela e com tudo isto que ela passou agora – o falecimento do meu pai – e a fragilidade que eu sinto que ela tem, e também estou-me a dirigir mais a ela; também talvez com a maternidade eu talvez sinta a minha mãe de outra maneira, compreendo-a de outra maneira. Sim, os afetos foram ... apesar de eu não ser uma pessoa de grandes manifestações, nada disso, mas passei à minha mãe e a ele sem dúvida ... e ao meu companheiro ... sim estamos a evoluir, mas de uma maneira ... agora somos 3 e só eu

e ele era diferente...também falámos muito sobre isso de vir outra pessoa, lá para o meio de nós e os afetos são diferentes, mas ainda é muito cedo, ainda estamos muito focados no bebé para saber qual é a minha relação, os meus afetos para com ele. É uma coisa que agora com o tempo vou tentar descobrir.

(I): Mas sente que nestes primeiros 2 meses que houve algum afastamento entre o casal?

(P): Hã afastamento sim, mas uma certa cumplicidade de sabermos que temos um objetivo comum agora e estamos os dois preocupados com ele, com o bebé, e isso faz com que tenhamos o mesmo objetivo. Já durante a gravidez fui notando isso, no final só. E ... existe um afastamento com ele porque eu noto que ele agora, quando ele chega, vai cumprimentar primeiro o bebé e só depois é que me cumprimenta a mim e já brinquei com ele acerca disso hã ... mas eu sei que isso é natural, é natural, mas há um afastamento; os afetos dele também estão mais virados para ele agora para o bebé, do que para mim, apesar de eu e ele não sermos pessoas de grandes demonstrações de afeto. Hã... mas já brincámos com a situação ... mas há uma diferença. Quero ver agora com a evolução, quando já nos adaptarmos ao bebé, como é que vai evoluir a nossa relação.

(I): E a intimidade? (57:58)

(P): ahhhh ... não digo que desapareceu, mas diminui bastante; nem eu sinto muita necessidade de estar muito íntima com ele porque sei que agora está o bebé em primeiro. Há correntes que dizem que não que se deve continuar com a actividade com o companheiro, mas nem ele nem eu estamos virados agora para aí.

(I): Mas, ele também não sente

(P): não, não, não; estamos muito centrados no bebé. Também é um bocadinho da idade. Eu sigo, seguia, alguns fóruns de grávidas, de mães ...

(I): que idade tem o seu companheiro?

(P): 48 e eu 47, noto que as conversas das pessoas mais novas, de vintes, estão muito mais próximas da intimidade, da sexualidade após o nascimento do que os mais velhos, também isso faz parte da vida, não é, é natural que assim seja, hã ... mas nisso afastámo-nos um ... afastámo-nos, desligámos um bocadinho. Estamos agora focados no bebé.

(I): Mas não é um problema?

(P): não, não, não está a ser.

(I): e nunca foi?

(P): não, nem para mim nem para ele. (ri-se)

(I): Faz parte, mas é provável que também tenha a ver com a idade, não é?

(P): sim.

(I): É natural que as pessoas com vinte anos tenham uma expectativa diferente; não sei se têm necessidades diferentes, mas pelo menos expectativas diferentes.

(P): Eu quando estive na MAC, estive lá internada e, mas senti isto mais depois do bebé nascer, a maior parte das mulheres que estavam lá eram vintes (anos) e vejo uma grande diferença, uma grande diferença entre mim e elas em termos de comportamento e a relação que têm com os bebés.

(I): E porquê? Porque acha isso? Em que é que a sua relação com o bebé é diferente?

(P): Estava-me a lembrar de uma rapariga de 20-25 ... eu sentia-me mais calma, mais segura do que elas, apesar de nunca ter tido filhos, de nunca lidar com crianças, mas sentia-me completamente ... confiante; as enfermeiras diziam “é uma mãe ...”, ah como é que elas diziam ... “uma mãe ...”, não me estou a lembrar do termo

(I): serena?

(P): não, eu hei-de-me lembrar do termo que elas usavam ... humm ... porque por exemplo no primeiro dia ele teve que ser aspirado com uma sonda e eu acompanhei, e pronto não gostei, imaginava o que é que ele estaria a sentir e elas (as enfermeiras) diziam “ah, se fossem as outras mães choravam, choravam só de ver”; pronto, mas para mim é mais fácil, é o que tem de ser, daqui a nada já não se lembra do que se passou. Se calhar tenho um bocadinho mais de conhecimento de estudar tanto sobre bebés e gravidez... é mais por isso, estava confiante e elas muito mais nervosas, agarravam os bebés que choravam muito, ficavam irritadas e às vezes eu não percebia, não sei se tem a ver com a idade, se tem a ver com a maneira da própria pessoa lidar.

(I): O lidar com o choro do bebé – elas tinham muito mais dificuldade?

(P): sim, tinham. E ficavam muito mais nervosas, o bebé estava dentro de uma, aquelas coisas de luzes para a icterícia, e chorava, chorava ... e eu não conseguia perceber o porquê ... estavam muito mais ... ou não conseguiam dar de mamar, desistiam logo, notei, notei assim uma falta de paciência, menos paciência ou talvez não tivessem estudado o assunto e eu tive muito tempo para estudar (ri-se) e saber e ler ... (1:02:10)

(I): Essa é uma das coisas que as outras mães também dizem: que se tornam mais pacientes, mais tolerantes, há mas não era neste contexto de estar a comparar, mas falavam nisso. Ah, disse há pouco também que se sentia, penso eu que foi esse o termo que empregou, que se sentia mais completa ou que o casal tinha um objetivo comum, ou seja que o bebé era um objetivo comum?

(P): é, sim

(I): o ter um filho é um objetivo, é um projeto?

(P): ah ... com o passar o meu histórico é quase um projecto, é ... é! (ri-se)

(I): é um projecto de vida?

(P): um projecto de vida? Sim é o meu projecto de vida

(I): em determinada altura passou a ser um projecto de vida com o seu companheiro?

(P): eu com ele ... há o meu ... sim eu tinha esse objetivo eu queria estar grávida, eu queria ter um filho ... sim é um projecto, eu investi, eu investi ... e bastante! (ri-se) de tempo, de dinheiro, de saúde ... há ... sim, era um projecto ... agora não encaro isto como um projecto de ...

(I): como um projecto de vida?

(P): eu não consigo ... acho que não consigo responder a isso ...

(I): não? Diga-me uma coisa: quando ... só pensou ter filhos, ou pensou ter filhos só há oito anos atrás desde que começou a tentar, ou imaginava-se, ou sempre se imaginou a ter filhos?

(P): eu para mim e durante muito tempo não queria ter filhos.

(I): Ah, não queria?

(P): Não, não queria. Não me identificava, tinha uma vida um bocadinho boémia, não nem sequer pensava nisso; de vez em quando é que, sei lá, um sonho ou qualquer coisa, sonhava que era mãe e era uma sensação agradável, mas pronto não passava de um sonho ... e a partir de uma certa altura começou-me a surgir isso, tinha para aí 36 anos. Demorei algum tempo até falar com o meu companheiro, ele achava que era muito novo na brincadeira e só aos 38 é que dissemos “OK, vamos avançar nesta ... nesta aventura”, e fiquei grávida um mês ou dois a seguir a termos decidido que pronto, que íamos ter filhos.

(I): E acha que ter filhos, para si, não é no geral é para si, é importante? Já disse que isso foi como que o relógio biológico começasse a funcionar, não é? algo, os sonhos, começar a pensar mais amiúde em bebés, em estar grávida, principalmente o estar grávida para si foi muito importante, porque queria passar por essa experiência, mas eu pergunto: há algo mais para além disso? Há o querer perpetuar a espécie? Há o querer perpetuar os seus genes? Há o querer deixar uma descendência? Há o querer ... sei lá todos estes argumentos que muitas vezes são invocados?

(P): também pensei nisso, mas isso depois foi sendo secundário. Acontece que na minha família há muito poucos bebés; na minha família há 40 anos que não há bebés e noto porque há um tio meu que não tem filhos, mas isso eu já estava grávida, e ele ficou doente teve de ser operado no IPO e comecei a ver que ele começou a preocupar-se a quem é que deixa os contactos porque ele não tem filhos; então eu era uma das pessoas que estava na lista dele para acompanhá-lo e havia outras pessoas, e vi que isso era importante, mas isso foi há pouco tempo, já eu estava grávida, e eu pensei “se calhar ter filhos é mais do que ...”, não é que alguém vá cuidar de mim quando eu fôr velha, não é, mas ... se calhar é importante este ... este seguimento, alguém que esteja cá para ... para nos acompanhar em situações de mais isolamento, mais dificuldades ... isso foi uma coisa muito recente, isto já foi, eu já devia estar com um ou dois meses de gravidez quando pensei nisso, porque nunca tinha pensado.

(I): Nunca tinha pensado ...

(P): não, nunca tinha pensado, nem ligava. Nunca pensei “olha quero um filho para depois ele cuidar de mim”, não, só para me acompanhar, nem pensar.

(I): Porque também nunca tinha passado por uma situação de vulnerabilidade, perto de alguém que?

(P): Pois, nunca tinha estado, na minha família nunca tinha estado numa situação assim. Havia sempre alguém que cuidava de alguém e desta vez eu estava quase no número um da lista dele. Estávamos um bocadinho afastados, mas era a pessoa que pela idade, era a sobrinha mais velha, há ... em que ele depositou alguma confiança; e eu que nunca tratei de ninguém custou-me, pronto custou-me. Estava grávida e estava a cuidar de alguém, a acompanhar alguém e tudo isso mexeu um bocadinho comigo.

(I): Mexeu também com essa parte do ter de acompanhar alguém, ter de cuidar de alguém?

(P): sim, o ter de cuidar de alguém.

(I): ter de ser responsável?

(P): sim. Isso nunca tinha passado, nunca.

(I): mas isso é uma das características também da maternidade ...

(P): mas isso assustava-me, era eu perder a minha independência e ter alguém que é completamente dependente de mim, pronto, e uma data de tempo e isso assustava-me e ainda me assusta um bocadinho. E eu quando ele nasceu (ri-se), tinha dois ou três dias, no meio daquela revolução hormonal pensei “o que é que eu fui fazer? o que é que eu fui fazer à minha vida?” (ri-se à gargalhada) “já não sou independente”, e ele depois chorava e não se calava com as coisas típicas dos bebés pequeninos ...

(I): sim, porque há aí a questão da irreversibilidade, não é? (1:09:29)

(P): É, é; porque até agora para mim isto foi tudo temporário, não fazia isto mas acabava, vou começar a trabalhar numa empresa, mas se não gostar mudo, para mim não era nada definitivo, nada.

(I): E isto é a primeira coisa definitiva ...

(P): É, é a primeira coisa definitiva. Comprar uma casa, eu depois vendo ou alugo, não sei o quê.

(I): Porque mesmo os relacionamentos, por muito estáveis que sejam, nós sabemos que um dia podem acabar ...

(P): Ah pois, exactamente

(I): e este relacionamento não!

(P): Este não, este não! Um dos primeiros dias “o que é que eu fui fazer à minha vida?!”, mas agora já ...

(I): portanto é uma responsabilidade...?

(P): é, é, mas agora estou muito mais ... foi uma coisa que me passou pela cabeça, mas estou muito mais, estou serena, foi só nesses dias. Durante a gravidez também quando de repente olhei e vi que estava a evoluir bem, eu: “será isto que eu quero?”, mas pronto é aquelas coisas que nos passam pela cabeça e lá foi. Mas a questão de ter alguém dependente, completamente dependente mexeu um bocadinho comigo.

(I): E nunca, visto que, e não só por isso, mas provavelmente até mais por isso, sendo de uma família com tão poucas crianças, nunca sentiu a pressão social para ter filhos?

(P): não, nunca.

(I): nem da família, nem dos outros?

(P): não, nunca. Os meus pais nunca me disseram nada, nem os amigos, nem os ... não. Não, nunca senti essa, nunca senti. Por exemplo vejo agora as minhas primas que têm agora trinta e tal anos e agora que ele nasceu, os pais delas dizem “então ela com quarenta e tal teve um bebé, vocês agora têm de se apressar” e elas noto que há mais pressão sobre elas, ou seja, notei que há essa pressão, mas eu nunca senti, nunca ninguém me tinha dito nada. E na minha família até foi uma novidade inesperada para eles, porque da parte da minha família não sabiam dos abortos, nem a minha mãe sabe que tive 4, nem precisa de se chatear com isso. Por isso as pessoas não sabem e foi uma surpresa muito grande, ou seja, ninguém estava à espera, ninguém me pressionava.

(I): Bem, eu não quero estar a maçá-la muito, penso que já falámos da maior parte das questões, se quiser falar agora das fotografias?

(P): sim, eu vou depois enviar.

(I): Então lembra-se das fotografias? Tem-as aí...

(P): não as tirei, mas apontei só para não me esquecer. Uma delas e por ordem cronológica, foi a cesariana. Eu por mim queria que fosse o mais natural, o mais normal possível, se fosse possível um parto em casa, claro que não foi nada assim, também foi uma fertilização in vitro que também não foi nada natural, e a partir de certa altura da gravidez foi detetada uma placenta prévia, pronto é indicativo de uma cesariana hã ... e fui internada por causa disso para não entrar em trabalho de parto prematuro, e pronto lá fiz a cesariana e dois ou três dias depois vi a cicatriz – 14 agrafos, cheia de nódoas negras, tudo horrível e tirei uma fotografia – não lhe vou mostrar essa fotografia, mas uma que exemplifique ...

(I): mas pode ser essa, não tem problema nenhum!

(P): não, não, e isso não era o que eu estava à espera, eu que fui sempre naturalista nestes aspectos, isto teve de ser, teve de ser, não foi uma cesariana electiva por gosto, foi electiva porque tinha mesmo de ser, e foi uma fase, era como eu não queria que fosse o meu parto, pronto. Ahh ... portanto o parto marcou-me.

(I): Digamos que foi o primeiro embate. Para si significou o primeiro aspecto menos agradável, e de certa forma também uma surpresa, uma surpresa desagradável da maternidade?

(P):sim

(I): o ser confrontada com?

(P): sim, não foi uma surpresa porque já estava a ser preparada para isso há dois meses; hã não estava preparada para as dores

(I): não era a parte estética que estava ali em causa, de ser uma cicatriz feia?

(P): a estética nãaaoo ...

(I): ter agrafos?

(P): não, não é esse aspecto; não é isso, não me impressionou, hã mas é o facto de ter sido uma cesariana e das dores ...

(I): a dificuldade da experiência? Um parto doloroso, um pós parto porque durante a cesariana não senti nada, não é?

(P): o pós parto, os dois ou três dias a seguir e ainda se prolongou bastante as dores que eu sentia nas costas por causa da má postura de ter de estar dobrada a dar de mamar – isso também foi um mau seguimento na maternidade; as enfermeiras ajudaram-me muito na amamentação, mas a postura a dar, nunca ninguém falou nisso. Claro que dois dias depois estava eu que não conseguia mexer um braço por causa das dores. Pronto, isso foi o primeiro impacto da ... não estava à espera, já sabia que ía ter uns agafos, já sabia que ... não, não sabia que ía ter agafos, não sabia como ía ser o procedimento, mas isso foi um ponto, o primeiro ponto que ...; o segundo foi quando fui, quando fomos para casa. Eu fui para casa e achei estranho de não ir contente, nem a rejubilar, nem nada disso. Também não ía triste, ía ... ía numa sensação de ... falta qualquer coisa, já havia tanto envolvimento, tanta ...

(I): havia uma expectativa ...

(P): havia uma expectativa tão grande e de repente ... pronto o bebé estava lá, não senti amor nenhum incondicional que eu sei que isso é raro acontecer, não é, (ri-se) é logo imediato, mas que as pessoas tanto falam, tanto falam e ... é a visão romântica, e depois fui para casa, na parte de trás do carro, eu normalmente conduzo, sou sempre eu que conduzo nunca é o meu companheiro, e ele lá estava atrás na cadeirinha dele e eu “mas eu não estou a rejubilar, não estou a ... pronto, estou aqui, vou para casa”...

(I): Portanto aí está a ... primeiro é a novidade e a surpresa de “*afinal não estou aqui aos pulos de contentamento*” e por outro lado também é o começar a antever outros papéis: deixar de conduzir, deixar de ... passar para segundo plano ...

(P): é um bocadinho mais do que passar, não é passivo

(I): não sei se é passar para segundo plano, não quero pôr ...?

(P): não, não, segundo plano não, isso aí ...

(I): mas não ter um papel tão activo?

(P): nessa altura não pensei nisso, nessa altura não. Estava a ver-me ser conduzida e eu é que costumo conduzir, eu é que costumo conduzir, mas pronto é perceptível, é compreensível eu até nem conseguia conduzir ...

(I): mas fez-lhe impressão?

(P): naquele dia, naquela altura não conseguia mesmo conduzir com a cadeira e ... alguém que me conduza (ri-se) é pensar que não seria assim para sempre, não é, claro que não é, eu conduzo; mas foi mais a questão – não foi tanto a questão de passar para segundo plano, de não ser eu a estar ao comando – era não estar contente. Eh pá, saí da maternidade, e estou lá há vinte dias internada, ainda bem que já saí, não julgava que ia estar muito mais contente do que ... mas claro que depois isto tem melhorado todos os dias, esta sensação de gostar cada vez mais dele, nunca deixei de gostar dele, não é

(I): claro!

(P): mas não sentia aquilo que as pessoas falam. Ah, essa foi uma, outra foi eu estava a dar de mamar, estava sentada e deixei-me dormir com ela ao colo com o cansaço e quando me fui levantar estava dormente e caí! Hã , ele não se magoou, isto é o instinto, é mesmo o instinto, ele não tocou em nada e eu raspei na parede, fiquei com as mãos todas arranhadas, com dores no pé, sei lá, e aquilo preocupou-me tanto, tanto, tanto ... o que podia ter acontecido ao bebé... eu deixei-me dormir; o cansaço era tanto e não reparei que estava dormente. Aquilo mexeu um bocadinho comigo, liguei logo para o meu companheiro e ele “pois deixaste-te dormir” ele ficou todo nervoso e eu “nunca mais, isto não pode voltar a acontecer porque agora consegui agarrá-lo, mas pode haver um dia que não consiga agarrá-lo” . Essa coisa de me ter deixado ir, ter ficado assim tão cansada, isso aí marcou-me!

(I): Mas marcou-a, eu não sei se estou a perceber bem aí o que é que a marcou?

(P): podia ter acontecido alguma coisa ao bebé.

(I): sim, essa parte eu percebi, mas portanto por um lado tomou consciência de que o cansaço pode levar a que não consigamos ter controlo nos nossos sonos e com o bebé ao colo isso poderia ser perigoso, ou não; hã ... não sei se percebi se o facto de o marido ter ficado um pouco irritado ou surpreso, ou de ter dito “como é que te deixaste adormecer”

(P): não, não, isso foi a consequência, o problema foi mesmo eu ter caído com ele e podia ter acontecido uma coisa gravíssima e eu percebi naquela altura “tenho de estar mais atenta” nestas situações porque às vezes penso “as crianças são resistentes, resistem a tudo”

(I): e é verdade, é verdade, eles são muito resistentes e provavelmente também só caiu porque deve ter acordado tão assustada de ter adormecido que se pôs em pé num pulo

(P): isso já nem me lembro

(I): porque primeiro nós quando adormecemos não ficamos com as pernas dormentes, não é, é porque também estava numa posição incorrecta que normalmente não adoptaria, e depois quando acordamos não nos levantamos com um pulo e não caímos porque temos tempo para; portanto a sua preocupação com o bebé foi tão grande que pôs-se de pé e não conseguia, não é?

(P): isso já não me lembro porque estava naquele meio do sono, a levantar-me ainda meia a dormir, sem me aperceber que estava dormente. Nem sequer me tinha apercebido disso!

(I): nem teve tempo de se aperceber!

(P): pois, nem sei se foi rápido ou não, sei que foi uma situação que me marcou.

(I): mas essa situação fê-la ter consciência de que a partir daí, até a dormir, até a dormir tinha de ser cautelosa quando adormecia?

(P): sim, apesar de saber quando ele dorme na minha cama que tenho de ter esses cuidados todos, outra coisa é estar tão próxima de um acidente. Ele podia ter caído e podia ter-se partido todo! Foi mais estar próximo do acidente, tão próximo.

(I): e responsabilizar-se por isso?

(P): sim , isso foi, isso foi.

(I): quando somos mães, eu acho que nós realmente achamos e somos responsáveis pelos bebés, claro que somos, mas vemos isso, estes ... estas coisas que vão acontecendo, que fazem parte, que são perfeitamente normais, mas com uma carga emocional, com um medo que algo lhes aconteça, que às vezes não é bem assim porque os bebés, não é que sejam de borracha, mas são muito mais resistentes

(P): mais resistentes do que à partida parece

(I): mais resistentes do que à partida parece, eles até já estão preparados fisiologicamente, os ossos ainda não estão bem consolidados, exactamente para isso, portanto são muito mais flexíveis, maleáveis, adaptáveis...

(O bebé adormeceu ao colo da mãe) se nós estivéssemos a dormir assim ficávamos com um torcicolo! (rimo-nos)

(P): Pois ... outra coisa que eu aponte ... (procura no telemóvel), ah, tem a ver com a tal independência e não estar adaptada a ele (bebé). Entrei num restaurante, ele começou a chorar, toda a gente começou a olhar, eu não saber o que havia de fazer, não consegui dar de mamar em público e vim-me embora sem comer. E pensei “isto não pode acontecer”; a partir daí a ver “não vou levá-lo tanto aos restaurantes” – ah porque no princípio nem sequer tinha essa noção “vou ao restaurante como vou sempre” e depois vi que não, para ir ao restaurante é outra logística , é outra situação ...

(I): mas continua a não dar de mamar em público?

(P):é muito raro ...

(I): não gosta?

(P): isso é outra questão: antes para mim isso era a coisa mais natural do mundo, não fazia diferença nenhuma, mas depois começo a dizer “as pessoas hão-de ver uma velha a dar de mamar a um ... não acho isto nada natural, deve ser a avó dele” e então sou um bocadinho mais discreta, apesar de para mim dar de mamar em público é ... voto! Voto a favor!

(I): mas porque é que não consegue fazer isso assim com tanta naturalidade ...?

(P): porque acho que ... tem a ver com a minha idade. Às vezes penso, não penso muito nestas questões, mas ver uma mulher da minha idade a dar de mamar, devem pensar “é a avó do puto, está a dar de mamar!?” (ri-se) e penso “será que as pessoas também têm essa visão de mim?”

(I): mas tem esse preconceito, não é preconceito, acha que os outros têm esse preconceito? Essa visão?

(P): Não sei ... talvez ...

(I): mas incomoda-a, de qualquer forma incomoda-a?

(P): não gostaria que pensassem “é uma velha a dar de mamar a um bebé”, não queria que pensassem isso de mim, nem que os chocasse.

(I): mas sente-se velha?

(P): Eu não, mas sei que olho para o espelho e vejo as rugas

(I): sente-se velha para ser mãe?

(P): Hã ... velha para ser mãe ... estou-me a sentir super bem, mas pensando bem 47 anos é muito ... muito ... se calhar devia ser mãe mais cedo, acompanhar mais tempo os bebés, as crianças, e para eles não perderem os pais assim tão cedo. Eu não me sinto velha, sinto-me sempre com menos idade do que a que tenho, não é? acho que toda a gente passa por isto, mas começo a pensar “as pessoas olham para mim vêm umas rugas, tenho o cabelo branco e não sei o quê e está a dar de mamar – está ali alguma coisa de anormal” e eu não quero dar essa sensação. É mais, é mais isso, mas também já dei de mamar em público no outro dia num restaurante “ah, quero lá saber” (ri-se), mas ... mas sinto um bocadinho essa questão da idade, neste aspecto tão fisiológico. Se calhar não me devia preocupar com nada, nem é preocupar, não quero que me vejam como uma *freak*, uma anormal (ri-se) – se fosse um bocado mais nova estava completamente à vontade.

(I): sim porque cada vez há mais mães mais velhas, é uma tendência crescente em todos os países desenvolvidos.

(P): ainda ontem fui ao pediatra e ela a pediatra tem 42 anos e ela disse-me que no hospital onde trabalha há mais mães, mais mulheres com 40 anos com filhos do que mulheres mais novas – ela estava a comparar dois sectores: o cancro da mama

(I): ah, sim, sim

(P): o cancro da mama e as mães e havia muitas mulheres com 30 anos com cancro da mama e muitas mulheres com 40 e tais com bebés na maternidade. Está-se a atrasar muito a maternidade...

(I):sim é uma tendência

(P):pronto, estes são os pontos que eu tinha

(l): então agradeço-lhe que me envie as fotos, pode ser por whatapp.

Agradeço-lhe muito a sua disponibilidade ... (1:34:42)

Apêndice IV

Artigo “Photovoice as a method of data collection in the study of motherhood over the age of 35: the power of images”

Photovoice as a Method of Data Collection in the Study of Motherhood Over the Age of 35: The Power of Images

Maria A.F. Santos^(✉), Maria A.P. Lopes, and Maria A.R. Botelho

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisbon, Portugal
{afsantos, maveiga, rbotelho}@esel.pt

Abstract. Objective: explore the use of Photovoice data collection method in qualitative research. Method: Data collection performed through interviews and photographs using Photovoice and analysis performed with the Grounded Theory methodology. Results: from the analysis of the photographs captured by the participants and their elicitation during the interviews, one category emerged: Needing Time For Yourself. Conclusions: Photovoice proved to be an important method of data collection by allowing access to the perspective of the participants and better understand the meaning of the phenomenon of late motherhood. Using Photovoice at the same time as Grounded Theory has been shown to bring reciprocal benefits.

Keywords: Photovoice · Grounded theory · Advanced maternal age · Transition

1 Introduction

Maternity after the age of 35 is a trend that has become widespread in developed countries for social, educational and economic reasons [1]. If the increase in women starting motherhood after the age of 35 continues, in the future they will be the main recipients of maternity nursing care during pregnancy, childbirth and puerperium. In motherhood after the age of 35 there is an increased risk of the woman developing diseases that may affect the pregnancy, aggravate chronic diseases or even give birth to a baby with a genetic defect. The later the pregnancy, the greater the associated risks. The increased risks and maternal-fetal complications in the pre, peri and postnatal periods that may compromise the transition to motherhood are well documented in literature [1, 2]. The transition to motherhood is the greatest developmental transition for a woman over the course of her life cycle [3]. Before a pregnancy or decision to become pregnant, the woman begins a process of transition in which she has to restructure her goals, behaviors and responsibilities to reach a new concept of herself and reach the maternal identity [4].

2 Photovoice

The concept of Photovoice was developed by Caroline Wang and Mary Ann Burris in 1997. They initially called it the *photo novella* technique (1994), a term they abandoned because it is generally used to describe the process of using photographs or images to tell a story or teach a language or literature. Caroline Wang and Mary Ann Burris defined Photovoice as a process in which people could identify, represent and improve their community through a specific photography technique where the participants capture their everyday lives by taking photographs. As an participatory action research strategy, Photovoice allows it's users to create and discuss photographs in a way to inspire personal and community change [5]. The same authors defined three main goals for using *Photovoice*: “(1) enable people to record and reflect on their community’s strengths and concerns; (2) promote critical dialogue and knowledge of important issues through large and small photo discussion groups; (3) reach policy makers” [5]. The concept of Photovoice was developed from Paulo Freire’s critical awareness theoretical foundations of education (1974) [6], the feminist theory and the non-traditional approaches to documentary photography [5]. The underlying concepts of feminist methodology are a valuation of the subjective experiences of women as researchers, advocates or participants, based on the understanding that feminist theory and practice will implement programs and policies carried out by and with women, rather than about women, in such a way to value the knowledge and intelligence of women based on their experience, the recognition of the importance of their experiences and their involvement and political commitment in the communities to which they belong [7]. A literature review on this method [8], reveals that initially most of the projects carried out with the Photovoice method were carried out with women, perhaps reflecting their feminist roots. The Photovoice method, designed initially to be used in community health, can be a tool to reach, inform and organize community members enabling them to prioritize their concerns, discuss problems and solutions, and making its users defenders of their own well-being and community. According to its producers [5], the Photovoice method offers advantages over others that intend to equally evaluate a community’s needs, be it in terms of context, diagnosis or evaluation process, in particular: it enables researchers and caregivers to see the world from the people’s point of view; uses an exceptionally powerful means of communication - the visual image; you can access the most vulnerable groups of the population’s perspectives by being able to access all those who are able to take a photograph, regardless of whether they can read or write; facilitates the sampling of different social and behavioral contexts, such as places, moments or ideas, that might otherwise not be available to health professionals or researchers; keeps participants from the initial needs assessment phase to the implementation phase because the use of a camera can be a source of pride and sense of ownership; to reaffirm or redefine the initially drawn up programme aims; allows participants to bring explanations, ideas or stories from other community members to the evaluation process, provides real (tangible, clear) benefits to the people in your social network because by sharing the photos with neighbors and friends, it allows participants to express their opinions, establish links and convey something of value they have made; allows to portray not only the needs of the community, but also

their skills, strengths and resources; The images produced and the subjects discussed can stimulate social action [5]. Since the first studies conducted in the 1990s, the use of Photovoice has been increasing with participants of both sexes, from various age groups ranging from adolescents to the elderly, of various races/ethnicities and addressing a wide range of themes in the of health and social justice sector, such as epidemic infections, chronic diseases, discrimination or violence [8]. Photovoice is an increasingly used method in qualitative research by increasing the possibility of capturing participants' perceptions and experiences. The photographs stimulate new thinking and triggered memories, but not necessarily contained in the image present in the photograph, making the invisible visible and thus make it possible to access the understanding of phenomena or experiences, and, because they increase the sense of hearing or vision, they expand the sensory awareness and increase the reflective process [9]. The term Photovoice encapsulates the central idea of this method - give voice to an individual or collective experience through photos.

3 Methodology

Qualitative research as a method seeks to understand phenomena from the participants' perspective, while the methodology or paradigm approach to study is determined by the research question. This study had the following research question as its starting point: "What does 'the process of transition to motherhood after the age of 35' mean and how is it carried out?". Bearing in mind that the research question was defined as the purpose of the study "*To improve the specific intervention models of nursing care for over 35-year-old pregnant women*" and as a general objective: "*Understanding the transition process in the maternity experience of women over the age of 35*". This present study is part of a wider study. To gain access to the motherhood experience of the participants, we performed a qualitative analysis using the Grounded Theory according to Charmaz [10], along with the Photovoice method. Some changes and adaptations were introduced to the Photovoice method detailed by Wang & Burris [5], due to the specificity of the study and the participants, which are described below. In the beginning the participants were informed about the topic and purpose of the study and the use of Photovoice. Participants were asked to choose moments they would consider to have contributed in some way to their adaptation to motherhood, to take photos of them and to describe them orally or in writing. No restrictions were imposed in terms of the number or material to be photographed. It was only suggested that they preferably photograph objects or places related to the motive that led them to take that photograph, rather than faces, in order to preserve the identity and maintain the participants' anonymity. It was not necessary to distribute cameras or instruct the participants on how to use them because they all had mobile phones with inbuilt cameras that they knew how to use. In a second phase, an in-depth interview was conducted in which the photos that had been taken and the identified themes were discussed, analysed and validated with the researcher. For this phase which some authors call *photo elicitation* [11, 12], the SHOWeD technique [13] was modified in order to fit our aims. The acronym SHOWeD refers to questions to be asked to the participants to help them talk about the photographs they take, to critically describe and analyse them.

It's made up of five questions which are detailed below [7, 9, 14]: *What do you See here? What is really **H**appening here? How does this relate to **O**ur lives? Why does this situation, concern or strength exist? What can we **D**o about it?*

In our study the questions were simplified and adjusted to the specificity of the study and to the reality of the participants, the SHOWeD technique being used only as guideline. The questions asked were as follows: What led you to taking this photograph? Tell me a bit about this photograph. What is this photograph of? What is the most important part of this photo? What does it try to express/convey? If you had to explain this photo over the phone (to someone that couldn't see it), what would you say? How would you describe it?

The interviews were audio recorded, the data collected transcribed to a verbatim that was later introduced and analysed alongside the photographs collected with the QSR NVivo 11 software. The data underwent a qualitative analysis using the procedures according to the Grounded Theory according to Charmaz [10], in which the verbatim of the interviews about the photographs was analysed as follows: reading and coding line by line, using the grammatical form of the gerund for the verbs and keeping, whenever possible, the words or expressions used by the participants (initial coding); interacting and systematically comparing the data between each of them - data with data, data with codes and subsequently data and codes with possible categories and subcategories (focused coding). During the data analysis process, memos were also made in order to answer questions clarifying the properties and robustness of the categories, such as: To who? How? When? What do they do? What are the consequences?

3.1 Participants

The selection and integration of the study's participants was done through theoretical sampling, using a convenience sample at first and later using the snowball technique [10]. The convenience sample was used to deliberately choose mothers capable of providing rich descriptions of the phenomenon being explored. The inclusion criteria were: mothers over 35 years of age in the postpartum period, with no pathology during pregnancy, eclamptic birth or cesarean section, who have a newborn/baby with no known pathology/malformation. In the wider study of which this is part, 26 interviews were carried out with 21 participants and 36 photographs were collected, the number varied due to their individual availability. The photographs were taken by 6 of the participants aged between 36–47, it being the second experience of pregnancy for five of them and one's first. The number of interviews conducted with participants who submitted photographs ranged from one to four interviews, the variation being due to the individual availability of the participants. The majority of the interviews were carried out at the participants' homes, with the exceptions of one that was carried out in the hospital waiting room, before a birth preparation/post-partum recovery course, two in the participants' workplaces, one in an interviewer's workplace and another participant sent the photos by email with the respective description.

3.2 Ethical Considerations

Ethical views and consent were obtained from the nursing school, which, in partnership with the university, runs the doctoral course to which this investigation belongs, the hospital where the first interviews took place, and the National Commission for Data Protection (case nº 6055/2014; authorisation nº 64/2015), because the second and subsequent interviews are carried out outside the hospital context, in a place chosen by the participants, mainly in their homes. In the first interview participants were informed about the study, its aims and they were asked for their collaboration, and an informed consent form was signed stating that the participant could withdraw at any time without having to give any justification and that the researcher would keep copies of the photographs and their notes until the thesis is written and presented, after which they would be destroyed. As previously mentioned, the participants were asked to take pictures without faces in them, in order to maintain their anonymity, but if they presented some with faces and they were to be published, their features would have been obscured prior to publication so that they couldn't be identified. Also with the aim of preserving the participants' anonymity, a code number was assigned to each one of the interviewees and their names were changed when they were referred to throughout the discourse.

4 Findings

The data obtained from the 26 interviews with the 21 participants allowed us to construct the wider study's categories. As an example, we will only present one of the categories "Needing Time For Yourself", built using the Photovoice method and using some of the photographs taken by the participants, although the other photographs have contributed equally to the construction of other categories that helped to learn about the transition to motherhood process after the age of 35. In addition to the photographs, the narrative of the interviews of the other participants in the wider study contributed to the construction and saturation of this category, as well as to the others. In Table 1 you can see the participants' narratives about the photographs and the way in which they were analysed.

Table 1. Participants' narratives about the photographs and their respective analysis process

Data Excerpts	Initial Coding	Focused Coding	
		Subcategories	Categories
<p>“one (photo) that I took of my nail polish; it was the first time that <i>I painted my nails after becoming a mother (...)</i> <i>This photograph was going to say that it was the first time I had a little time to look after myself</i>” E7-3</p>	Making time for yourself	Having time for yourself	Needing Time For Yourself
<p>“<i>In this photo I'm coming out of the tub. I managed to take a bath without any interruptions</i>” E18 (Fig. 1)</p>	Managing to take a bath without any interruptions		

(continued)

Table 1. (continued)

Data Excerpts	Initial Coding	Focused Coding	
		Subcategories	Categories
<p><i>“and in this case I got to buy shirts that are also suitable for breastfeeding, they have a button-opening, they are comfortable and lifted my morale a lot that day (...) I didn’t really feel like... what I mean is I didn’t feel right in shirts, the shirts that I had were no use to me anymore, I was not feeling good in them and that wasn’t helping my self-esteem” (...)</i> yes, I also invested in my image, not that one...it does not have to be that one... Okay, so I’m at home playing the “mum” role, but I don’t need to be in my pyjamas and have rollers in my hair (...) so that I feel a bit more... I don’t know how to put it...but feel better about myself...more womanly E7-3</p>	Dressing appropriately	Looking after your body and personal appearance	
	Buying new clothes		
<p><i>“This was when I went to the salon down there to get a pedicure (...) I was like “oh my God I have to go, I have to go, I can’t walk around in flipflops with unpedicured toenails, heaven forbid! I’ll go today, I’ll go tomorrow, but I always had so much to do...I’m not going today...” and then I eventually took these while getting my pedicure” E6-3 (Fig. 2)</i></p>	Getting a pedicure again		
<p><i>“One of the biggest changes was being at home, right?, exclusively dedicated to being a mother” (...)</i> I don’t like being at home because I was also used to being out of the house and it does me good (...) That was a big change: spending a lot of time at home...and that day I felt sorry for myself, it was spectacular because I got out of the house and went on a trip with my parents and M. and in this case I was able to buy shirts that are suitable for breastfeeding, that have a button-opening, they are comfortable and they really raised my morale that day (laughs)! E7-3</p>	Exclusive dedication to motherhood	Going out/being at home	
	Staying at home		
	Feeling isolated		
	Leaving the house to go shopping		

(continued)

Table 1. (continued)

Data Excerpts	Initial Coding	Focused Coding	
		Subcategories	Categories
<p><i>“I left the maternity ward and went to a friend of mine’s birthday party! Right! (...) and I “Look, I feel like I need to see people. I didn’t take pictures of anything there, but I could have taken them, because it was a very important event, to have left the hospital (...). There were a lot of laughs, it was really cool (...) It was, hanging out yes. Hanging out yes. It even seems to be a normal thing, us being together (...) it was really nice; it felt really good” E6-2</i></p>	Leaving the hospital for a party	Resuming social and leisure activities	Needing Time For Yourself
	Needing to see people and hang out		
<p><i>“Oh, that was when I went to the Japanese restaurant (...) this was the first lunch that my husband and I went to after we left the maternity ward (...) and I really like Japanese food and I went 9 months without eating it, so we went to a cool place (...) and that was really good.” E6-2 (Fig. 3)</i></p>	Going back to the Japanese restaurant	Resuming daily habits and activities	
	Resuming daily conjugal life		
	Ending food restrictions		
<p><i>“This one was the hob. When I cooked (...) because it’s something that I really like to do and lately I haven’t been able to do it much. Yes, I love it, on my day off I love cooking when no one’s here.” E6-2 (Fig. 4)</i></p>	Cooking again		
<p><i>“when I went to the hairdressing salon (...) I took a photo here too of my brushes, and I thought to myself “let me take a photo of my little brushes (...) My job, something that I love to do (...) it was good to have gone to the hairdressers and even just do a blow-dry; I was eager, when I get the opportunity (...) It’s an important part of my life too, right, my job” E6-2 (Fig. 5).</i></p>	Longing for your job	Going back to work	



Fig. 1. Managing to take a bath without any interruptions



Fig. 2. Looking after your body and personal appearance



Fig. 3. Going back to the Japanese restaurant



Fig. 5. Going back to work



Fig. 4. Cooking again

5 Discussion

Photovoice uses one of the most powerful means of communication - the visual image. As a participatory action-research method, Photovoice allows its participants to take and discuss photographs, empowering them in decision-making, as they choose when and what they photograph. On the other hand it gives the researcher access the participants' perspective, even if they are vulnerable or illiterate, since all they need to know is how to take a photograph [5]. Motherhood in terms of a social object is made up of the meaning that women attribute to themselves and express through a system of symbols - language. The symbols, language in particular, allow them to name, classify and remember the objects and thereby enabling people to relate to the social and material world, increase people's ability to perceive their environment and increase thinking capacity [15]. The association of language with pictorial images, the interviews and the photographs in our case, substantially increase the participants' capacity of thinking, to perceive the meaning that they attribute to the phenomenon of motherhood. Based on these assumptions about the symbolic interactionism of the Grounded Theory, one of the challenges facing the researcher is accessing and understanding the meanings that the participants attribute to the phenomena. In Grounded Theory, the flexibility of data collection methods is intended to reach the participants' perspective,

although the interpretative role is the researcher's responsibility. The Photovoice method deepens the learning experience [16], in our case, to gain access to the meaning that the phenomenon of motherhood has for these mothers over the age of 35 and their interpretation of the situation, because the choice and description of the situations or moments that define motherhood to them are their choice, which allows us to access their perspective of the situation/phenomenon. By using Photovoice and Photo elicitation in the interviews about the photos we are allowing participants to verbalize difficult or painful experiences not captured by the photographs but triggered during the interview. In addition they promote the empowerment, creativity and critical awareness of their participants [8]. In the present study, the photographs taken by the participants and subsequent analysis led to the identification of a category: "Needing Time For Yourself". For these participants, the Need to Have Time was one of the highly-valued aspects in this transition period and adaptation to motherhood. For the participants, the Have time for yourself, represented in Fig. 1 for being able to take a bath without any interruptions was one of the aspects mentioned; Another was the *Looking After your Body and Personal Appearance*, getting a pedicure illustrated by Fig. 2 or taking care of your face and wearing make up again. *Leaving The House* was a strategy to get out of their confinement and *Resume their Social and Leisure Activities*, by simply going shopping or meeting friends. *Resume everyday Habits and Activities* like going back to a Japanese restaurant (Fig. 3) or cooking again (Fig. 4), they are activities that contribute to their well-being, as well as the *Returning to Work*, even just occasionally, since they recognise their job as an important part of their lives and therefore they take pleasure in returning to their workplace (Fig. 5).

The Need (to Have) Time to buy new clothes or look after your body and appearance, agrees with Janet Currie [17], who although not referring to looking after your body and personal appearance, refers to the need to find time for yourself and to get out of the house, adding that often taking time for yourself leaves mothers feeling guilty. The same author, in addition to *getting out of the house*, identifies two other strategies for maintaining a sense of well-being: *getting help* and *the need for a plan or schedule* to keep on top of domestic activities [17]. The need to have a plan and schedule satisfies the participants' needs to resume daily activities. Staying at home with the consequent changes in family and friend relationships is perceived as a loss and requires a great deal of adjustment to achieve a new concept of self and achieve maternal identity. The development of motherhood implies loss and the consequent mourning process for the incompatibility of other previously carried out roles [4], in our participants' cases, loss of freedom, not leaving the house, not hanging out, not looking after their body and appearance, are negative aspects of motherhood stress mentioned by Emmanuel & St. John [18], that they do not feel the motherhood experience was as positive, or as positive as they hoped it would be, or that others expected them to feel. For these participants, returning to the workplace is a strategy to adapt to the maternal role, being perceived as a way to get out of the house, to break social isolation, to resume or maintain contact and socializing with co-workers and customers. We have not found any allusion in literature to this important aspect of work as a strategy in the transition to motherhood, as a source of well-being and harmony while undertaking the motherhood role. We only found one article on the readjustment of mother and worker roles after maternity leave [19]. Although the woman sometimes

has to choose between being a responsible worker or a responsible mother, dealing with feelings of uncertainty and guilt for not feeling good enough as a mother, returning to work can be crucial to the woman's identity and well-being. For the participants in the study to achieve well-being in interpersonal relationships, it means having time to resume the social and leisure activities they did before they were mothers, such as having time for themselves, looking after their bodies and appearance, getting out of the house, resuming social and leisure activities, resuming daily habits and activities, or having contact with their work.

6 Conclusions

Photovoice has proved to be an important method of data collection, in order to access the participants' perspectives and to better understand the meaning that the phenomenon of motherhood has for mothers over the age of 35, while at the same time promoting their involvement and empowerment. From the analysis of the photos taken by the participants and their elicitation during the interviews, we presented one of the categories that emerged: "*Needing To Have Time*". Photovoice as a method of data collection enabled a deeper understanding of the meaning of the motherhood experience after age 35, enriching the Grounded Theory analysis by promoting thought and critical analysis in interviews and photo elicitation. The use of Photovoice in conjunction with Grounded Theory has been shown to bring reciprocal benefits because the Photovoice method helps elicit data that enrich Grounded Theory's data collection, but also Grounded Theory strengthens Photovoice as a research method.

Acknowledgements. A very special thanks to the participants who collaborated with us in the study.

References

1. Carolan, M., Frankowska, D.: Advanced maternal age and adverse perinatal outcome: a review of the evidence. *Midwifery* **27**(6), 793–801 (2011)
2. Oliveira, M.A.M., Sousa, W.P., Pimentel, J.D.O., Santos, K.S., Maia, M.L.: Advanced age pregnancy: review of literature. *J. Nurs. UFPE/Rev Enferm. UFPE* **6**(6), 1413–1421 (2012)
3. Meleis, A.I.: *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer, New York (2010)
4. Mercer, R.T.: Becoming a mother versus maternal role attainment. *J. Nurs. Scholarsh.* **36**(3), 226–232 (2004)
5. Wang, C., Burris, M.A.: Photovoice: concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Heal Educ. Behav.* **24**(3), 369–387 (1997)
6. Freire, P.: *Education for Critical Consciousness*, vol. 1, 2nd edn. Continuum, New York (2007)
7. Wang, C.: Photovoice: a participatory action research strategy applied to women's health. *J. Women's Health* **8**, 185–192 (1999)

8. Catalani, C., Minkler, M.: Photovoice: a review of the literature in health and public health. *Heal Educ. Behav.* **37**(3), 424–451 (2010)
9. Padgett, D.K., Smith, B.T., Derejko, K.S., Henwood, B.F., Tiderington, E.: A picture is worth? Photo elicitation interviewing with formerly homeless adults. *Qual. Health Res.* **23** (11), 1435–1444 (2013)
10. Charmaz, K.: *Constructing Grounded Theory*, 2nd edn. Sage, London (2014)
11. Harper, D.: Talking about pictures: a case for photo elicitation. *Vis. Stud.* **17**(1), 13–26 (2010)
12. Harris, A., Guillemin, M.: Developing sensory awareness in qualitative interviewing: a portal into the otherwise unexplored. *Qual. Health Res.* **22**(5), 689–699 (2012)
13. Shaffer, R.: *Beyond the Dispensary*. African Medical and Research Foundation, Nairobi (1983)
14. Teti, M., Pichon, L., Kabel, A., Farnan, R., Binson, D.: Taking pictures to take control: photovoice as a tool to facilitate empowerment among poor and racial/ethnic minority women with HIV. *J. Assoc. Nurses AIDS Care.* **24**(6), 539–553 (2013)
15. Charon, J.M.: *Symbolic Interactionism: an Introduction, an Interpretation, an Integration*, 10th edn. Prentice-Hall, Boston (2010)
16. Plunkett, R., Leipert, B.D., Ray, S.L.: Unspoken phenomena: using the photovoice method to enrich phenomenological inquiry. *Nurs. Inq.* **20**(2), 156–164 (2013)
17. Currie, J.: Managing motherhood: strategies used by new mothers to maintain perceptions of wellness. *Health Care Women Int.* **30**, 655–670 (2009)
18. Emmanuel, E., St John, W.: Maternal distress: a concept analysis. *J. Adv. Nurs.* **66**(9), 2104–2115 (2010)
19. Alstveit, M., Severinsson, E., Karlsen, B.: Readjusting one's life in the tension inherent in work and motherhood. *J. Adv. Nurs.* **67**(10), 2151–2160 (2011)

Apêndice V

Notas de Campo – Reflexões

ALGUMAS REFLEXÕES

REFLEXÃO ENTREVISTA 2

Global: é uma das primeiras entrevistas realizadas – a segunda mais precisamente, e uma das dificuldades/limitações é a curta duração e pouca profundidade da entrevista. A pouca experiência do investigador é patente em várias situações em que o entrevistado aborda uma questão que agora lendo e relendo, valia a pena explorar melhor, como por exemplo: o que é “*ser mesmo mãe*”, “*consciência do que é ser mãe*”, “*saiba ser mãe*”, “*a pessoa, ... que é mãe a 100%*”, “*ter a maternidade sempre com ela*”. Estive muito centrada no que queria perguntar, optando por fazer questões de outra natureza, voltando atrás ou avançando no guião.

Esta é uma mulher mãe pela 5ª vez. Quando é pedido para descrever a experiência desta maternidade compara-a com a primeira em que tinha 19 anos e imediatamente passa a descrever a relação com este filho mais velho como de amizade, cumplicidade e de confidente. O facto de ter sido mãe na adolescência parece ter contribuído para uma relação de amizade e não de mãe-filho. Embora pareça gostar desta relação de amor fraternal que tem com o filho mais velho, afirma que com este já não vai ser assim - vai já **ser mesmo mãe**. Diz também que vai **ser mais reta** – convinha ter explorado melhor o que queria dizer: impor mais regras, mais limites? ser mais disciplinadora? Está a reconhecer que na primeira maternidade não foi capaz de desempenhar esta competência parental de impor limites? Ao assumir que via o filho como um Nenuco e o chamava assim, como um brinquedo, estará a dizer que não viveu essa maternidade na sua plenitude, com a consciência total das responsabilidades que uma maternidade implica? Apesar de referir que foi sempre mãe a 100%, admite que nas outras gravidezes era mais despreocupada. Será, que a preocupação com os cuidados com a gravidez e com o bebé, principalmente com a segurança do bebé, estão mais presentes nesta maternidade por ser tardia? E ao invés, na adolescência a despreocupação é porque nesta faixa etária o risco, está, em geral, menos consciente?

- a preocupação, **uma maior preocupação com a gravidez/ maternidade** parece ser um aspeto importante. A preocupação está centrada na necessidade de proteger o filho, quer

seja na recusa da da amniocentese pela eventualidade de provocar um aborto, a participante fala da preocupação como algo inato, quando diz “a gente tenta sempre proteger as nossas crias” fazendo a comparação que é uma preocupação presente em todas as espécies e gestações.

Outro aspeto que parece estar presente e associado a uma maior preocupação e necessidade de proteção do filho, é uma **maior prudência** na tomada de algumas decisões que podiam colocar em risco a gravidez: a amniocentese, ter alguns cuidados como não subir as escadas, não beber parar de lavar a louça quando lhe estava a custar, trabalhar?? Enfim, ter o máximo cuidado. O trabalhar, pode estar incluído nestas atitudes de prudência ou pode resultar de indicações médicas que muitas vezes aconselham estas grávidas com mais de 35 anos a deixarem de o fazer por considerarem ser uma gravidez de risco. A participante afirma mesmo que a gravidez foi considerada de alto risco, mas que não a considerava como tal, embora tivesse alguns cuidados.

Quando questionada acerca da experiência da maternidade, esta mãe de 5 filhos aborda a a primeira e a última, omitindo quase sempre as três outras de permissão. Será que estas tiveram /têm um significado maior por ocorrerem nos extremos da vida reprodutiva? A própria reconhece que viveu estas duas maternidades de maneira diferente, a primeira por ser muito novinha o filho era visto como um boneco, nesta última já se sente mais mãe – será que na primeira não se sentiu mãe? Por outro lado, a consciência de que esta pode ser a sua última maternidade determinou um grande investimento, deixando de trabalhar para viver a maternidade intensamente e de forma incondicional.

Relativamente à auto-imagem refere que engordou 15 Kg e se sentia uma “bolinha”, mas este aumento de peso foi considerada uma **benção** – seria de indagar melhor o que significava ser uma benção: significava que o bebé se estava a desenvolver bem? Porque era visível? Porque sentia orgulho na sua gravidez? Por poder ser a sua última maternidade?

A aceitação da gravidez pelo companheiro (o pai ficou todo babado) parece ter sido importante. O não planeamento da gravidez, a idade muito mais jovem do companheiro (25anos), a existência de um outro filho comum de 19 meses e 3 outros filhos de outra(s)

relações, poderão estar na base de um sentimento de alívio ou de **gratidão** para com o companheiro.

O **medo** parece estar muito presente na maternidade, inicialmente relacionado com a evolução/desfecho da gravidez p. Ex. com a possibilidade da amniocentese poder provocar um aborto, o medo de que não seja perfeito verbalizado pela necessidade de ver o filho após o nascimento *“eu queria-o era cá fora , era vê-lo”* e **certificar-se de que é perfeito** *“Ver se é perfeito.(...) A primeira coisa que eu fiz foi logo destapá-lo e ver se ele estava perfeitinho, foi isso e a pessoa tem o coração nas mãos se acontece algo, ou se tem um sintoma qualquer”*. Valia a pena aprofundar a importância atribuída à perfeição: o que representa? O filho bem feito? Com bons genes? Um teste à capacidade reprodutiva dos pais? Uma ausência de doença? Fisicamente perfeito? Esteticamente agradável, bonito?

O medo está ainda relacionado com a segurança/eventualidade de roubarem a criança; acerca da 1ª maternidade refere *“eu dormia de dia e à noite parecia uma coruja de volta dos berços para ver se ninguém vinha mexer nos bebés”*, no entanto na actual maternidade continua a manifestar medo de roubem o bebé, razão pela qual está **sempre alerta**: *“Já estamos mais à vontade. Apesar de estarmos sempre em alerta. A gente ouve uma pulseirinha a tocar e calma, o que é que se passa? ... mas isso é em todas as maternidades. O bebé durante a noite nunca dorme no berço dele, dorme sempre ao meu lado. Qualquer movimento que eu sinta ou que eu oiça, às vezes as minhas colegas a irem à casa de banho ou assim, fico logo alerta”*.

A idade (38), neste caso uma grande diferença de idade do marido (38 e 25) é verbalizada como não sendo problema, embora admita que pensa e age como se fosse mais nova, como se tivesse a idade do marido *“A gente tem que pensar é que somos mais novos do que aquilo que realmente é. (...)Investigador:Tenta agir de acordo com a idade dele? Resposta: Sim, de acordo com a idade dele.”*

Justifica este **pensar e agir como se fosse mais nova** ao referir que brinca com os filhos da mesma forma, por vezes até com maior energia que o marido. No entanto, à eventual perda de vigor no futuro, referida pelo marido, a participante reage argumentando que enquanto houver recursos farmacológicos, esse não será um problema *“enquanto houver «voltarene» e enquanto houver injeções de insulina (enquanto houver medicamentos),*

não há nada que nos segure “, ou seja está consciente da inevitabilidade do seu envelhecimento e perda de faculdades (quais? Importava também aprofundar este aspeto, pois parece centrar-se apenas nos físicos, na falta de energia, de vigor) mais cedo do que o marido.

REFLEXÃO ENTREVISTA 3

Surpresa e Desilusão Com a Gravidez e Parto

GLOBAL: A entrevista é curta e termina abruptamente. Embora não esteja documentado penso que fomos interrompidas ou pelo almoço ou pelas visitas. No decurso da entrevista houve aspetos que deveriam ter sido mais explorados, como p. Ex. Quando se refere à idade, ao chamamento, às expectativas acerca da gravidez, as dificuldades, o instinto, adaptação à maternidade.

Esta mãe de 35 anos refere que decidiu engravidar quando encontrou “*a pessoa que valia a pena*” – que requisitos e características tinha essa pessoa? Quando diz que só tomou a decisão quando encontrou a pessoa que valia a pena, podemos inferir que teve outros relacionamentos, mas que não valiam a pena, não eram a **pessoa certa**, passível de ser o escolhido para pai de um filho seu.

Aguardar pela altura ideal para ser mãe - acrescenta que a sua decisão também aconteceu quando “*reuniu as condições pessoais e profissionais* “ – que questões foram essas? Económicas? Ter emprego? Ganhar mais? De carreira? Atingir algum posto ou grau na carreira? E as pessoais, o que significam? Ter saúde? Ter 35 anos? Ter estabilidade emocional? Ter ultrapassado um relacionamento anterior?? Quais são os fatores pessoais e profissionais que contribuem para a **altura ideal**?

Para esta mãe a maternidade parece que ter sido um **projeto adiado**, uma vontade adiada - “*Já sentia o chamamento há muito tempo*”, mas em que consistia este chamamento? Como? Em Pensamentos? Em Sonhos? Em Querer ser mãe? Quando? Quando via outras mulheres ou amigas com filhos? Para quê? Para cuidar de uma criança? Para dar ou receber afeto? Para dar continuidade aos seus genes? Para ter um objetivo de vida? É o instinto? O relógio biológico? Ou a tomada de consciência de que está a chegar ao fim da sua capacidade reprodutiva?

É com **surpresa** que a participante descreve o tempo que demorou a engravidar “*Estivemos a tentar e só ao fim de 1 ano é que conseguimos*”, a forma como decorreu a gravidez - os problemas que surgiram na gravidez “*Depois fiquei grávida, passado 1 ano, mas as coisas também não foram fáceis, tive imensos problemas*”, e também com o parto “*O parto foi horrível, são dores horríveis, não consegui fazer a dilatação toda, estive até ao fim, mas depois foi uma cesariana de urgência, levei anestesia geral, portanto foi tudo assim muito complicado*”. Pela narrativa da participante as expectativas em torno da maternidade eram outras. Seria oportuno questionar quais eram exatamente as suas expectativas? Como foram construídas? Pela convivência com outras grávidas? Através de filmes, livros, redes sociais? De profissionais de saúde? Da frequência de curso de preparação para a parentalidade?

Através do seu discurso podemos perceber que estas **expectativas defraudadas** deram lugar a uma certa **desilusão** com a vivência do processo de maternidade que ficou aquém do esperado “*não aproveitei muito bem a minha gravidez*” (...) “*portanto foi tudo assim muito complicado(...) tem sido muito difícil*”. Parece estar descontente com o processo de maternidade (gravidez e parto), mas contente com o resultado (filho) “*...pronto, estou a adorar amamentar, estar com ele, cuidar dele. Estou encantada. Felicíssima*” e, mais uma vez surpreendida por o que esperava ser difícil (cuidar do bebé), tem sido fácil “*...mas o que eu pensei que ia ser muito difícil, não foi ! Que é ele é um bebé, uma criança super tranquilo, super calmo, hãaa come e dorme, não dá trabalho nenhum e é, era aquilo que eu tinha medo que podia não conseguir lidar com*”.

A participante parece **não estar preparada** para as dificuldades da maternidade, mesmo que considere que algumas dessas dificuldades são inerentes à gravidez “*Tive descolamento a placenta, tive a dor ciática, uma hérnia no umbigo, tive dores de cabeça de ir parar às urgências com um pico de dor horrível, enfim enjoos e tudo inerente à gravidez*”.

Sentir o peso da idade - A participante equaciona que os problemas poderão estar relacionados com a idade “*tive imensos problemas, talvez também por causa da minha idade...*” que relaciona com menor resistência, menor agilidade, maior cansaço, mais dificuldades e acrescenta ainda a ansiedade que toda esta situação lhe provoca e o sentimento de inutilidade “*A maior parte do tempo estive em repouso, portanto também não aproveitei muito bem a minha gravidez porque sentia-me ansiosa, sentia-me farta de*

estar em casa, de repouso, não podia fazer nada e depois comecei também a ficar ansiosa por causa da minha condição física, não conseguia fazer nada (...) eu noto que o meu corpo já não é tão resistente como quando eu tinha 20 anos; e realmente senti-me muito cansada, com pouca agilidade, penso que também se deve ao facto de ter mais idade, está provado também que corremos mais riscos, mais dificuldades. Eu tive bastante dificuldade “

Para concluir o que mais me surpreendeu nesta entrevista foi a surpresa e desilusão com o processo da gravidez e parto e por isso daria o título a esta entrevista **Surpresa e Desilusão Com a Gravidez e Parto.**

REFLEXÃO E 6-1

Ser mãe tardiamente/Desejando ser mãe mais cedo- para esta mulher de 43 anos, mãe pela 2ª vez, a gravidez surgiu inesperadamente, não planeada, embora fosse um projeto do casal. O seu início de maternidade tardio deveu-se à incapacidade de engravidar com o anterior parceiro, referindo que queria ser mãe mais cedo e que gostava de ter mais filhos, o que agora pela idade foi posto de lado. Para esta mulher o facto de ser uma segunda maternidade e tardia, foi uma experiência positiva que a obrigava a pensar mais e a refletir, a ter mais paciência e trouxe-lhe mais-valias: ser mais experiente, estar mais atenta e informada referindo que se fosse mais nova não ligava tanto aos pormenores.

A questão da idade não é percecionada como um problema já que se diz ter energia de 20 ou 30 anos e não se sentir ou parecer velha, pelo contrário, sentiu vaidade em exibir a gravidez e o facto de ter dois bebés até leva as pessoas a pensarem que é mais jovem.

Apesar de acreditar que estava tudo bem e ter sido uma experiência positiva, sentiu alívio ao saber o resultado da amniocentese pelo receio do RN ter problemas (relacionados com a idade materna) e referiu receios com o parto.

Surpresa – a notícia da gravidez foi acolhida com felicidade e surpresa, surpresa por ter engravidado e com o sexo do bebé.

Trair o filho – Uma ligação intensa com o 1º filho, até agora filho único, o receio da perda da disponibilidade e exclusividade para com ele, a preocupação com ele, recear a reação do filho ao nascimento da irmã, a necessidade de dividir a atenção pelos dois, dar a conhecer o RN ao filho mais velho geram nesta mãe o sentimento de que está a trair o filho mais velho.

fase cor-de-rosa – o puerpério recente é vivido como uma fase boa, uma fase cor-de-rosa, uma experiência gratificante que a faz esquecer as dificuldades. Refere o prazer em contemplar o filho, em conhecê-lo, apesar de ainda o ver como um estranho. O acto de amamentar embora sentido como uma obrigação, dá-lhe prazer e responde à necessidade de estar junto ao filho e proporciona-lhe a sensação de estar ligada ao filho como se ele ainda estivesse no útero.

O considerar este momento uma fase, parece induzir que está sujeita a um limite no tempo, que no futuro outras se seguirão menos gratificantes ou menos boas.

Duvidando da sua capacidade de ser mãe – relembrando e comparando a maternidade anterior com a atual e comparando os dois filhos esta mulher vai tecendo comentários acerca da sua capacidade de ser mãe, salientando o já ser capaz de dar banho e de vestir o RN . Refere que a maternidade é vasta e exigente (“é tanta coisa”) e mostra-se preocupada com a saúde do RN e na altura da amniocentese receosa por o RN poder ter problemas (relacionados com a idade materna).

REFLEXÃO E 6-2

Gerir melhor - Nesta segunda entrevista que ocorreu no 26º dia do puerpério a participante refere que apesar de as noites ainda serem mal dormidas, a **adaptação (à maternidade) tem sido mais fácil**. Para isto tem contribuído o relacionamento mais calmo com o marido, a melhor aceitação da quebra das rotinas e o esquecer as dificuldades da maternidade anterior.

Também são aspetos referidos como importantes nesta melhor adaptação o não **querer fazer tudo bem**, tomar consciência de que não tem de ser tudo tão rigoroso, rígido e perfeito, como por exemplo aceitar a desarrumação, bem como a gestão do tempo(**não ter tempo**) é encarada de uma forma mais serena, dando prioridade à filha e não entrando em stress quando não consegue fazer todas as tarefas planeadas.

Gerir o outro filho tem sido outra das preocupações: o estar afastada do (outro) filho, recear a sua reação ao RN,) evitar reações de ciúme , o alívio sentido pela aceitação da bebé pelo irmão. Conscencializar estas preocupações e definir estratégias a tempadas tem sido um dos desafios desta maternidade.

Saudades do trabalho – Pelo discurso percebe-se que a participante sente saudades do trabalho. O trabalho é uma parte importante da sua vida, uma coisa que a realiza e que diz adorar e sentir-se bem quando vai ao local de trabalho. Uma das fotos ilustra isso mesmo – as suas escovas alinhadas e refere-se a elas com ternura: “as minhas escovinhas”; uma ida ao cabeleireiro onde trabalha e fazer um brushing a uma cliente é referido como fonte de prazer. Apesar de gostar muito do trabalho decide adiar o seu regresso por considerar que o cuidar da filha é mais importante. O trabalho proporciona-lhe também convívio, e possibilidade de ser escutada e ser o centro das atenções.

Ser o centro das atenções – refere ser importante e fazer-lhe bem ir ao cabeleireiro, de estar com as clientes, gostar de sentir-se mimada, de contar a sua história, de ser o centro das atenções, de ter todos à sua volta, de sentir orgulho pela maternidade recente, de partilhar este evento com as clientes através do facebook.

Recuperar as rotinas do dia a dia –o fim das restrições alimentares relacionadas com a gravidez como por exemplo comer comida japonesa, voltar a cozinhar, sair de casa, Voltar a cuidar de si, a maquilhar-se, conseguir tomar banho descansada, são aspectos que considera importantes no retomar do seu quotidiano. Todos estes aspectos foram registados em fotografias.

O **retomar a vida social** – o internamento na maternidade e os primeiros tempos de puerpério interromperam algo que refere como muito importante – a vida social. Relativamente ao internamento na maternidade sentiu-se isolada do mundo, com necessidade de ter outras conversas que não fossem sobre a maternidade e os bebés. A ida a uma festa de anos quando saiu da maternidade ilustra bem esta necessidade de ver pessoas, de conversar sobre outros temas. O voltar a um restaurante japonês foi descrito como retomar um hábito e um gosto interrompido pelas exigências alimentares da gravidez.

REFLEXÃO E 6-3

Nesta entrevista, a 3ª, 2 meses após o parto a entrevistada vai manifestando ao longo da conversa alguma **surpresa** acerca de vários aspetos da sua experiência de maternidade: o facto de ter engravidado, da sua experiência anterior ser muito diferente, a sua pouca vontade em reiniciar o trabalho, que até aí parecia ser determinante, os obstáculos que se

levantaram ao seu planeamento inicial de começar a trabalhar após o 1º mês, a atitude das mulheres que a irritam com os seus comentários e opiniões sempre centradas na eventualidade do bebé ter fome (e não estar a ser bem cuidado pela mãe) e ficam embevecidas quando a veem dar de mamar; os homens, principalmente os jovens e os jovens negros pela sua atitude atenta e solícita de ajuda; outro aspeto interessante é esta mãe, já com experiência anterior recente de maternidade, revelar surpresa com a exigência dos cuidados inerentes às fases de desenvolvimento do bebé.

O ser mãe de um filho é diferente de ser mãe de dois. Há que **aprender a ser mãe** e a participante vai tecendo comparações entre as suas duas experiências de maternidade e com outros bebés, as dificuldades que está a sentir, dando grande ênfase ao lidar com o choro da bebé em público e em privado, as dificuldade em estabelecer prioridades entre si e o bebé, frustração por não conseguir executar as tarefas e fazer tudo o que planeia, cansaço por ter de estar sempre disponível para o RN, a preocupação com a saúde do bebé, etc. Apesar do discurso evidenciar muitas dificuldades, sente-se uma mãe experiente, orgulhosa por fazer parte da evolução dos filhos. No seu relato estabelece uma diferença significativa entre o 1º mês e o 2º: refere que o **1º mês foi muito mais fácil** pela presença e ajuda do marido e compara este 1º mês com o 1º mês do 1º filho em que não sentiu a presença do marido como facilitadora, mas antes perturbadora pela atitude opiniosa deste e por haver uma certa competição entre ambos – o que já não aconteceu desta vez, demonstrando que o casal está mais seguro. Neste 2º mês a participante refere que experimentou **momentos difíceis**. As dificuldades verbalizadas têm a ver com alterações de humor e o ficar sozinha com a bebé. A **tristeza e a solidão** parecem ter estado presentes nas duas maternidades, embora na primeira quisesse estar só, na segunda queria ver pessoas. Nesta segunda maternidade, surgiram também sentimentos novos e intensos de angústia, choro, frustração, raiva que atribui ao cansaço e desespero de não conseguir executar as tarefas e a dificuldade em lidar com as exigências de um RN. Esta mãe teve que aprender a **lidar com a frustração** e com os sentimentos negativos que foi experimentando. Outro sentimento negativo que emana desta entrevista é o de estar a **trair o outro filho**, verbalizando a necessidade de lhe dedicar mais tempo e de lhe dar colo. O deixar de ser filho único desencadeia, por vezes nas crianças, o sentimento de rejeição e de ciúme e esta mãe refere também alguma culpa? Desconforto? por a sua atenção estar agora centrada no bebé.

O ser mãe, e neste caso ser mãe de dois, parece também ter-se repercutido na conjugalidade. A participante refere várias **alterações da conjugalidade**: afastamento do casal, dormir em camas separadas, medo da dor ao retomar a atividade sexual, irregularidade na atividade sexual, receio de voltar a engravidar, receio de “levar muito tempo” (a retomar a atividade sexual), e enuncia também algumas estratégias adotadas para as colmatar: planejar a atividade sexual, abordar o tema da sexualidade com técnicos e utilizar o humor. O sentir-se diferente fisicamente (mais gorda, com cicatrizes, tudo mole), é referido também como fonte de frustração.

O **sair de casa e retomar atividades familiares e sociais** parece ser um aspeto muito importante nesta experiência de maternidade. A participante refere que embora goste de estar em casa, o sair de casa é muito importante mesmo que seja só ir ver as montras, ir às compras ou dar uma voltinha pelo centro comercial ou pelo bairro. O convívio com os amigos também parece ser importante, pois diz sentir a falta de estar e sair com os amigos, de retomar o convívio com os amigos, partilhar experiências com outras mães. Partilha interesses comuns com a amiga de longa data e colega de profissão e as suas conversas acerca do trabalho foram substituídas por conversas acerca dos filhos. As reuniões familiares são referidas como revigorantes, fonte de bem-estar por estar com a família toda, não ter que fazer nada, sentir-se mais livre das suas obrigações de mãe por ter a ajuda da família, sentir-se mimada e ainda por lhe fazerem **relembrar** os almoços de família da **sua infância**.

O **ter tempo para si** é um tema abordado várias vezes na entrevista. A participante afirma que gosta de se arranjar, de cuidar de si e da sua aparência. Durante este período (pós-parto) nem sempre tem conseguido manter o seu ritual diário de cuidar de si, porque os cuidados ao filho absorvem-na completamente e nessa medida são um obstáculo. O adiar o cuidar de si é por vezes em prol do cuidado ao bebé, outras porque as saídas à rua são menos frequentes, no entanto gosta de ouvir elogios à sua forma física e aparência.

REFLEXÃO E 7 -1

Esta 1ª entrevista foi realizada no 2º dia do puerpério.

A participante começa por descrever esta sua 2ª experiência de maternidade como sendo uma **experiência positiva de maternidade**. Refere que foi uma maternidade diferente da

anterior em que se sentiu mais segura e o ter experiência anterior foi um fator importante. Apesar de algum risco e alarme por ter a bolsa de águas rota, considera que a gravidez foi maravilhosa e tranquila. Para esta experiência positiva contribuiu também o ser bem seguida na gravidez e bem acompanhada durante o parto. A confiança em toda a equipe fê-la sentir segura e tranquila. O parto foi mais fácil do que esperava, os medos do parto foram ultrapassados e não foi necessária uma cesariana como estava previsto.

Ultrapassar medos e fobias – o medo do parto esteve muito presente nesta gravidez o que levou esta participante a recorrer a ajuda profissional (terapia, preparação para o parto, relaxamento, meditação...) para o superar, o que conseguiu; outro medo relatado era da amniocentese pelo receio dos riscos para o feto, mas como não foi necessário efetuar este procedimento sentiu-se muito mais aliviada. Os medos em torno do parto e da amniocentese estavam muito centrados na sua dificuldade em lidar com a dor, especialmente com punções ou qualquer outra técnica invasiva. O receio com o bem-estar do feto estava também relacionado com uma anterior diabetes gestacional, pelo que lidou com o aumento de peso com alguma apreensão, pelas repercussões que poderia ter no bebé e no nascimento, para além de se sentir-se pesada, com pouca mobilidade e irritada em ter de delegar tarefas.

Tarde para ser mãe – Esta gravidez foi planeada e desejada. A decisão de voltar a ter um filho esteve muito centrada em satisfazer o desejo de paternidade do marido, mais jovem e sem filhos que esperou que a participante terminasse o seu curso para depois ser pai. Para a participante a relação verdadeira com o atual marido foi fundamental para a tomada de decisão de maternidade. O melhor relacionamento com o atual marido levou-a a estar disponível, embora se mantivesse receosa. Os seus receios centravam-se principalmente na idade, achava que tinha muita idade para voltar a ser mãe: “eu tinha essa tal ideia preconcebida que já estava a ficar um bocadinho velha para ser mãe”. Para isso também contribuíram os comentários de terceiros que consideravam que nesta idade já é “**ser mãe-avó**” e que de certa forma admite terem-na influenciado a construir ideias acerca da maternidade. Dissipar estas ideias preconcebidas acerca da idade, preparar-se para ser mãe novamente, passou por uma mentalização e mudança de ideias o que a fez sentir pouco coerente. A participante refere ainda que para esta mudança de ideias foi importante encontrar um equilíbrio entre as idades na medida em que ela se sente mais nova, melhor do que quando era mais jovem e o marido também aparenta ser mais velho.

Para esta mulher existem vantagens da idade: estar mais apta, sentir-me uma mulher mais madura, com mais experiência e mais segurança para lidar com a experiência da maternidade em si mesma. Como desvantagem identifica apenas uma: o adiar o início de carreira após ter mudado de profissão e ter terminado o seu curso (medicina tradicional chinesa).

Construir a imagem de mãe – Para esta mãe a maternidade é conhecer um amor incondicional, um amor maior, amor puro. A construção da imagem é feita lentamente ao longo da gravidez e continua depois do parto. O desenvolvimento da autonomia, da independência, da capacidade de organização são aspetos valorizados por esta mãe, pois a sua ausência, transmitiam-lhe a sensação de confusão. Para a participante o saber que estava grávida foi um momento importante e que identifica como o início da maternidade. Esta mãe afirma não gostar de estar grávida, da espera para ver e conhecer o filho, do sentir-se pesada e limitada na sua capacidade de realizar tarefas. Para ela o tempo nunca mais passava, sentia-se impaciente e foi uma fase pouco “prazerosa”, ao contrário, como afirma, de outras grávidas. O pós-parto, ao contrário da gravidez, foi uma fase gratificante, apesar dos pontos, das dores e de reconhecer alguma dificuldade na organização nos primeiros dias. Conhecer o filho, saber reconhecer os sinais de fome, dor ou desconforto, ser capaz de os identificar rapidamente, são outros aspetos mencionados importantes no papel de mãe e na construção da imagem de mãe. Quando fala desta construção compara as suas duas experiências de maternidade e afirma que na atual a **adaptação** tem sido **mais rápida**, mais fluida e que para isso considera importante conhecer os próprios limites, até onde pode ir e quando precisa de pedir ajuda.

REFLEXÃO E 7-2

comparando as experiências de maternidade- A participante ao longo de toda a entrevista vai tecendo comparações entre a atual maternidade e a anterior. Do discurso acerca da anterior maternidade parece guardar recordações pouco felizes. Para ela, esta experiência está a ser muito mais intensa e está a ser mais fácil cuidar do RN (do que na maternidade anterior); aponta como razões a inexperiência, a falta de apoio na 1ª maternidade e o ser mais paciente com 36 anos do que com 28. Outra razão apontada foi a solidão (falta de

apoio do marido?) que diz ter sentido na 1ª maternidade. Na primeira sentia-se ansiosa, esgotada, insegura e com medo de fazer as coisas mal.

Libertando-se das amarras do passado – quando fala do passado fá-lo com pesar e reconhece que era uma pessoa triste (deprimida? Nunca empregou este termo, mas deixou esta impressão), pessimista que via tudo negro e se vestia de cores escuras, não havia cor na sua vida e também insegura que se manifestava nos vários **medos** que refere: medo de fazer as coisas mal, medo por ser mãe pela primeira vez, medo de ficar sozinha com o RN. Para ultrapassar destes medos diz ter sido importante fazer terapia e identifica como ponto de viragem, de renascimento, de ganhar uma 2ª vida, o momento em que conheceu o atual marido.

Admiração/ando o marido – o marido é referido como essencial na sua reestruturação, no ultrapassar de medos e fobias e também um pilar desta maternidade, na medida em que é um pai presente, afetuoso, que a compreende e apoia nas suas decisões, que ajuda nas tarefas domésticas e nos cuidados ao RN . Quando compara com o anterior companheiro salienta as diferenças entre ambos e como este lhe traz estabilidade emocional. A grande vontade do atual companheiro de querer ser pai foi um dos fatores decisivos para esta mãe tomar a decisão de engravidar. Admira a sua atitude compreensiva, em esperar que acabasse o curso para engravidar, para não deixar projetos pendentes. Outra característica que admira no marido é a sua grande sensibilidade. Ao comentar uma das fotografias escolhidas em que estão ambos - o marido e a filha, destaca a ternura do pai para com a filha.

Sentir-se jovem – quando fala da idade diz que apesar de ter atualmente 36 anos se sente mais leve do que há dez anos atrás; nessa altura sentia-se e parecia mais velha. A mudança na sua vida pessoal –encontrar um novo companheiro e fazer terapia, ajudaram-na a superar medos e inseguranças. Hoje sente-se rejuvenescida, como se tivesse renascido e relativiza a idade, achando-se mesmo mais bonita que anteriormente.

Ser capaz – nesta entrevista emerge o sentimento de se sentir capaz de lidar melhor com a maternidade e de a disfrutar com prazer. Refere vivenciar cada dia com mais intensidade e gostar de contemplar e admirar a filha. Diz que é fácil cuidar da bebé, apesar de ter mais cuidados, sente uma grande necessidade de a proteger, de se assegurar que está tudo bem. Sente-se bem, mais disponível, segura, confiante, com mais energia e capacidade de lidar melhor com o cansaço e com a falta de sono. O facto de ser bem-sucedida em algumas

tarefas em que tinha tido dificuldade na maternidade anterior, como conseguir dar banho sozinha ao RN e constatar que a filha aparenta tranquilidade e felicidade, acentuam o seu sentimento de segurança, de saber o que tem para fazer e como fazer. Ter trabalhado a autoconfiança em terapia tem-na ajudado a acreditar em si.

Restabelecendo-se – sente agora (3 semanas após o parto) que começa a restabelecer-se: tem menos dores ao evacuar e urinar e menor dificuldade em sentar-se. Apesar de ter sido um parto difícil (forceps) ficou mais traumatizada no parto anterior (cesariana) em que a recuperação foi mais difícil. O dormir bem, conseguir repor o sono descansando em simultâneo com a bebé têm sido fundamentais, no entanto sente que precisa de **ganhar força**. A falta de força e cansaço também estão relacionadas com uma anemia da qual está a recuperar, mas interfere com a sua autonomia por precisar de ajuda em algumas atividades e na sua auto-estima, pois refere não se deixar fotografar por estar muito pálida. Uma das dificuldades que refere é conseguir conciliar o cuidar do RN com outras atividades, por ser um cuidado 24h/dia.

Repondo progressivamente a rotina ou gerindo o quotidiano – várias foram as alterações no quotidiano desta mãe que agora começa a perspetivar o retomar de hábitos anteriores ao nascimento, tendo até já estabelecido um prazo. Um deles são os passeios de fim-semana que foram interrompidos e que pretende a pouco e pouco retomar. As mudanças introduzidas e agora prestes a serem repostas foram cuidadosamente planeadas com o companheiro. Como o RN requer dedicação exclusiva e ainda não tem rotinas estabelecidas, o desafio desta fase é lidar e aceitar a imprevisibilidade, o que muitas vezes a impede de conseguir realizar outras tarefas. Uma das coisas que lhe custa é **estar em casa**, ficar em casa sozinha. Embora refira a solidão e o sair pouco, diz também ter pouca vontade de sair pelo receio em sair de casa com a bebé devido às condições climatéricas (mau-tempo), às barreiras arquitetónicas do prédio (escadas), as saídas implicarem um sem-número de acessórios do RN, e ovo (do RN) ser muito pesado e difícil de transportar. Do que sente mais falta é de ir ao café e dar uma voltinha pelas redondezas.

Gerindo as chamadas de atenção da filha mais velha – a participante compreende as chamadas de atenção da filha mais velha por ter deixado de ser o foco das atenções e a mãe estar mais concentrada na bebé; preocupa-se em arranjar tempo para a filha mais velha e valoriza momentos a três, como por exemplo a foto que tirou com as 2 filhas em que na

sua interpretação sugere uma ligação, uma comunicação entre as 3. A filha, apesar de ser muito carinhosa com a irmã e de cooperar na sua vigilância, refere não ser “invisível” , numa clara alusão de que se sente posta em segundo plano. As alterações na rotina familiar, o terem de alterar a rotina de passeios no fim-de-semana, são algumas das alterações que esta irmã mais velha verbaliza sentir falta.

O estar junto com elas, incluir a outra filha nos planos familiares são estratégias adotadas por esta mãe.

REFLEXÃO E 7-3

Aprendendo a lidar com as cólicas – Nesta entrevista que ocorreu à 8ª semana pós-parto surge a dificuldade desta mãe pela 2ª vez em lidar com as cólicas do bebé. Compara as suas experiências de maternidade, mas na anterior nunca teve um episódio semelhante, pelo que a sua experiência de maternidade neste momento revelou-se inútil. A falta de descanso, segundo a participante, também contribuiu para uma capacidade de raciocínio diminuído. O lidar com situações novas, o facto de **não conseguir dar resposta**, de encontrar uma solução, de ser capaz de acalmar a bebé, geraram nesta mãe sentimentos de angústia, desespero e de impotência e a ficar alarmada. Ao recorrer ao centro de saúde parece ter ficado surpreendida com a prontidão e atenção do atendimento, ajudarem-na a resolver o problema, detetarem progressão de peso insuficiente e desidratação, aconselharem iniciar suplemento, gotas antiflatulência e ajudarem-na a controlar a situação. Encontrar soluções para estas novas situações foi um desafio que lhe trouxe maior segurança, sensação de estar a fazer o que é certo e que passou por: aprender a reconhecer os sinais, aprender alguns truques, ser capaz de pedir ajuda, perceber que o pai é um grande apoio, mas tem dificuldade em acalmar a bebé e que ela se acalma com o cheiro da mãe.

Dar atenção à filha mais velha – a participante refere a sensação de não ser capaz de responder a todas as solicitações, de não ter tempo e sentir que tem de haver um **equilíbrio entre a exigência e a condescendência** no relacionamento com a filha **mais velha**. Refere que a filha tem feito chamadas de atenção, mas que ela sempre gostou de ser o centro das atenções, mesmo antes da irmã nascer. Tem dificuldade em a compreender, em entrar na cabeça dela, porque se por um lado é afetuosa e gosta de participar nos cuidados à irmã,

por outro, disputa e chama a atenção da mãe querendo a sua ajuda e os seus mimos quando está a cuidar da bebé. Como resposta às chamadas de atenção e aos ciúmes da filha tenta fazer as mesmas coisas, adaptando as rotinas, arranjar estratégias de compensação, embora ainda não tenha conseguido retomar os passeios ao fim de semana, por falta de tempo.

A sua **incapacidade em apoiar a filha** nos estudos no final do ano letivo deixou-a desconfortável embora conte com o apoio do marido para ajudar. Ter baixado a nota de matemática leva-a a pensar que não a acompanhou o suficiente; a Português, o sucesso da filha deixa-a orgulhosa e fá-la a reconhecer as suas potencialidades.

Estar em casa – a dedicação exclusiva à maternidade fê-la passar de uma atividade laboral intensa a não trabalhar e ter de passar muito tempo em casa,. Refere **não gostar de estar em casa** e reconhece que lhe faz bem sair de casa. Apesar do apoio dos pais não tem conseguido sair. Um dos motivos porque não tem saído é o **medo de conduzir**, de conduzir o carro com a bebé. Está consciente que tem adiado o começar a conduzir, mas refere querer ultrapassar este receio. Outra dificuldade é sair com a bebé no ovo por ser difícil de transportar. Outra preocupação é a imunidade da bebé por ainda não ter feito as vacinas dos 2 meses. Ter conseguido sair é percecionado como uma vitória e tenciona voltar gradualmente à rotina e a **passear mais**.

Adaptação da conjugalidade – nesta entrevista a participante aborda várias questões relacionadas com a sexualidade: preocupação com perdas de sangue que não sabe são lóquios ou fluxo menstrual, receio de engravidar, necessidade de fazer a revisão pós-parto para saber se está tudo bem, planeamento do retomar da atividade sexual, equacionar outras opções de contraceção por dificuldade em gerir a contraceção actual. Com a cesariana anterior não teve alterações, mas o parto vaginal difícil leva-a a duvidar e recear de ter ficado diferente, em especial recear que a vagina tenha sofrido danos irreversíveis, **receio de já não ser a mesma**, de já não conseguir dar prazer e receio que o marido note a diferença; receia ainda que a visão do parto pelo companheiro o tenha impressionado e possa interferir no relacionamento sexual do casal. Reconhece a importância das relações sexuais no relacionamento do casal, mas teme retomar da atividade sexual principalmente pelo **receio da dor**; refere que os seus receios são idênticos a perder a virgindade, que se sente como uma adolescente na 1ª vez, a adiar como uma adolescente a 1ª vez.

Sabe que o seu bem-estar é a prioridade do marido, conversa o assunto com ele a quem reconhece a atitude de **compreensão, aceitação, paciência e otimismo**.

Houve mudanças anteriores ao parto na expressão da sexualidade do casal que encontrou outras formas de expressar a sexualidade, desenvolvendo uma relação menos carnal, um relacionamento mais platónico.

Redescobrir a mulher e a mãe em simultâneo – o ficar em casa é percecionado como uma perda de autonomia. Pelo contrário o **sair de casa e ir às compras** para a participante é percecionado como **fazer algo por si**. Investir na auto-imagem, arranjar-se mais, comprar roupa confortável e nova, pintar as unhas, andar na rua, arranjar tempo para cuidar de si, fá-la sentir-se bem consigo própria, mais mulher e **melhora a auto-estima**.

REFLEXÃO E 7-4 (5 MESES PÓS-PARTO)

Vivendo a maternidade em plenitude – a participante ao falar da sua experiência de maternidade não consegue deixar de a comparar com a 1ª. Esta 2ª maternidade diz estar a ser mais consciente, por saber o que está a acontecer em cada uma das fases, está mais organizada e a sentir que está a conseguir usufruir de forma mais plena a maternidade e que tem sido uma experiência mais intensa do que a primeira. Apreciar e viver com maior intensidade momentos do quotidiano têm sido gratificantes. O ser capaz de estabelecer uma rotina/horário como por exemplo do banho, que considera um dos momentos importantes do dia, proporciona-lhe o desfrutar desse momento na sua plenitude; tenta compensar o companheiro a perda do momento do banho, com outros momentos como estar com a bebé, mudar-lhe a fralda, etc. Outro momento que considera ser muito importante é a chegada do pai a casa, o momento de reunião da família.

Ser boa mãe – a participante sente-se orgulhosa por conseguir criar uma bebé feliz e tranquila, proporcionar-lhe um ambiente protetor e ter conseguido e promover a adaptação da bebé. Considera ter competências para ser boa mãe por ser uma mãe equilibrada, mas zelosa, ter sido capaz de estabelecer uma rotina/horário e estabilizar os sonos da bebé, o que permite o descanso dos pais/ sonos em dia, que se preocupa em poupar o marido não o sobrecarregando durante a noite. Refere que a bebé também é muito expressiva tornando fácil perceber as suas necessidades. Considera que o que ao dar o seu melhor como mãe também lhe permite crescer como pessoa, como ser humano.

Gerindo a relação com a filha mais velha – mostra preocupação com a filha mais velha por a sentir revoltada e pelas constantes chamadas de atenção principalmente quando está a cuidar da bebé, apesar da sua atitude afetuosa e colaborante para com a irmã.

Culpa-se pela ausência e falta de atenção que lhe dedicou antes da bebé nascer, durante o tempo em que esteve a trabalhar e a tirar o curso, e esses sentimentos de culpa impediram o estabelecimento de limites. Nas férias escolares a situação agudizou-se por terem ficado em casa nas férias, fazendo-a sentir-se cansada e com falta de paciência.

As estratégias adotadas passaram por descansar da filha mais velha enviando-a a passar uns dias com o pai e recorrer a uma psicoterapeuta que a ajudou a lidar com a situação e a estabelecer limites à filha mais velha.

Protegendo a sua saúde mental – nesta entrevista a participante fala bastante acerca da sua preocupação com a sua saúde mental, já que na anterior maternidade desenvolveu uma depressão pós-parto. Decorrente da sua dificuldade em gerir a relação com a filha mais velha refere que esteve à beira de um esgotamento e que recorreu a uma psicoterapeuta. Diz que neste período se focou em não ter uma recaída da depressão, estar bastante alerta para os sinais de depressão, mas reconhece que se deixou ir abaixo. Ao reconhecer em si os sinais de depressão como instabilidade, tristeza, irritabilidade, reatividade, falta de energia, deixar de se cuidar, decidiu pedir ajuda e fazer psicoterapia. Por não querer tomar medicação (antidepressiva) por causa da amamentação, decidiu arranjar outras estratégias para não tomar medicação como a psicoterapia e o exercício físico no ginásio.

Cuidar de si – nesta entrevista a participante continua a dar muita importância à necessidade de se sentir cuidada, ao cuidar de si, mas menos centrada nos aspetos estéticos de fazer a depilação ou a manicura. O cuidado centra-se essencialmente em estratégias para melhorar os sintomas depressivos como fazer com psicoterapia para resolver os medos, fazer massagens para recuperar a parte física (“pôr no sítio coisas que ficaram fora do sítio por causa da gravidez”) e ir ao ginásio. Sair de casa para ir ao ginásio tem sido importante por lhe proporcionar bem-estar, constatar que será fácil perder o peso adquirido e conseguir deixar a bebé com outras pessoas.

O cuidar de si nesta fase da maternidade também é considerado essencial pelo seu papel de cuidadora, já que considera ter de estar bem para cuidar bem dos outros. Refere que só ultimamente constatou este aspeto e que a relação conflituosa com a filha e o facto de ter

dado tudo de si, fê-la sentir-se vazia. Considera que para estar bem é preciso cuidar da parte emocional, alimentar as emoções.

Retomar o relacionamento sexual normal – Nesta fase em que os medos de reatar o relacionamento sexual referidos na entrevista anterior foram ultrapassados, a sua atenção foca-se em retomar o relacionamento sexual normal. Relaciona a anterior diminuição da libido com as alterações hormonais decorrentes da amamentação e com a fase depressiva, mas diz sentir-se a **voltar ao normal**. Mais uma vez a ida ao ginásio e a psicoterapia que lhe permitiu adquirir ferramentas mentais e emocionais, foram estratégias importantes. As dificuldades percebidas são o arranjar tempo para os dois e de acertar os horários entre o casal; para isto têm contribuído as chamadas de atenção da filha mais velha, mais do que a bebé, principalmente à noite na hora de deitar e que interferem no relacionamento sexual.

Solidificar/proteger o casamento – a participante refere preocupação com a falta de tempo para o casal, por considerar importante construção de uma plataforma sólida e arranjar estratégias para fortalecer o casamento. O receio da relação falhar, não explicitado, está implícito nas suas palavras quando que a mudança de mentalidades, a alteração da estrutura familiar que põe em causa a perenidade do casamento, concluindo que esse formato antigo (casamento para a vida toda, assente na proteção dos filhos), não resulta pois atualmente os casais não se mantêm juntos pelos filhos.

Referindo-se ao atual casamento diz ter casado para a vida inteira, o que não aconteceu com o 1º casamento em que não tinha a certeza, no entanto diz utilizar a sua experiência para evitar um 2º divórcio, nomeadamente: perceber os riscos da falta de tempo para os dois, necessidade de investimento de tempo, arranjar tempo para o casal, ter momentos a sós, cultivar a vida de casal e evitar perder a identidade própria e de casal.

A diferença de idades não interferiu no casamento, até porque considera que o atual marido, embora mais jovem, tem maior maturidade que o anterior, é confiante, seguro, presente e transmite-lhe segurança. Pelo seu lado pensa que o atraiu pela jovialidade e atualmente transmite-lhe segurança pela sua experiência adquirida de maternidade.

Não querer mais filhos - sente-se confortável com a decisão de ser mãe aos 36 anos que implicou optar entre a maternidade (mais cedo) e o adiamento da carreira. Queria voltar a ser mãe e considera ter sido mais seguro escolher este timing para ser mãe porque o ritmo de trabalho que tinha anteriormente era incompatível com gravidez, mas também não

queria adiar a gravidez para além dos 40 anos. Considera ainda que é mais fácil interromper a carreira no início do que fazer um interregno na carreira.

Não quer engravidar novamente, razão porque optou por um método contraceptivo de longa duração. Acerca deste assunto diz que o companheiro considera a enteada como sua filha, pelo que é como se tivesse já duas filhas e não apenas uma. A dificuldade em ter mais filhos, relacionam-se com: mais filhos implicaria maior disponibilidade de tempo, sentir que dispõe de pouco tempo para a família referindo que já se torna difícil planear as atividades dos atuais membros da família e por outro lado assegurar que proporciona as mesmas oportunidades às duas filhas.

Recomeçar a trabalhar – nesta fase pondera recomeçar a trabalhar e fala do assunto com grande entusiasmo. Quando engravidou tinha acabado o curso de que gosta e mostra-se ansiosa em poder finalmente recomeçar uma carreira na área escolhida, tendo já outras oportunidades de trabalho, importantes pela parte económica que diz ter que equacionar. O trabalhar em mais do que um sítio implica reestruturar a logística familiar e essencialmente arranjar alguém de confiança para ficar com a bebé assegurando-se que a bebé terá a atenção necessária. Quando refere que tem de ser alguém de confiança, deixa subentender que terá de ser alguém da família pois acrescenta ser incapaz de confiar a filha a estranhos.

Apêndice VI

Memo: “O não dito”

Memo “o não dito”

A maternidade é conhecer um amor incondicional, um amor maior, amor puro, mas também exigente e difícil. Como qualquer papel, e tal como uma moeda, o seu desempenho tem duas faces: uma positiva, alegre, feliz, compensadora, e outra, habitualmente menos conhecida, menos consciente e menos falada, mais sombria, difícil e por vezes triste, opressiva, inquietante, perturbadora e de difícil expressão.

A primeira corresponde ao estereótipo da maternidade feliz e gratificante, do que é expectável que uma mãe sinta, ou seja, corresponde à imagem ou representação que os outros têm de uma mãe e do comportamento que esperam dela. Por isso, as mães sentem-se obrigadas a desempenhar esse mesmo papel, por vezes já tão fortemente interiorizado através da cultura, das tradições, dos ritos de passagem..., como uma máscara em que elas próprias sentem necessidade de representar para si próprias, sendo difícil distinguir entre o *eu verdadeiro* e o *mim*, aquele que quero que o outro veja, a impressão que quer causar no outro, adoptando o que Goffman chama de “*práticas defensivas*” ou “*práticas de protecção*”(Goffman, 1993, p.25). Estas “práticas defensivas” ou “práticas de protecção”, mais ou menos conscientes, servem para consubstanciar o papel ou papéis que representamos, para nós próprios e para os outros e é através desses papéis desempenhados na interacção social que nos conhecemos e que conhecemos os outros. Goffman chama a esta conceito que temos de nós próprios, o nosso eu mais verdadeiro, o eu que gostaríamos de nos parecer e o papel que nos esforçamos por viver, de *máscara* (Goffman, 1993). O mesmo autor avança com outro conceito – a *fachada*, que diz respeito ao desempenho do indivíduo de uma determinada actividade de forma intencional ou inconsciente. A “aparência, modos ou maneiras” da fachada pessoal são indicadores da função desempenhada pela informação que os estímulos correspondentes veiculam, sendo esperado que haja consistência entre ambos (aparência e modos). No fenómeno em estudo – a maternidade depois dos 35 anos, na fachada pessoal da mãe espera-se que a aparência veicule a ideia de uma pessoa totalmente devotada ao

novo papel, mesmo que isso implique p.ex. sacrificar a carreira profissional ou aligeirar o cuidado pessoal, e, o modo expresse a alegria de ser mãe.

É por querer manter a máscara e a fachada que as participantes falam longamente acerca das alegrias da maternidade, do amor que sentem pelos filhos, da gratificação que sentem ao desempenhar o papel, e, inversamente tornam-se reservadas, lacónicas e pouco expansivas quando as convidamos a falarem acerca do lado difícil, cansativo e penoso da maternidade. É por este motivo que por vezes se torna tão difícil confessar o inconfessável.

Goffman, E. (1993). *A apresentação do eu na vida de todos os dias*. Lisboa: Relógio D'Água.

Apêndice VII

**Memo e Diagrama: “Amamentação papel agridoce da
maternidade”**

MEMO E DIAGRAMA - AMAMENTAÇÃO: PAPEL AGRIDOCE DA MATERNIDADE

A amamentação é um dos papéis maternos mais abordado pelas participantes durante as entrevistas sendo-lhe atribuída uma multiplicidade de características reunidas num mesmo acto. Referem não só sentimentos e sensações positivas que despoleta nas mães, mas também sentimentos e sensações negativas, daí ter intitulado este memorando *amamentação: papel agridoce da maternidade*, ou seja, o mesmo fenómeno é descrito de uma forma agradável doce, mas também acre e com muitas dificuldades.

A amamentação é antes de mais experienciado como uma forma de dar vida, de garantir a sobrevivência ao prover o alimento ao recém-nascido/bebé, assumindo a mãe o papel de mãe nutritiva e mãe protetora. O leite materno, alimento exclusivo dos primeiros tempos de vida da criança, por ser o mais completo ao conter todos os elementos necessários ao seu crescimento e também por ser uma defesa natural pelos anticorpos maternos que contém e transmite, é percecionado pelas mães como um bem precioso, exclusivo, único e que apenas elas o podem proporcionar ao filho. Ser insubstituível nesta tarefa, acarreta um sentimento de poder/*empowerment* e de dever, mas um dever prazeroso, na medida em que sentem que esta tarefa não é eterna e há que aproveitar esta dependência que o bebé tem de si e que é finita em termos temporais.

Mãe afetiva - Amamentar é também manter a proximidade essencial para o desenvolvimento de laços que permitirão uma vinculação afetiva saudável, estável e duradoura com o filho. Ter o filho junto a si, em contacto pele-a-pele, com os estímulos sensoriais e hormonais que ocorrem durante a amamentação e mais concretamente na sucção, as mães experienciam uma fusão dos dois corpos em tudo idêntica à simbiose desses mesmos corpos durante a vida intra-uterina. O momento da amamentação é por isso percecionada também como um modo de manter e perpetuar a ligação uterina de quando o filho estava dentro de si pela proximidade quase simbiose que proporciona, pela continuidade de ser a mãe a prover a nutrição adequada e por proteger o bebé de infecções de um meio ambiente que lhe é desconhecido e hostil. Assim, amamentar é desempenhar três tarefas essenciais do papel materno: a relação, a nutrição e a proteção.

Amamentar com sucesso é desempenhar uma das funções sociais atribuídas ao do papel materno com eficácia, logo é ser uma boa mãe. A gratificação sentida pelas mães ao desempenharem esta função está relacionada não apenas com o prazer ao realizarem o

ato em si, mas também o reforço da auto-estima por sentirem que estão a conseguir desempenhar o papel materno com sucesso e com o reconhecimento e aprovação social dos outros, da sociedade que atualmente valoriza e incentiva a amamentação. De tal modo este sentimento de competência é relevante que por oposição as mães que não conseguem amamentar ou precisam dar suplemento precocemente sentem-se como mães menos competentes/ menos eficazes.

Mas, a amamentação tem também um lado menos gratificante, difícil, amargo, com muitos obstáculos e por isso desafiante, ou mesmo penoso. Este lado menos conhecido da amamentação faz parte do lado obscuro, do lado oculto da maternidade. E é oculto porque é socialmente esperado que a maternidade seja um período de felicidade e bem-estar, de realização plena para as mães. Esta representação social da maternidade fortemente enraizada, leva a que nem sempre este lado mais sombrio seja facilmente desocultado nos relatos das mães. Na nossa experiência enquanto investigadores, surge apenas nas entrevistas realizadas a partir do 2º mês após o parto e quando se conseguiu estabelecer uma relação de confiança com as participantes.

O desconforto da sucção - Lidar com a dor, com o desconforto induzido pela sucção no mamilo, com a erosão cutânea que chega a gerar fissuras nos mamilos, com o engurgitamento mamário ou mesmo a mastite, foram desafios da amamentação principalmente nos primeiros dois, três meses.

Disponibilidade total - Nos primeiros tempos de vida o bebé precisa mamar a intervalos muito curtos e irregulares por dois motivos: um o reduzido tamanho do estômago do bebé que à nascença tem a capacidade de 5 ml e que só a pouco e pouco vai aumentando; o segundo a capacidade materna de produzir leite é diretamente proporcional à quantidade de leite que o bebé mama, ou seja, a mama produz uma quantidade de leite equivalente aquela que o bebé mamou na mamada anterior. Isto condiciona os horários, sendo habitual que nos primeiros meses o bebé mame em intervalos de duas em duas horas ou com intervalos ainda menores.

Amamentar nos primeiros meses em que ainda não está estabelecido um horário, significa que a mãe tem de estar disponível a 100% para amamentar sempre que o bebé mostra sinais de fome, em livre demanda, 24 horas por dia. Ter de estar disponível 24 horas por

dia compromete a satisfação de uma das necessidades básicas do ser humano: o repouso. Mesmo que a mãe durma nos intervalos em que não amamenta, os restantes cuidados habituais após a mamada, como por exemplo mudar a fralda, os períodos de sono da mãe são curtos e esparsos na maioria das vezes não permitindo atingir a fase do sono profundo e reparador, levando por isso a uma situação de privação do sono. A privação de sono é para as participantes a principal causa de cansaço e de exaustão, que por sua vez compromete as suas capacidades e competências exigidas ao seu papel materno. Mas, a privação de sono, cansaço e exaustão compromete de igual modo todos os outros restantes papéis que a mulher desempenha como sejam o de ser mãe de outros filhos, ser esposa, filha, amiga, trabalhadora, etc., fazendo com que toda a vida de relação social fique alterada ou quase inexistente.

O relacionamento conjugal é em regra afectado não só pelo cansaço e exaustão, com a consequente falta de disponibilidade da mulher, bem como pelas interrupções e solicitações do bebé. As mães sentem por vezes que o choro do bebé prejudica o descanso do companheiro e decidem dormir em camas ou quartos separados, o que provoca um afastamento do casal. A agravar este distanciamento conjugal, nem sempre o cansaço materno devido à privação de sono é compreendido pelo companheiro, o que faz com que se sintam pouco valorizadas e incompreendidas.

Perda do controlo do seu quotidiano - Ter de estar disponível para amamentar sempre que o bebé mostra sinais de fome, em livre demanda, 24 horas por dia, significa ainda uma destabilização do quotidiano, uma incapacidade de planeamento do dia, facto também perturbador para estas mulheres com mais de 35 anos, habituadas a planeamentos rigorosos e muitas delas exímias em gestão e planeamento na sua vida privada ou laboral.

Por último, dar de mamar em público, embora seja bem aceite socialmente a perda da intimidade corporal, a invasão da sua vida e da sua privacidade acontece inopinadamente, pois ficam sujeitas aos comentários de outras mães e são obrigadas a ouvir conselhos e advertências por parte de mulheres mais velhas. Esta situação desagrada à maioria das mulheres pela invasão da sua privacidade pois sentem estar a ser avaliadas e questionadas nas suas competências materna.

DIAGRAMA :AMAMENTAÇÃO: PAPEL AGRIDOCE DA MATERNIDADE

PAPEL DOCE

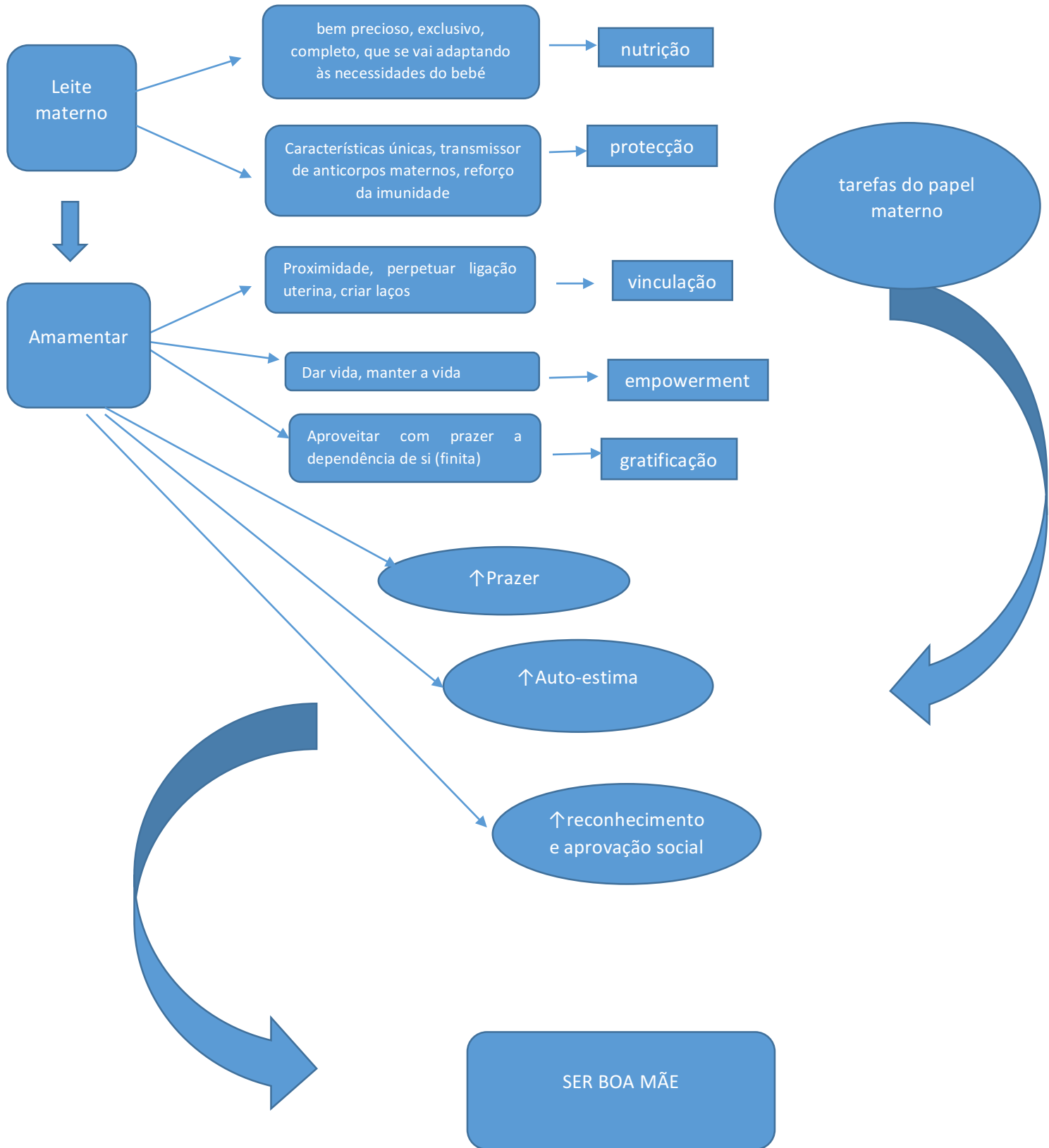
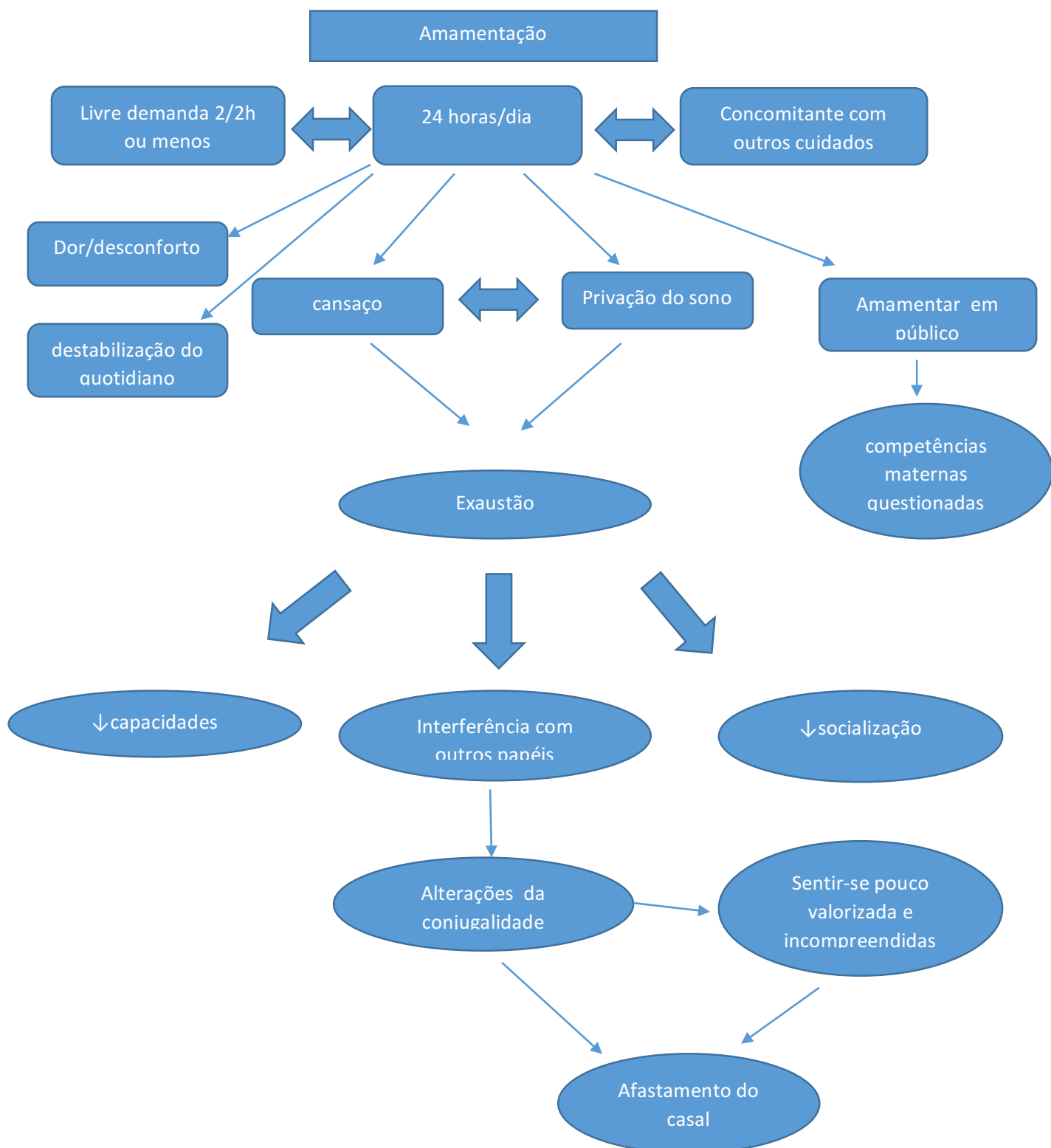


DIAGRAMA AMAMENTAÇÃO: PAPEL AGRIDOCE DA MATERNIDADE

PAPEL ACRE



Apêndice VIII

Consentimento Informado

Consentimento Informado

Eu, _____(nome),

concordo em participar no estudo que tem como objetivo “Conhecer a experiência para a maternidade depois dos 35 anos”.

Foi-me dado a conhecer o projeto de investigação e:

- Compreendo que tenho o direito de colocar, agora ou durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão acerca do mesmo;
- Informaram-me de que a entrevista seria gravada em áudio e permito que assim seja;
- Informaram-me de que o investigador ficaria com uma cópia das fotografias e das respetivas anotações até à elaboração e apresentação da tese, após o qual serão destruídas;
- Aceito que as minhas perspetivas sejam incorporadas nos resultados do estudo e possam ser publicadas ou apresentadas pela investigadora para fins académicos;
- Compreendi que o meu anonimato será sempre protegido e que nenhum nome ou outros detalhes identificativos serão divulgados;
- Compreendo que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento;
- Compreendi que este documento será conservado de forma segura pela investigadora e será destruído no fim do estudo.

Data:...../...../.....

Assinatura do participante.....

Assinatura do investigador.....

(contacto telefónico: 966056484)

ANEXOS

Anexo I

PARECERES ÉTICOS

Comissão de Ética da Escola de Enfermagem de Lisboa

Comissão de Ética do Hospital Fernando da Fonseca

Comissão Nacional de Proteção de Dados

*Informar o requerente que o pedido
de apreciação pelo C. de Ética do seu pro-
jecto de doutoramento, colheu parecer fa-
vorável*
14/10/14 *JJ* Presidente
João Santos

DE: Comissão de Ética da ESEL

PARA: Exm^a Sr^a Presidente da ESEL, Prof Doutora Filomena Gaspar

ASSUNTO: Pedido do mestre **Anabela Ferreira dos santos** para apreciação do projeto de doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa - "Experiência de maternidade depois dos trinta e cinco anos: um estudo qualitativo"

Processo Nº: 3806

Data: 01/Out/2014

Foi apreciado o pedido do mestre, **Anabela Ferreira dos santos**, estudante do doutoramento em enfermagem da Universidade de Lisboa. Trata-se de uma tese de doutoramento que tem como objectivo *Conhecer a experiência para a maternidade depois dos 35 anos no período pós-parto*.

Dada a pertinência do estudo, a sua utilidade para os enfermeiros portugueses e porque estão salvaguardados os direitos dos participantes, a Comissão de Ética da ESEL, em reunião de 01 de Outubro de 2014, entendeu dar parecer favorável à sua realização.

A Presidente da Comissão de Ética

MARIA ANTONIA REBELO BOTELHO

(Prof.^a Coordenadora Maria Antónia Rebelo Botelho)

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

TIPO DE ESTUDO: Qualitativo

TÍTULO DO ESTUDO:

EXPERIÊNCIA DE MATERNIDADE DEPOIS DOS TRINTA E CINCO ANOS

Após reunião de 25 de Junho de 2014, estando o estudo de acordo com as normas de submissão impostas por esta CE, deliberou-se emitir **parecer favorável** sobre a realização do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE presentes em reunião de 25 de Junho de 2014:

Presidente	Dr. Silva Pereira
Vice-Presidente	Dr. Vítor Nunes
Vogais	Dr. ^a Teresa Brandão
	Enf. ^a Helena Cardoso
	Pe. José Barros

Mais se declara que a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, cumpre com as Normas da Boa Prática Clínica.

Pelo exposto, emitiu-se a 26 de Junho de 2014, **Parecer Favorável**.

O Presidente da Comissão de Ética


Dr. José Silva Pereira
COMISSÃO DE ÉTICA



AUTORIZAÇÃO N.º 64 /2015

I. Pedido

Maria Anabela Ferreira dos Santos notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais, no âmbito de Doutoramento em Enfermagem, com a finalidade de realização de um estudo intitulado "Experiência da Maternidade depois dos Trinta e Cinco Anos: um Estudo Qualitativo."

A finalidade do estudo consiste em alargar a compreensão da transição para a maternidade após os 35 anos, pretendendo-se através do mesmo conhecer a experiência para a maternidade depois dos 35 anos no período pós-parto.

O estudo decorrerá em duas fases: 1.ª semana após o parto e 6 meses pós-parto, por forma a incluir os momentos-chave da transição para a maternidade e adaptação ao papel parental. Será feito um primeiro contacto, ainda durante a gravidez, para apresentação do projeto e obtenção de consentimento informado, durante a consulta em contexto hospitalar.

Está prevista a participação de 13 a 15 mães, seguidas em consulta no Hospital Fernando da Fonseca.

A participação no estudo consiste na realização de entrevistas semi-estruturadas, gravadas em formato áudio, e na análise de fotografias tiradas pelas participantes, em momentos que considerem significativos da sua adaptação ao papel maternal.

No "caderno de recolha de dados" não há identificação nominal da titular, ou de qualquer outro de qualquer dado suscetível de a identificar.

Será solicitado o consentimento informado às participantes para participação no estudo, gravação das entrevistas e visualização das fotografias pessoais.



As destinatárias serão informadas sobre a natureza facultativa da sua participação e será garantida confidencialidade no tratamento.

II. Análise

Porque em grande parte referentes à saúde e à vida privada, os dados recolhidos pela requerente têm a natureza de sensíveis, razão pela qual o respetivo tratamento só pode basear-se no consentimento expreso, esclarecido e livre dos titulares dos dados, ou dos seus representantes legais nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 7.º da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro (Lei de Protecção de Dados - LPD).

Por esta razão é necessário o «consentimento expreso do titular», entendendo-se por consentimento qualquer manifestação de vontade, livre, específica e informada, nos termos da qual o titular aceita que os seus dados sejam objeto de tratamento, o qual deve ser obtido através de uma "declaração de consentimento informado" onde seja utilizada uma linguagem clara e acessível.

Nos termos do artigo 10.º da LPD, a declaração de consentimento tem de conter a identificação do responsável pelo tratamento e a finalidade do tratamento, devendo ainda conter informação sobre a existência e as condições do direito de acesso e de retificação por parte do respetivo titular.

No que concerne à recolha do dado raça e relativo à religião, a responsável pelo tratamento justifica a sua necessidade do seguinte modo:

"Sendo as entrevistadas mães recentes com mais de 35 anos, em meu entender as questões referidas são pertinentes, pois é sobejamente conhecido como a maternidade é encarada de modo diverso e influenciado pelas diferentes culturas e religiões."



Tratando-se de um estudo qualitativo, os resultados não poderão ser extrapolados, mas a sua análise poderá ajudar a desocultar fenómenos desconhecidos ou pouco estudados”.

Tendo em conta a finalidade do estudo e o problema em investigação – a experiência subjetiva da maternidade depois dos 35 anos –, entende a CNPD que é legítima a recolha e tratamento dos dados raça e convicção religiosa.

O fundamento de legitimidade é o consentimento dos titulares dos dados.

A informação tratada é recolhida de forma lícita (cfr. alínea *a*) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD), para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (cfr. alínea *b*) do mesmo artigo).

III. Conclusão

Em face do exposto, a CNPD autoriza o tratamento de dados pessoais *supra* apreciado, nos termos do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea *a*) do n.º 1 do artigo 28.º e do n.º 1 do artigo 30.º da LPD, consignando-se o seguinte:

Responsável pelo tratamento: Maria Anabela Ferreira dos Santos;

Finalidade: Estudo intitulado “Experiência da Maternidade depois dos Trinta e Cinco Anos: um Estudo Qualitativo”;

Categoria de Dados pessoais tratados: idade; profissão; escolaridade; estado civil; planeamento da gravidez; gravidezes anteriores sem sucesso; experiência de maternidade; momentos considerados importantes, fáceis ou difíceis; estratégias de melhoramento, momentos-chave na adaptação ao papel maternal; raça; convicções religiosas.

Entidades a quem podem ser comunicados: Não há.

Formas de exercício do direito de acesso e retificação: Junto da responsável pelo tratamento dos dados.



Interconexões de tratamentos: Não há.

Transferência de dados para países terceiros: Não há.

Prazo de conservação dos dados: um mês após o fim do estudo.

Lisboa, 6 de janeiro de 2015

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Filipa', is written over a horizontal line.

Filipa Calvão (Presidente)