

MARIA CRISTINA RODRIGUES

VIVÊNCIAS DA MATERNIDADE TARDIA, COTIDIANO E QUALIDADE DE
VIDA: A PERCEPTIVA FEMININA

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de Viçosa,
como parte das exigências do
Programa de Pós-Graduação em
Economia Doméstica, para obtenção
do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2008

**Ficha catalográfica preparada pela Seção de Catalogação e
Classificação da Biblioteca Central da UFV**

T

R696v
2008

Rodrigues, Maria Cristina, 1981-
Vivências da maternidade tardia, cotidiano e qualidade
de vida : a percepção feminina / Maria Cristina Rodrigues.
– Viçosa, MG, 2008.
xi, 71f. : il. ; 29cm.

Inclui apêndice.
Orientador: Karla Maria Damiano Teixeira.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Viçosa.
Referências bibliográficas: f. 63-67.

1. Maternidade. 2. Idade na maternidade. 3. Gravidez.
4. Qualidade de vida. I. Universidade Federal de Viçosa.
II. Título.

CDD 22.ed. 305.4896

MARIA CRISTINA RODRIGUES

VIVÊNCIAS DA MATERNIDADE TARDIA, COTIDIANO E QUALIDADE DE
VIDA: A PERCEPTIVA FEMININA

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de Viçosa,
como parte das exigências do
Programa de Pós-Graduação em
Economia Doméstica, para obtenção
do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 30 de maio de 2008.

Prof^ª Rita de Cássia Lanes Ribeiro
(Co-Orientadora)

Prof^ª Maria das Dores Saraiva de Loretto
(Co-Orientadora)

Prof^ª Tereza Angélica Bartolomeu

Prof^ª Vivianne Delfino Albuquerque Andrade

Prof^ª Karla Maria Damiano Teixeira
(Orientadora)

Dedico primeiramente a Deus, minha
fortaleza.

À minha mãe e ao meu pai, fonte de
incentivo e carinho.

Ao meu marido, exemplo de paciência
e amor.

Aos meus amigos, cujo apoio foi
fundamental nesta jornada.

“Quando penso que sei todas as
respostas, vem a vida e muda todas as
perguntas.”

(Fernando Veríssimo)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, por iluminar meus caminhos; aos meus pais, por terem sempre estado presentes em todos os momentos de minha vida e por nunca terem medido esforços para que eu realizasse todos os meus sonhos; ao meu marido Leandro, pelo carinho e pela paciência nos momentos difíceis; a toda a minha família, pelo suporte necessário e por ser meu alicerce e a razão da minha vida; aos meus afilhados Lívio, Michel e Guilherme, por serem a minha alegria.

À minha avó Mariazinha, pelo incentivo e amor que sempre dispensou aos seus netos. Sei que aí do céu está feliz por minha conquista.

Aos meus amigos inseparáveis Miriam, Cleonice, Cleide, Clarice, Júlia, Gilson e Tone, pelos momentos de descontração e alegria.

À minha orientadora Professora Karla Maria Damiano Teixeira, pelo muito que contribuiu para que eu conseguisse vencer mais esta etapa da minha vida acadêmica, estando sempre disponível quando precisava.

À Professora Maria das Dores Saraiva de Loretto (Dorinha), por ter-me possibilitado o primeiro contato com a pesquisa. Os anos em que participei como estagiária na Sala de Pesquisa, sob a sua orientação, foram fundamentais para a minha vida como estudante, profissional e como pessoa. Muito obrigada!

À Professora Rita Lanes, pelas contribuições valiosas que muito acrescentaram à esta dissertação.

Aos funcionários do Departamento de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, em especial Aloísia, Lena e Efigênia, pela colaboração, paciência e pelo carinho.

À Universidade Federal de Viçosa, pelo oferecimento do mestrado.

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

BIOGRAFIA

MARIA CRISTINA RODRIGUES, filha de João Batista Rodrigues e Luzia de Almeida Rodrigues, nasceu em Viçosa, MG, em 04 de maio de 1981.

Sua trajetória escolar começou na Escola Estadual José Lourenço de Freitas, em São José do Triunfo, com a Professora Vanilda Cardoso, onde estudou até a 6ª série do ensino fundamental. A 7ª série foi cursar no Colégio Equipe, em Viçosa, onde concluiu o ensino médio.

Em 2001, ingressou no curso de graduação de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Estagiou na Sala de Pesquisa em um período de dois anos, sob a orientação da Professora Dorinha, formando-se em julho de 2005.

Em maio de 2006, ingressou no Programa de Pós-Graduação, em nível de mestrado, em Economia Doméstica da UFV, submetendo-se à defesa da dissertação em 30 de maio de 2008.

SUMÁRIO

	Página
RESUMO	viii
ABSTRACT	x
1. INTRODUÇÃO: Contextualização do Problema e Justificativa	1
1.1. Objetivos	5
1.1.1. Objetivo Geral	5
1.2.2. Objetivos Específicos	5
2. REVISÃO DE LITERATURA	6
2.1. Maternidade e suas Concepções	6
2.2. O Movimento Feminista no Brasil	11
2.3. Inserção da Mulher no Mercado de Trabalho e Repercussões da Maternidade nos Padrões Sociais/Familiares	17
2.4. Causas e Conseqüências da Maternidade Tardia para o Cotidiano Feminino e Familiar	20
2.5. Qualidade de Vida de Mulheres/Mães/Trabalhadoras	27
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	31
3.1. Local de Estudo	31
3.2. População e Amostra	3
	2
3.3. Tipo de Pesquisa e Método de Coleta de Dados	3

	3	
3.4. Categorias de Análise.....	3	
	4	
		Página
3.5. Procedimentos Analíticos.....	3	
	5	
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36	
4.1. Caracterização Socioeconômica e Demográfica das Mulheres	36	
4.2. Maternidade Tardia: motivos que levaram a vivenciar a maternidade tardia	40	
4.3. Percepções das Mulheres sobre a Maternidade Tardia no Cotidiano Feminino e Familiar	44	
4.4. Qualidade de vida: percepção das entrevistadas	54	
5. CONCLUSÕES	59	
6. SUGESTÕES E LIMITAÇÕES	62	
REFERÊNCIAS.....	63	
APÊNDICE	68	
APÊNDICE – Roteiro da Entrevista	69	

RESUMO

RODRIGUES, Maria Cristina, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, maio de 2008. **Vivências da maternidade tardia, cotidiano e qualidade de vida: a perceptiva feminina, Viçosa, MG.** Orientadora: Karla Maria Damiano Teixeira. Co-Orientadoras: Maria das Dores Saraiva de Loreto e Rita de Cássia Lanes Ribeiro.

A sociedade brasileira vive um momento de constantes transformações, e uma delas é a mudança nos padrões e comportamentos familiares, o que pode ser explicado, em parte, pela crescente inserção de mulheres no mercado de trabalho. Administrar trabalho e família trouxe, para as mulheres, um acúmulo de papéis e funções, além de uma das estratégias adotadas para a atenuação do conflito entre diferentes demandas: o adiamento da maternidade para depois dos 35 anos. Esse adiamento é favorecido pelo desenvolvimento das tecnologias reprodutivas, permitindo, assim, as dissociações entre o exercício da sexualidade e a reprodução, podendo-se decidir sobre o momento mais oportuno para a realização da maternidade. Portanto, mulheres que decidiram vivenciar a maternidade tardia enfrentam frustrações e alegrias que trarão conseqüências positivas e, ou, negativas que influenciarão o cotidiano e a sua qualidade de vida e a de suas famílias. Assim, esta pesquisa qualitativa teve como objetivo analisar a percepção de mulheres que tiveram filhos depois dos 35 anos quanto às influências da maternidade tardia sobre o cotidiano feminino e familiar e, conseqüentemente, sobre a qualidade pessoal e de

sua família. Especificamente, o objetivo foi fazer uma caracterização socioeconômica e demográfica das mulheres; identificar os motivos que levaram as mulheres a vivenciarem a maternidade tardia; analisar a percepção das mulheres sobre as consequências da maternidade tardia para seu cotidiano e de sua família e para a sua qualidade de vida e de sua família. As entrevistadas foram selecionadas de acordo com os critérios da pesquisa, ou seja, mulheres que tiveram o primeiro filho com uma idade mínima de 35 anos em Viçosa, MG, entre os anos de 2000 a 2002, sendo a amostra composta por 11 mulheres. Foram utilizadas pesquisas das fichas do Cadastro de Nascidos Vivos (SINASC) em Viçosa, MG, e pesquisas bibliográficas, além de entrevista baseada em um roteiro semi-estruturado com mulheres que vivenciaram a maternidade tardia. Posteriormente, fez-se a opção pela análise de conteúdo dos depoimentos das entrevistadas para avaliação dos dados. As entrevistadas eram predominantemente casadas, tinham oito anos ou mais de estudo e possuíam renda acima de três salários mínimos. A maioria tinha apenas um filho, nascido de parto cesáreo, e fez sete ou mais consultas de pré-natal. Ao contrário da literatura em questão, a maioria não decidiu adiar a maternidade. Algumas se casaram mais tarde; outras, mesmo casadas, não conseguiam engravidar; e outras adiaram a maternidade por preferirem estar estabilizadas financeiramente para depois se tornarem mães. Como consequências negativas, identificaram a falta de tempo pessoal e familiar devido ao acúmulo de tarefas e à dificuldade em engravidar novamente. E, como consequências positivas, relataram que acreditavam que tiveram filho no momento certo, por estarem estabilizadas financeiramente e por se sentirem mais seguras emocionalmente. Constatou-se que, apesar da dupla jornada de trabalho e da falta de tempo pessoal e familiar, as mulheres sentiam-se realizadas com a maternidade tardia, pelo fato de se sentirem mais estabilizadas financeiramente e em condições de oferecer melhor qualidade de vida para suas famílias.

ABSTRACT

RODRIGUES, Maria Cristina, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, May of 2008. **Experiences of late motherhood, daily life and life quality: women perception, Viçosa, MG.** Adviser: Karla Maria Damiano Teixeira. Co-Advisers: Maria das Dores Saraiva de Loreto and Rita de Cássia Lanes Ribeiro.

The Brazilian society is facing constant transformations, one of which is the change in family patterns and behaviors, which can be partly explained by the growing insertion of women in the marketplace. Administering work outside and family chores means an accumulation of roles and functions for women, besides one of the strategies adopted to relieve the conflict between different demands: delaying motherhood until after 35 years of age. This postponement is favored by the development of reproductive technologies which allow the dissociation between sexual activity and reproduction, so that people can decide which is the best moment for motherhood. Thus, women who decide for late motherhood face both frustration and happiness which will bring either positive or negative consequences which will affect their daily life and their own life quality and their family's. So, this qualitative research had the objective of analysing the perception of women who bore children after 35 years of age as to the influences of late motherhood on women's daily life and their family's and, consequently, on personal and family quality. Specifically, the goal was to design a women's socio-economic and demographic characterization ; identify the reasons which lead women to late motherhood; analyze women's

perception of late motherhood on their daily life and their family's and on their life quality and their family's. Those interviewed were selected according to the criteria of the research, namely, women who had their first child with the minimum age of 35, in Viçosa, Minas Gerais, from 2000 to 2002, and the sample was composed of 11 women. Researches from the records of the Register of Born Alive (SINASC) in Viçosa, MG were used, as well as bibliographical researches, besides an interview based on a semi-structured model with women who experienced late motherhood. Later, it was decided to analyze the content of the statements of those interviewed for data evaluation. Most of the interviewed women were married, had studied for at least eight years and their income was above three minimum salaries. Most of them had an only child, were submitted to a Cesarean section, and went to the doctor's office at least seven times for prenatal care. In opposition to the literature here focused, most of them did not choose for late motherhood. Some of them got married late; others, although being married, had difficulties to get pregnant; others postponed motherhood because they decided to get financial stability before becoming a mother. The negative consequences identified were the lack of time for themselves and for their families due to the accumulation of duties and the difficulty to get pregnant again. They mentioned, as positive consequences, their belief that they had had a child in the right moment because they were financially stable, and they felt emotionally more secure. It was observed that, despite their full time work and the lack of time for themselves and for their families, the women felt satisfied with late motherhood, because they were financially more stable and could offer a better life quality for their families.

1. INTRODUÇÃO: Contextualização do Problema e Justificativa

As profundas transformações nos padrões de comportamento e na atribuição de valores sociais das mulheres, influenciados pelos movimentos feministas, levaram a alterações na formação da identidade feminina, auxiliadas pela separação entre a sexualidade e a reprodução, proveniente da difusão da pílula anticoncepcional, que permite a mulher definir o momento adequado para se engravidar, o que resultou na redefinição dos papéis da mulher de todas as classes sociais e elevou a taxa de participação feminina no mundo do trabalho e da política (MELO, 2005). Da mesma forma, fatores como a industrialização crescente de bens e serviços do lar, desde produtos alimentícios até o cuidado com as crianças, teriam proporcionado maiores possibilidades de a mulher se dedicar às atividades produtivas (COSTA, 1990).

O nível de ocupação feminina¹ atingiu o patamar recorde de 45,5% em 2004, o maior desde 1992, de acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD, 2004). De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004), a contribuição feminina para o aumento no número de pessoas ocupadas foi de 1,511 milhão, superior à contribuição masculina, de 1,143 milhão. Já em 2005 o nível de ocupação feminina subiu de 45,5% (em 2004) para 46,4%, ficando o nível de ocupação masculina praticamente estável, ou seja, passou de 68,2% para 68,3% (IBGE, 2006).

¹ Porcentual de mulheres ocupadas na população com 10 anos ou mais de idade.

Segundo Pazello (2006), o crescimento da participação feminina no mercado de trabalho mundial é um dos fatores empíricos mais bem evidenciados, o que também pode ser observado no Brasil. Esse crescimento da força de trabalho feminina tem acarretado mudanças no âmbito da família, e isso se justifica devido a um conjunto de fatores sociais, culturais e demográficos que têm afetado toda a população brasileira (BRUSCHINI, 1999; LEÃO; CAMPOS, 2000).

No que se refere aos fatores sociais, podem-se citar as transformações nos padrões de comportamento e na atribuição de valores sociais às mulheres, influenciados pelos movimentos feministas dos anos de 1960, que levaram às alterações na formação da identidade feminina e resultaram em redefinição dos papéis da mulher de todas as classes sociais (BRUSCHINI, 1999; LEÃO; CAMPOS, 2000).

Entre os fatores culturais, salienta-se o acesso da mulher a um maior nível de escolaridade e conseqüente ampliação de possibilidades no mercado de trabalho feminino. Em termos educacionais, as mulheres têm demonstrado melhor rendimento nas escolas, ingressam em maior número nas universidades, são maioria na conclusão de curso superior e representam o grupo que mais cresce nas pós-graduações, fatos que, segundo Stefano (2001), têm contribuído para o crescente aumento na inserção dessas mulheres no mercado de trabalho.

Quanto aos fatores demográficos, ressalta-se a intensa queda nos níveis de fecundidade, especialmente nas regiões mais desenvolvidas, graças à generalização das práticas anticonceptivas, o que libera a mulher para o mercado de trabalho remunerado (BRUSCHINI, 1999; LEÃO; CAMPOS, 2000). De acordo com dados do IBGE (2004), a taxa de fecundidade do país em 2004 era de 2,1 nascimentos por mulher, sendo a Região Norte a que apresentou a taxa mais alta, de 2,8 nascimentos, e a taxa da Região Sudeste foi a mais baixa, equivalente a 2,0.

Esse conjunto de fatores foi de importância crucial no processo de inserção de mulheres no mercado de trabalho, uma vez que as mais instruídas, com mais alto nível socioeconômico e direcionadas para o mercado de trabalho, passaram a ter, então, menor número de filhos, tornando-se mais disponíveis para tais atividades econômicas (BRUSCHINI; LOMBARDI, 1996).

Apesar de ser um avanço para as mulheres, a entrada no mercado de trabalho fez com que elas passassem a ter que enfrentar as dificuldades e responsabilidades profissionais e, além dos já assumidos, assumir os encargos relativos aos papéis de

dona de casa, mãe e esposa. Logo, há de se ressaltar que o trabalho remunerado traz pontos positivos para as mulheres, como aumento do capital humano, realização pessoal, interação com outros profissionais, contribuição para a educação dos filhos e o orgulho destes com as realizações da mãe (DAMIANO TEIXEIRA, 2004). Porém, apesar dos pontos positivos, há que se levar em consideração os negativos, como a necessidade da realização de dupla ou tripla jornada de trabalho, uma vez que, embora a mulher tenha aumentado sua participação no mercado laboral remunerado, não há por parte dos cônjuges aumento na inserção de atividades domésticas. Assim, o cuidar da casa e dos filhos ainda é responsabilidade das mulheres. Isso vem levando essas mulheres a um maior grau de estresse e a tomar determinadas decisões, como o adiamento da formação de suas famílias e, ou, do nascimento de seus filhos (NUNES, 2000). Além desses aspectos, outro, como custos associados ao processo de administração de diferentes demandas, é a falta de tempo pessoal e familiar, com conseqüente aumento nos níveis de conflito com os pares (DAMIANO TEIXEIRA, 2004).

Uma das estratégias adotadas para a atenuação desses conflitos tem sido o adiamento da maternidade para depois dos 35 anos. Essa escolha é favorecida pelo desenvolvimento das tecnologias reprodutivas, que permitem as dissociações entre o exercício da sexualidade e a reprodução, bem como a decisão do momento mais oportuno para a realização da maternidade.

Esse comportamento é ressaltado por Rodrigues (2002) ao afirmar que, de maneira geral, em tempos em que a mulher conseguiu definitivamente seu espaço na sociedade, sua independência e o sucesso profissional, aliados ao desenvolvimento de métodos anticoncepcionais seguros, principalmente a pílula, ela adia a sua decisão para a maternidade, engravidando cada vez mais tarde.

De acordo com dados do IBGE (2004), 7,3% das mães primíparas² têm entre 35 e 39 anos e 2%, entre 40 e 44 anos. Preocupações com a carreira, estudos, qualidade de vida e condição financeira passaram a ser colocadas em primeiro plano por muitas mulheres, razão por que, com os conhecimentos facilitados pela ciência, elas têm adiado a maternidade para somente depois da realização profissional e dos planos pessoais.

² Primíparas: mulheres grávidas do primeiro filho.

Segundo Corrêa (1997, p. 30), a norma da maternidade vem mudando de contornos:

O normal numa mulher hoje, é um estado de não concepção medicalizada pelo uso de meios contraceptivos, até a determinação do momento adequado de procriar. Ter um filho deve ser objeto de uma decisão deliberada, que envolve um projeto voluntarista devidamente controlado, no qual pesam fatores como colocação no mercado de trabalho, a estabilidade (do casal ou da mulher solteira), o desejo de concluir os estudos, a preocupação com os meios disponíveis para proporcionar uma boa educação para os filhos etc.

Vale ressaltar, no entanto, que com o passar dos anos, ou seja, com a idade avançada, a gravidez pode trazer complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido. A idade é um fator limitante na vida reprodutiva da mulher. Estudos relacionados à fertilidade de várias populações, especificamente em relação à idade, apontaram que a queda da fertilidade se intensifica após os 35 anos, sendo esta a idade considerada o marco desse declínio (LEME, 2006).

A idade materna mais elevada é hoje uma preocupação obstétrica quanto aos resultados maternos e perinatais. Alguns autores têm utilizado o limite de 35 anos de idade e outros 40 ou, ainda, 45 anos. Algumas doenças crônicas ocorrem em grupos populacionais com maior idade, observando-se, com certa frequência, a presença de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Encontram-se, também, maior incidência de abortamentos no primeiro trimestre de gestação, anomalias congênitas, mortalidade materna, gestação múltipla, diabetes gestacional e pré-eclampsia, entre outras (COSTA, 2006).

Segundo Souza (2004), em se tratando de mães tardias, os riscos maiores para os recém-nascidos são as doenças cromossômicas, sendo a mais freqüente a Síndrome de Down. Além das conseqüências para a saúde da mulher e do recém-nascido, com a decisão em adiar a maternidade a mulher corre o risco de não conseguir engravidar naturalmente. Nesse caso, ela recorre a métodos artificiais, como a inseminação artificial, que, além do alto custo financeiro, pode não ser eficaz, sobretudo na primeira tentativa, ocasionando um desgaste emocional para a mulher e o seu parceiro. Assim, a reprodução biológica perpassa, e é perpassada, pelas relações sociais, culturais e demográficas mais amplas. Sob esse parâmetro, é possível afirmar que o campo da reprodução humana inclui, inevitavelmente, a dinâmica da reprodução social, a relação indivíduo e sociedade e as relações de

poder. É um campo de conflitos, ações, reações, enfim, de decisões pessoais e aspirações contraditórias (TEIXEIRA, 1999).

Problematiza-se, dessa maneira, que mulheres que optaram por adiar a maternidade enfrentarão frustrações e, ou, alegrias, o que trará conseqüências – positivas e negativas – pessoais e familiares que influenciarão a sua qualidade de vida e a de sua família.

A importância deste estudo está dada ao fato de que o fenômeno do adiamento da maternidade ainda é um tema pouco explorado cientificamente no que diz respeito às suas conseqüências para a mulher, bem como às suas possíveis influências em sua qualidade de vida e na de sua família. É importante entender como esse fenômeno, singular às transformações mais amplas que vêm ocorrendo nas sociedades contemporâneas, pode influenciar a qualidade de vida dos envolvidos, assim como a promoção de políticas públicas voltadas para a saúde reprodutiva da mulher e para a sua proteção na relação trabalho/maternidade. Isso porque muitas mulheres sofrem assédio moral no trabalho ou, mesmo, são incentivadas a não engravidar, o que pode influenciar o aumento do número de mulheres que vivenciam a maternidade tardia.

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo Geral

Este trabalho teve como principal objetivo analisar a percepção de mulheres que vivenciaram a maternidade tardia sobre as mudanças no seu cotidiano e na sua qualidade de vida e na de suas famílias.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar sociodemograficamente as mulheres que vivenciaram a maternidade tardia.
- Identificar e analisar os motivos que levaram as mulheres a tomarem a decisão de se tornarem mães depois dos 35 anos.
- Analisar a percepção das mulheres sobre as conseqüências da maternidade tardia para o seu cotidiano e o de suas famílias e para a sua qualidade de vida e também de suas famílias.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo são discutidos alguns tópicos relevantes para o entendimento da temática abordada, sendo eles: a maternidade e suas concepções, o movimento feminista no Brasil; a inserção da mulher no mercado de trabalho e as repercussões nos padrões sociais e familiares; causas e conseqüências da maternidade tardia para o cotidiano feminino e familiar; e qualidade de vida de mulheres/mães/trabalhadoras.

2.1. Maternidade e suas Concepções

O conceito de maternidade e a concepção que se tem a respeito do ser mãe e dos valores atrelados à função materna sofreram mudanças no decorrer do tempo.

Badinter (1985), em seu livro “Um amor conquistado: o mito do amor materno”, afirmou que o amor materno existe desde a origem dos tempos, mas não é vivenciado da mesma maneira por todas as mulheres. Isso porque ele é um sentimento humano, imperfeito, frágil e incerto e pode, ou não, estar presente na natureza feminina. É um sentimento construído e, portanto, não inerente à condição de ser mulher. Badinter fez essa afirmação baseada em sua pesquisa documental, realizada na França dos séculos XVII e XVIII.

O amor materno é produto da evolução social, como evidenciaram dados desta pesquisa, e o conceito do amor da mãe aos filhos era outro: as crianças, ao nascerem, eram normalmente entregues às amas para que as criassem e só voltavam ao lar depois dos 5 anos de idade. A criança até essa idade não teria nenhum contato

com a mãe ou pai biológico, e muitas delas morriam devido às más condições financeiras e de higiene das amas.

É no último terço do século XVIII que se opera uma espécie de revolução das mentalidades. A imagem da mãe, de seu papel e de sua importância, modifica-se radicalmente, ainda que, na prática, os comportamentos tardassem a alterar-se. Após 1760, são muitas as publicações que recomendam às mães cuidar pessoalmente dos filhos e lhes "ordenam" amamentá-los. Essas publicações impõem, à mulher, a obrigação de ser mãe, frisando a importância do amor espontâneo e incondicional de toda mãe por seu filho, sendo esse pensamento o que prevalece até os dias atuais (BADINTER, 1985).

De acordo, portanto, com Badinter (1985), o conceito de amor materno foi apreendido de forma contundente, como se fosse uma situação *sine qua non*: mulher = mãe. Afirmava-se que a necessidade de tornar-se mãe é uma característica universal feminina, fazendo-a parecer um dom, um sentimento instintivo e estritamente biológico que todas as mulheres vivenciariam, independentemente da cultura ou da condição socioeconômica. Considerando, pois, esse sentimento pré-concebido e pré-formado, esperava-se apenas a ocasião para exercê-lo, o que gerava sofrimento quando a oportunidade para tal era retardada.

Segundo Giddens (1993), no final do século XIX, com o declínio do poder patriarcal e, conseqüentemente, com o maior controle das mulheres sobre os filhos, houve exaltação do papel natural da mulher como mãe, atribuindo-lhe todos os deveres e obrigações na criação dos filhos e limitando a função social feminina à realização da maternidade. Contrariamente, para o homem a paternidade impunha-se por seus próprios encargos, disposição para o trabalho e o uso da razão, ou seja, condições necessárias para sustentar a família. Para a mulher, a maternidade impunha-se por sua própria natureza e pelo desejo incondicional de ser mãe. Difundia-se a idéia de que, para a realização plena de sua feminilidade, a mulher precisava exercer sua vocação de ser mãe (TEIXEIRA, 1999).

O conceito de amor materno, então, passa a organizar a família em torno da criança, principalmente pela mãe. O desenvolvimento do culto ao amor materno teve seu apogeu nos séculos XIX e XX, nos quais, devido às condições econômicas e políticas, o homem foi levado a sair de casa e a entregar toda a responsabilidade de seu lar à mulher: a dignificação da maternidade foi o que possibilitou às mulheres encontrar essa função determinada e desfrutar de um prestígio até então

desconhecido. A mãe, anteriormente restrita a uma função geratriz, assumiu também o papel de educadora e passou a ter uma função social. Cabia à mulher a responsabilidade pela saúde e bem-estar dos membros da família, e ampliava-se a sua responsabilidade, como dona de casa, no controle dos filhos. A ela foram delegadas, também, responsabilidades pelo desenvolvimento emocional do marido e dos filhos (BADINTER, 1985).

No momento, entretanto, em que as mulheres das famílias operárias do século XIX começaram a associar trabalho fora do lar, ou no lar, e maternidade, estabeleceu-se a lógica da dupla responsabilidade, que se consolidou no século XX com o avanço da industrialização e da urbanização. A transição de um modelo tradicional de maternidade (a mulher definida essencial e exclusivamente como mãe: proles numerosas) para um modelo moderno de maternidade (a mulher definida também como mãe, entre outras possibilidades: proles reduzidas e planejadas) deu-se com a consolidação da sociedade industrial. E no decorrer do século XX, com mais acesso à educação formal e à formação profissional, as mulheres vão ocupando gradativamente o espaço público, ao mesmo tempo que mantêm a responsabilidade na criação dos filhos. Então, ser ou não ser mãe passa a ter uma dimensão reflexiva, a ser uma decisão racional, influenciada por fatores econômicos e sociais das mulheres e também do casal. Além desses fatores, a globalização econômica também contribuiu para acelerar a difusão de novos padrões de comportamento e consumo, como o consumo de bens que facilitam as atividades domésticas, a exemplo da máquina de lavar roupas, forno de microondas, tecidos mais fáceis de conservar etc., o que liberou, assim, a mulher para a realização de outras atividades. Além disso, o consumo crescente das novas tecnologias reprodutivas (contraceptivas e conceptivas) que oferecem às mulheres, da década de 1960 em diante, a possibilidade de escolher, com maior segurança, a realização ou não da maternidade (SCAVONE, 2001).

Essa mesma autora enfatizou que a maternidade é um fenômeno social marcado pelas desigualdades sociais, raciais/étnicas e pela questão de gênero que lhe é subjacente. Decorrem disso que as mudanças e implicações sociais da realização dessa experiência não atingem, da mesma forma, todas as mulheres, países e culturas, apesar de existir um modelo de maternidade preponderante nas sociedades ocidentais contemporâneas que tem como características gerais proles reduzidas e mães que trabalham fora. Em outras palavras, além de ser uma possibilidade biológica da mulher, a maternidade perpassa por valores que são pertinentes aos

momentos e necessidades de dado período histórico. Portanto, como citado por Scavone (2001), nas sociedades industrializadas modernas, com o advento do planejamento seguro dos nascimentos e a possibilidade de escolher o momento, retardando a idade de as mulheres terem o primeiro filho (LANGEVIN, 1984 *apud* SCAVONE, 2001), a recusa da maternidade, por muitas mulheres, deu lugar à escolha pela maternidade.

Pinto (2003) considerou, em um âmbito mais amplo das relações sociais, que a maternidade não se constitui apenas em uma prática restrita à mulher, mas envolve também o grupo nos quais suas relações sociais são estabelecidas. Assim, a maternidade, definida como vocação feminina exclusiva, está em contradição com a realidade concreta, pois, na atualidade, as mulheres trabalham fora e assumem outras responsabilidades.

Ao ingressar no mercado de trabalho, a mulher passa a conviver com as ambivalências dos múltiplos papéis que desempenha. A conciliação desses papéis é difícil não só emocionalmente, como também fisicamente, como ressaltou Glat (1994) *apud* Spindola e Santos (2004). Nesse caso, os diversos papéis assumidos pela mulher entram em conflito, sendo que, em alguns momentos, isso favorece o ambiente familiar e, em outros, centra sua energia no ambiente laboral. A ocorrência desse desequilíbrio em curto prazo pode levar a conflitos, estresses e sentimentos de culpa, apesar de no longo prazo o equilíbrio retornar (DAMIANO TEIXEIRA, 2005).

A redução no tamanho das famílias contribui para diminuir a ambigüidade entre vida profissional e vida familiar, mas não a esgotou. A realização da maternidade ainda é um dilema para as mulheres que querem seguir uma carreira profissional, já que são elas que assumem a maioria das responsabilidades domésticas. Ressalta-se, porém, que um dos aspectos mais evidentes na transformação da maternidade foi o rompimento com seu determinismo biológico. Esse rompimento levou à separação definitiva da sexualidade com a reprodução, primeiro pela contracepção medicalizada, em seguida pelas tecnologias conceptivas, desconstruindo uma equação mulher = mãe e construindo outra mais complexa, na qual entram em cena, com maior vigor, a classe médica e as tecnologias reprodutivas, conceptivas e contraceptivas (SCAVONE, 2001).

Segundo Scavone (2001) é, portanto, possível observar, em relação à família e à experiência da maternidade, que ocorre a consolidação de um novo modelo de

maternidade, o qual tem como ideal a busca pela equidade na responsabilidade parental. Porém, essa efetivação ainda está longe de ser alcançada em todos os seus aspectos, já que ela pressupõe uma relação igualitária entre os sexos.

Atualmente, o que pode ser observado é que as mulheres, da década de 1969 em diante, na busca por relações mais igualitárias, passaram a calcar suas histórias na independência e na autonomia, têm nível de escolaridade maior que o dos homens e disputam postos de liderança no trabalho. Outrossim, enquanto não se consegue chegar a uma relação mais igualitária na divisão das atribuições domésticas, uma das estratégias adotadas por muitas mulheres para estudarem, progredirem no mercado de trabalho e serem independentes e, ao mesmo tempo, realizarem o desejo de ser mãe têm sido o adiamento da maternidade para depois dos 35 anos (BRUSCHINI, 2000). Segundo dados do Ministério da Saúde analisados pela assessoria de imprensa do Projeto Beta, aumentou o número de mães com mais de 35 anos, de 1997 a 2002, na Região Sudeste. Em 1997, 105.079 mulheres foram mães nessa faixa etária e, em 2002, esse número passou para 122.003, o que significa um incremento de 13,87% (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Na busca, portanto, de realização profissional, grande parte das mulheres vai deixando para depois os planos de se casarem e terem filhos. Desejo adiado, mas não descartado, elas apenas querem ter estabilidade financeira, e até mesmo emocional, para pensar na maternidade. Um estudo comparativo dos Censos de 1991 e de 2000 apontou que, apesar de ter diminuído o número de mulheres de 40 a 49 anos que tiveram o segundo filho ou mais (eram 116 mil e caíram para 87 mil), o de mães que tiveram o primeiro filho nessa faixa etária aumentou para 26,9%. Informações apresentadas pelo demógrafo Juares de Castro Oliveira, coordenador desse estudo, evidenciaram que “essas mulheres são brancas, viviam em união estável e eram economicamente ativas, 92,5% delas ganhavam mais de 10 salários mínimos e têm mais de oito anos de estudo” (LOBATO et al., 2005).

O Conselho da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia definiu, em 1958, como primíparas idosas as pacientes com 35 anos ou mais. Atualmente, as gestações depois dos 35 anos são chamadas de gestações tardias. Na última década, o número de primigestas com mais de 30 anos dobrou, e houve aumento de 80% dos casos para as com mais de 40 anos. No ano 2000, aproximadamente 10% de todos os nascimentos ocorreram de mulheres com mais de 35 anos (ANDRADE et al., 2004).

2.2. O Movimento Feminista no Brasil

Esse evento teve início nos movimentos que surgiram com a I (1914 – 1918) e II (1939 – 1945) Guerras Mundiais, em que os homens iam para as frentes de batalha e, conseqüentemente, as mulheres tiveram que assumir os negócios da família e a posição dos homens no mercado de trabalho. Muitos homens que lutaram pelo país foram ao óbito, e alguns dos que sobreviveram ao conflito foram mutilados e impossibilitados de voltar ao trabalho. Foi nesse momento que as mulheres se sentiram na obrigação de "deixar a casa e os filhos para levar adiante os projetos e o trabalho que eram realizados pelos seus maridos" (PROBST, 2004).

Até a década de 1950, o universo da mulher era o da domesticidade. As barreiras sociais eram fortes, fazendo que a mulher não tivesse visibilidade fora do casamento e da família, sendo considerada feliz e completa como esposa e mãe (ROCHA-COUTINHO, 1998).

Segundo Rocha-Coutinho (1998), como consequência do questionamento desencadeado pelos movimentos feministas dos anos de 1960 a limitação da mulher aos papéis de esposa, mãe e educadora e a sua entrada no mercado de trabalho fizeram que a identidade feminina no Brasil fosse pouco a pouco alterada para abarcar o novo papel da mulher – o de trabalhadora e pessoa engajada em uma carreira profissional. A rebelião feminina no final dos anos de 1960 fez ressurgir o movimento feminista nacional, conseqüentemente dando maior visibilidade política às mulheres na sociedade brasileira (MELO, 2005).

O crescimento da participação feminina no mercado de trabalho nos anos de 1970/80 foi intenso e generalizado, mas, apesar das profundas transformações econômicas pelas quais passou o país nos anos de 1990, levando a um declínio nas taxas masculinas, esse processo teve continuidade (WAJNMAN et al., 1999).

Do ponto de vista da estruturação do mercado, destacam-se a expansão econômica, a crescente urbanização e o ritmo acelerado da industrialização dos anos de 1970, que sustentaram um ambiente favorável à entrada de novos trabalhadores, inclusive mulheres. Os anos de 1980, no entanto, foram marcados por intenso processo de terceirização da economia, o que possibilitou a expansão de atividades econômicas intimamente relacionadas às mulheres, como prestação de serviços, comércio e atividades administrativas, entre outras. Isso evitou a expulsão das

mulheres do mercado de trabalho em decorrência das sucessivas crises (BRUSCHINI; LOMBARDI, 1996).

Nos anos de 1990, no entanto, as profundas transformações pelas quais passava a economia, com reflexos evidentes no mercado de trabalho, marcaram o crescimento das taxas de desemprego, redução das taxas de atividade e deterioração da qualidade dos postos de trabalhos gerados (WAJNMAN et al., 1999).

Ao longo dos anos houve contínuo crescimento da atividade feminina no mercado de trabalho, que se deveu a um conjunto de fatores econômicos, demográficos e culturais que ocorreram na sociedade brasileira. Destaca-se nesse cenário que o contínuo processo de urbanização e a queda das taxas de fecundidade proporcionaram aumento real nas possibilidades de as mulheres encontrarem postos de trabalho na sociedade (MELO, 2005).

Com o surgimento da sociedade industrial moderna e a separação das esferas de produção e reprodução, essas duas esferas do cotidiano dos sujeitos começaram a desenvolver lógicas próprias, cujos eixos básicos são a afetividade no mundo doméstico da reprodução e a racionalidade no mundo público da produção, que vão marcar sobremaneira as identidades masculina e feminina. Segundo Rocha-Coutinho (1998), aos homens passa a caber o espaço público da produção, e às mulheres é atribuída a responsabilidade pela reprodução em todas as suas formas. Em outras palavras, seu trabalho como “reprodutora” é naturalizado, além de ser responsável pela execução e supervisão de uma série de tarefas conhecidas como “trabalho doméstico” e que se realizam no âmbito da unidade familiar.

Não se pode, portanto, discutir a inserção da mulher no mercado de trabalho sem considerar o movimento feminista, já que este foi um marco para que a mulher pudesse se inserir no mercado de trabalho e tivesse garantidos seus direitos à cidadania.

Quarenta anos depois da conquista do direito feminino de voto no Brasil, em 1932, mas também da vitória dos padrões normativos da ideologia da domesticidade, entre os anos trinta e sessenta, assistimos à emergência de um expressivo movimento feminista, questionador não só da opressão machista, mas dos códigos da sexualidade feminina e dos modelos de comportamento impostos pela sociedade de consumo. No contexto de um processo de modernização acelerado, promovido pela ditadura militar e conhecido como “milagre econômico”, em que se desestabilizavam os vínculos tradicionais estabelecidos entre indivíduos e grupos e a

estrutura da família nuclear, as mulheres entraram maciçamente no mercado de trabalho e voltaram a proclamar o direito à cidadania, denunciando as múltiplas formas da dominação patriarcal (RAGO, 2003, p. 2).

O feminismo no Brasil começou como um movimento de mulheres que se configurou em oposição à ditadura militar e ao debate sobre as profundas diferenças socioeconômicas do espaço brasileiro, que se desenvolveu ao longo das décadas. O feminismo brasileiro enfrentou dificuldades que não dizem respeito apenas aos descontentamentos da ocasião em que se apresentou, mas a empecilhos de ordem estrutural, uma vez que as mulheres formam um grupo heterogêneo. Embora o feminismo brasileiro tenha sido influenciado pelas experiências européias e norte-americanas, desde o golpe militar de 1964 o movimento foi marcado pela contestação da ordem política instituída no país – a ditadura militar. Grande parte dos grupos feministas estava articulada a organizações de influência marxista, clandestinas à época e fortemente comprometidas com a oposição à ditadura militar, o que imprimiu ao movimento brasileiro características próprias (SARTI, 2004).

A resistência das mulheres à ditadura aliou-se às mudanças pelas quais vinha passando o país sob o regime autoritário. A expansão do mercado de trabalho e do sistema educacional em curso em um país que se modernizava gerou, ainda que de forma excludente, novas oportunidades para as mulheres. Esse processo de modernização, acompanhado pela efervescência cultural de 1968, com novos comportamentos afetivos e sexuais relacionados ao acesso a métodos anticoncepcionais, influenciou decisivamente o mundo privado, o mundo da família. Novas experiências cotidianas entraram em conflito com o padrão tradicional de valores nas relações familiares, sobretudo por seu caráter autoritário e patriarcal (SARTI, 2004).

De acordo com essa mesma autora, em 1967 a Organização das Nações Unidas (ONU) reconheceu oficialmente a questão da mulher como problema social e abriu espaço para a formação de grupos políticos de mulheres que passaram a existir abertamente, já que até então atuavam na clandestinidade. Esses grupos políticos fizeram que as organizações femininas de bairro ganhassem força como parte do trabalho pastoral inspirado na teologia da libertação. Isso colocava os grupos feministas em constante confronto com a Igreja na busca de supremacia dentro dos grupos populares. No entanto, foi uma política de alianças entre o feminismo, que

buscava tornar claros as questões de gênero, os grupos de esquerda e a Igreja Católica, todos navegando contra a corrente do regime autoritário.

Sabe-se, entretanto, que divergências com a Igreja eram evitadas, pelo menos publicamente. Questões como o aborto, a sexualidade, o planejamento familiar e outras questões permaneceram no âmbito das discussões privadas, feitas em pequenos *grupos de reflexão*, sem chegar a discussões no campo público. Outro ponto importante que marcou a trajetória particular do feminismo no Brasil, pelo menos quando comparado com o dos países europeus, se refere ao próprio caráter dos movimentos sociais no Brasil em sua relação com o Estado. Os movimentos sociais urbanos organizaram-se em bases locais, enraizados na experiência cotidiana dos moradores das periferias pobres e dirigindo suas demandas ao Estado, como promotor de bem-estar social (COSTA et al., 1985 *apud* SARTI, 2004).

As demandas eram organizadas em torno de reivindicações de infra-estrutura urbana básica (água, luz, esgoto, asfalto e bens de consumo coletivos), cujo parâmetro eram o mundo cotidiano da reprodução, a família, a localidade e suas condições de vida, que caracterizavam a forma tradicional de identificação social da mulher. Esses movimentos compreendem o referencial da existência das mulheres, que foi o que as moveu politicamente (CALDEIRA, 1990 *apud* SARTI, 2004).

Segundo Sarti (2004), as militantes dos movimentos feministas eram, em sua maioria, de classe média e tinham a intenção de transformar a sociedade como um todo, articulando as demandas femininas das organizações de bairro, tornando-as próprias do movimento geral das mulheres brasileiras.

As questões propriamente feministas, que diziam respeito à identidade de gênero, ganharam espaço quando se consolidou o processo de abertura política no país em fins da década de 1970. Grande parte dos grupos declarou-se feminista, e abriu-se espaço tanto para a reivindicação no plano das políticas públicas quanto para o aprofundamento da reflexão sobre o lugar social da mulher, desnaturalizando-o definitivamente pela consolidação da noção de gênero como referência para a análise (SARTI, 2004).

O repensar das práticas feministas levou, ainda, à decisão de abrir os guetos feministas e encontrar os inúmeros canais disponíveis e outros movimentos que ocorriam na sociedade. As feministas ampliaram seu raio de atuação, nos sindicatos, partidos, espaços de diferentes entidades da sociedade civil e, sobretudo, no *movimento de mulheres*, que se articulava, desde os anos de 1970, na periferia de

algumas cidades, como São Paulo, apoiado pela igreja de esquerda e pelos grupos políticos envolvidos na luta pela redemocratização (RAGO, 2003, p. 9).

Ainda de acordo com Rago (2003), esse movimento, embora mobilizasse um número excepcionalmente grande de mulheres, não levantava questões feministas como bandeira de luta. Lutava-se por creches, por transportes urbanos e por melhores condições de vida sem, contudo, ser incluídas questões femininas importantes, como o aborto e a violência sexual contra as mulheres, temas pertinentes nos meios pobres e ricos. Assim, o contato que se estabeleceu entre os dois movimentos – o feminista e o de mulheres – foi certamente lucrativo para todas. Para as feministas, porque passavam a atingir uma rede mais ampla de mulheres; para o movimento de mulheres da periferia, mulheres pobres, porque lhes traziam questões que dificilmente seriam declaradas espontaneamente, como as referentes à moral sexual, ao corpo e à saúde. Fundamental nessa associação, o feminismo desenvolveu e ampliou suas bandeiras de luta, dando destaque às questões da violência contra as mulheres e dos direitos reprodutivos.

A questão da mulher passou a ser tema de discussão nas universidades e em meio aos profissionais liberais. Nas universidades, a questão feminina se tornou objeto de estudo. Tamanha foi a importância do assunto que a Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais (ANPOCS) reservou um espaço anual para reuniões a partir de 1979. Em 1981 foi ratificada pelo governo brasileiro a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, firmada pela ONU em 1967. Ficou acertado, nessa convenção, o compromisso dos países participantes de eliminar todas as coibições contra a mulher trabalhadora. Algumas empresas e órgãos passaram, assim, a aceitar a mulher como parte integrante do quadro de funcionários (SARTI, 2004).

Ainda de acordo com a referida autora, o movimento feminista brasileiro, ao ampliar definitivamente o espaço de atuação da mulher, com repercussões em toda a sociedade brasileira, causou impacto tanto no plano das instituições sociais e políticas quanto nos costumes e hábitos cotidianos. E, no fim da década de 1980, como saldo positivo de todo esse processo social, político e cultural, deu-se uma significativa alteração da condição da mulher na Constituição Federal de 1988, que extinguiu a tutela masculina na sociedade conjugal (SARTI, 2004).

Portanto,

A razão principal do feminismo, consideradas as tendências, é instalar a igualdade entre os sexos e não melhorar as relações entre homens e mulheres. Não se deve confundir objetivo com conseqüências, mesmo se por vezes acreditamos que os dois caminham juntos (BADINTER, 2005 *apud* RODRIGUES, 2005, p. 1).

De acordo com Sorj (2005), diferentemente dos demais movimentos políticos como o fascismo, o nacionalismo e o comunismo, o feminismo promoveu uma formidável mudança de comportamentos, orientada para promoção de mais liberdade e igualdade entre os sexos, sem aspirar à tomada do poder. Entretanto, o feminismo enfrentou dificuldades para se afirmar como fundamental nas conquistas das mulheres, tidas como naturais na sociedade. Se hoje as mulheres estudam, trabalham fora de casa, decidem o momento de ter filhos e são donas de suas próprias vidas, tudo isso é graças também ao feminismo que produziu uma revolução silenciosa e pacífica capaz de mudar o padrão de comportamento de homens e mulheres nas sociedades ocidentais (RODRIGUES, 2005). Logo, são enormes as conquistas realizadas pelo movimento feminista em todos os campos da vida social, ao longo dos anos, especialmente no que se refere à aceitação das mulheres no mercado de trabalho e ao seu reconhecimento profissional. Além disso, as mulheres têm reivindicado cada vez mais seus direitos de cidadania e aberto novas formas e espaços de luta. Inúmeros núcleos de pesquisas sobre as mulheres e as relações de gênero têm impulsionado pesquisas não só sobre as questões femininas, mas direcionadas para os estudos da masculinidade, nas universidades brasileiras (RAGO, 2003).

Não há, no entanto, como negar o fato de que nem todas as conquistas femininas ao longo dessas últimas décadas estão consolidadas. Ao contrário, são continuamente ameaçadas por pressões machistas. Uma das principais queixas das mulheres em geral são a dupla jornada do trabalho e o acirramento da competição no mundo masculino. As duas questões não podem ser dissociadas, se se considerar que a exigência da qualidade do trabalho feminino ainda é muito maior do que a que se dá em relação aos homens. As mulheres ainda continuam tendo que conciliar diferentes jornadas de trabalho – remunerado e doméstico – por participarem da vida pública, como continuam a denunciar as feministas. Na verdade, a inserção feminina no mercado de trabalho acarretou aumento do trabalho feminino, especialmente para

as casadas ou com filhos, uma vez que os homens ainda não assumiram seu papel doméstico (RAGO, 2003). Contudo, a despeito do pessimismo suscitado, o feminismo, seja enquanto modo de pensamento, seja em conjunto de práticas políticas, sociais e sexuais, tem contribuído enormemente para a crítica cultural contemporânea. Para além da desconstrução de configurações ideológicas, conceituais, políticas, sociais e sexuais que organizam nosso mundo, o feminismo deu visibilidade às formas de exclusão que operam no mundo público. Ao mesmo tempo, propôs formas alternativas de organização social e sexual fundamentais para a construção de relações mais igualitárias não apenas entre os gêneros, já que se trata fundamentalmente da construção de um novo conceito de cidadania, num campo em constante mutação. Finalmente, há que se destacar a enorme contribuição feminista à ciência, introduzindo as discussões não apenas relativas às mulheres, mas ampliadas às questões do gênero e, mais do que isso, transformando radicalmente o modo de pensamento, com suas problematizações diferenciadas (RAGO, 2003).

2.3. Inserção da Mulher no Mercado de Trabalho e Repercussões da Maternidade nos Padrões Sociais/Familiares

As profundas transformações nos padrões de comportamento e na atribuição de valores sociais das mulheres, influenciados pelos movimentos feministas, levaram a alterações na formação da identidade feminina, auxiliado pela separação entre a sexualidade e a reprodução, proveniente da difusão da pílula anticoncepcional que permite à mulher definir o momento adequado para engravidar, redefinir os papéis da mulher de todas as classes sociais e elevar a taxa de participação feminina no mundo do trabalho e da política (MELO, 2005). Da mesma forma, fatores como a industrialização crescente de bens e serviços do lar, desde produtos alimentícios ao cuidado das crianças, proporcionaram maiores possibilidades de a mulher se dedicar às atividades produtivas, reduzindo o tempo de dedicação às tarefas domésticas (COSTA, 1990).

Apesar, no entanto, de as mulheres terem sempre trabalhado, o aumento da visibilidade do trabalho feminino se deve ao fato de ele assumir um formato mais próximo do trabalho masculino, além da profissionalização (ITABORAI, 2002).

Segundo pesquisadores, como é o caso de Hirata (2002), a força de trabalho feminino cresce de forma definitiva e constante, principalmente entre os segmentos

mais elevados, como mulheres mais instruídas e com melhores condições financeiras.

Segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), nos últimos sete anos houve crescimento da taxa de atividade feminina para as mulheres de todas as faixas etárias. Em 2001, 30% da população economicamente ativa (PEA) correspondiam às mulheres com 40 anos ou mais, 40% entre 25 e 39 anos, 23% entre 18 e 24 anos, 5% de 15 a 17 anos e 1% entre 10 e 14 anos.

Nos anos 1980/90, a mundialização do capital emitiu efeitos complexos, além de contraditórios, afetando desigualmente a oferta de emprego masculino e feminino. Em relação ao emprego masculino, houve estagnação e, ou, até mesmo regressão, uma vez que o emprego e o trabalho feminino remunerado cresceram. Paradoxalmente, apesar de ocorrer aumento da inserção da mulher trabalhadora, tanto nos espaços formal quanto informal do mercado de trabalho, ele se traduz, majoritariamente, nas áreas onde predominam os empregos precários e vulneráveis.

A tendência da feminização do trabalho, assim como da precarização do trabalho feminino, é fato recente quando se analisam as estatísticas brasileiras. No período de 1981 a 1998, ocorreu crescimento constante da população economicamente ativa feminina, que alcançou o patamar de aumento de 111,5%, bem mais acentuado que o masculino. Segundo dados do IBGE (2006), o nível de ocupação feminina subiu de 45,6% em 2004 para 46,4% em 2005. Já o nível de ocupação masculino ficou praticamente estável, passando de 68,2% para 68,3% no mesmo período. A Região Sudeste apresentou a maior taxa da população ocupada (com alta de 3,9%), seguida do Nordeste, com 3,4%, sendo que no período de 1987 a 2007 mais que dobrou a participação das mulheres no mercado de trabalho brasileiro.

Diversas indicações têm sido feitas de que o trabalho remunerado ocupa cada vez mais parte da vida da mulher e que este tem sido profissionalizado e se diversificado cada vez mais, embora permaneçam evidentes desigualdades por gênero no mercado de trabalho (BRUSCHINI, 2000). Em outras palavras, pode-se observar que as mulheres brasileiras continuam a sofrer discriminação, ainda que velada, no espaço público. Possuem salários menores em relação ao dos homens quando ocupam cargos e, ou, posições semelhantes, sendo excluídas dos postos de chefia, além de serem, em grande parte, segregadas em “guetos” ocupacionais, isto é, a maioria ainda está ligada a trabalhos educacionais e assistenciais e à prestação de serviços (ROCHA-COUTINHO, 1998).

Pode-se afirmar, portanto, que as mulheres continuam a enfrentar grandes barreiras em sua busca por empregos melhores e mais gratificantes. Essas barreiras são decorrentes de estereótipos tradicionais de gênero que, apesar de terem sofrido mudanças nos últimos anos, parecem ainda reforçar a idéia de que as mulheres e os homens têm características distintas e foram “talhados” para tipos diferentes de trabalho. Além disso, as barreiras podem ser provenientes também de dificuldades estruturais por parte das mulheres em contrabalançar carreira e maternidade (ROCHA-COUTINHO, 1998). Dessa maneira, compete às mulheres o enfrentamento das dificuldades e responsabilidades profissionais e domésticas (NUNES, 2000).

Nesse sentido, como destacou Damiano-Teixeira (2004), nas últimas décadas o crescimento da taxa de atividade feminina é acompanhado por iniciativas para equilibrar os muitos papéis que as mulheres desempenham, como o controle da natalidade e o adiamento do casamento e da maternidade, entre outros. Nesse conjunto de transformações, denominado “empoderamento” (*empowerment*) feminino (ENGLAND, 1997 *apud* ITABORAÍ, 2002), a submissão feminina é substituída por condições sociais mais igualitárias entre homens e mulheres (ITABORAÍ, 2002). Logo, da constatada autonomia profissional feminina é comum derivar-se ou pressupor a equação de seus efeitos sobre a vida familiar, favorecendo romper uniões e reduzir ou controlar o número de filhos. Dessa forma, o trabalho feminino tem sido associado como causa ou condição para as mudanças em curso nas relações de gêneros e, finalmente, no formato das famílias, como a redução no tamanho das famílias e o adiamento da maternidade (ITABORAI, 2002). Outros aspectos, como o aumento do nível de escolaridade feminina e a queda da taxa de fecundidade, graças à generalização das práticas contraceptivas, foram de importância crucial nesse processo, uma vez que mulheres mais instruídas, com mais alto nível socioeconômico e direcionadas para o mercado de trabalho passaram a ter, então, menor número de filhos, tornando-se mais disponíveis para a atividade econômica (BRUSCHINI; LOMBARDI, 1996). De acordo com dados do IBGE (2004), a taxa de fecundidade do país em 2004 era de 2,1 nascimentos por mulher, sendo que a Região Norte apresentou a taxa mais alta, 2,8 nascimentos por mãe, enquanto na Região Sudeste houve uma taxa menor, equivalente a 2,0.

Uma questão que merece atenção quando se fala de mulheres inseridas no mercado de trabalho é a respeito do assédio moral.

De acordo com Cortez et al. (2006), enfocando o aspecto do assédio moral sob o ângulo de gênero, entende-se que as mulheres são as maiores vítimas desse tipo de violência. A maior incidência de casos de assédio moral nas mulheres é fruto da combinação desigual entre o mundo privado e o dito mundo da produção. A quase total responsabilidade pela maternidade, o cuidado da família e a dedicação somam-se à competitividade do mundo laboral, levando muitas mulheres a adiar a maternidade em função do medo de perder o emprego ou posto de trabalho. E, de acordo com a Dra. Margarida Barreto, em muitos casos as empresas chegam a fazer reuniões proibindo as mulheres de engravidar.

O assédio moral é uma forma de violência e traz muitos danos à saúde física e psíquica, como alteração do sono, baixa autoestima, sentimento de culpa, alteração na capacidade de concentrar-se e memorizar e estresse, entre outras, razão por que isso já está sendo considerado doença associada ao trabalho (CORTEZ et al., 2006).

2.4. Causas e Consequências da Maternidade Tardia para o Cotidiano Feminino e Familiar

Cotidiano significa aquilo que é habitual ao ser humano, ou seja, está presente na vivência do dia-a-dia. Cotidiano feminino diz respeito às atividades realizadas pelas mulheres no seu dia-a-dia. O cotidiano feminino inclui uma multiplicidade de funções relativas aos papéis de dona de casa, trabalhadora, esposa, mulher e mãe. Ser mulher, esposa e mãe e trabalhar fora de casa para ajudar no orçamento da família fazem parte da rotina diária da mulher brasileira (CHAGAS et al., 2005).

O cotidiano feminino mudou muito desde a década de 1960. As mulheres foram para as universidades e passaram a disputar espaço no mercado de trabalho. Paralelamente, o desenvolvimento de métodos anticoncepcionais seguros, como a pílula, permitiu que a mulher definisse o momento mais oportuno para engravidar. Assim, devido à competitividade do mercado de trabalho e ao acúmulo de funções sociais, muitas optam por ter filhos mais tarde, passando a ser comum, nos dias de hoje, encontrar mulheres que começaram a planejar uma gravidez por volta dos 35 anos de idade, seja por questões profissionais, financeiras ou até mesmo afetivas.

Vale ressaltar que muitas mulheres, mesmo não estando inseridas no mercado de trabalho, vivenciam a maternidade tardia devido a outros fatores, como a falta de relacionamento estável, por apresentarem problemas clínicos que dificultam que a

gravidez aconteça, ou simplesmente pela dúvida se quer ou não ser mãe (SCAVONE, 2001).

Também é importante para a compreensão do fenômeno da gravidez tardia o que Giddens (1996) *apud* Teixeras (1999) chamou de difusão de gerações e prolongamento da vida. Para ele, esses dois aspectos interligados promovem mudanças na família, no casamento e na sexualidade; com isso, a vida não segue mais um plano linear, no qual havia idades certas para casar, para gerar e criar os filhos ou para iniciar a vida sexual. Não se considera mais uma mulher de 30 anos como solteirona e tampouco uma de 50 avó. Para esse autor, esse plano em que os estágios da vida tinham um começo, um meio e um fim, foi mantido pelo vigor de uma tradição, que há muito tempo passa por mudanças.

Para Bruschini (1999), as mudanças mais significativas estão ocorrendo entre as mulheres com poder aquisitivo mais elevado, influenciadas pelo impacto da escolaridade e dos novos padrões demográficos e culturais. Constata-se uma taxa mais elevada de participação das mulheres instruídas, com acesso das mais preparadas a cargos de comando, a profissões de prestígio, como a Arquitetura, a Medicina e a Advocacia, bem como a bons empregos nas instituições financeiras e bancárias. As mulheres têm chegado mais facilmente ao cargo de proprietárias de negócios no setor de comércio, como também têm tido papel mais relevante no setor de prestação de serviços. Já entre as camadas mais pobres, as mulheres têm-se tornado elemento imprescindível na economia familiar.

Para Figueira (1987) *apud* Teixeira (1999), é comum o sujeito aderir a dois modos de investimento, um "moderno" e outro "tradicional". Assim, a maternidade ainda tem certo peso no imaginário social, visto ser, em parte, comandada por uma subjetividade socialmente construída, não obstante as transformações na cultura reprodutiva terem reduzido o peso dessa experiência, antes de caráter quase que obrigatório. Ou seja, o papel da mulher não se confunde mais com o papel de mãe, ainda que não se possa considerar essa vinculação totalmente extinta. No entanto, não se pode deixar de pensar que a maternidade continua tendo valor social, que adquire característica de um projeto devidamente controlado até a determinação do momento adequado para procriar. Em outras palavras, a maternidade se mantém presente na estrutura de relevâncias femininas, ainda que não possua mais o caráter de obrigação ou que não requeira mais da mulher dedicação exclusiva. O desejo e

prazer de ser mãe levam as mulheres a valorizar essa experiência, mas também a relativizá-la (CORRÊA, 1997 *apud* TEIXEIRA, 1999).

É importante ressaltar que a maternidade acarreta aumento de tarefas para as mulheres, já que são elas que assumem as responsabilidades no cuidado com o filho. Assim, a maternidade tardia traz consigo, como consequência, esse aumento de tarefas para o cotidiano feminino e familiar.

Outra questão que merece atenção é o uso do tempo por essas mulheres, visto que o tempo é um recurso mensurável, porém escasso. Saber administrar o tempo é importante para alcançar a satisfação de necessidades e atingir objetivos. A forma como o tempo é alocado depende dos valores e das necessidades de cada indivíduo (DAMIANO TEIXEIRA, 2005).

Muitas mulheres, participantes efetivas da vida conjugal, familiar e do trabalho, não dispensam tempo para elas mesmas nem para o lazer, enfrentam dificuldades e sacrifícios para conciliar a vida familiar e o trabalho. No cotidiano de vida dessas mulheres é tangível o fato de que muita coisa ainda não mudou, como o papel estabelecido para as mulheres, o qual ainda gravita ao redor do cuidado com os outros: o marido, criar filhos, atender à família e cuidar da casa (CHAGAS et al., 2005). Daí a importância da administração do uso do tempo, alocando-o de maneira consciente, a fim de que a mulher separe um tempo exclusivo para se dedicar a ela mesma, diminuindo o estresse do dia-a-dia. Por isso, atualmente é comum encontrar mulheres que preferem adiar a maternidade em prol de uma carreira profissional, de outros projetos pessoais, como viagens, e de relacionamentos estáveis, e essa possibilidade lhes é dada graças aos avanços da medicina reprodutiva. No entanto, é importante ressaltar que, apesar da evolução da medicina no campo da reprodução (contracepção e concepção), trazendo consigo inúmeros benefícios para as mulheres, esses benefícios não se reverteram para a maioria das mulheres. Existem várias inovações no campo da reprodução, como fertilização artificial e predisposição de riscos genéticos, entre outros, ao mesmo tempo que ainda se convive com altas taxas de mortalidade materna, abortos clandestinos, insuficiência de pré-natal e de tratamentos (TEIXEIRA, 1999).

Cabe ressaltar que o Ministério da Saúde (1995) e as Normas da Organização Mundial de Saúde (OMS) definem mortalidade materna como as mortes de mulheres durante a gestação ou em um período de até 42 dias após o término da gravidez, excluídas as causas incidentais e acidentais (TEIXEIRA, 1999).

Quando se trata de uma gravidez tardia, as preocupações são ainda maiores com a saúde da mulher e do recém-nascido. Não está estabelecido, na literatura, o limite de idade a partir do qual os riscos maternos e perinatais se elevam. No entanto, algumas doenças crônicas ocorrem em grupos populacionais com maior idade, observando-se, com certa frequência, a presença de hipertensão arterial e *diabetes mellitus* nas gestantes com idade avançada. A incidência do *diabetes mellitus*, em alguma de suas formas, é duas a três vezes mais comum em gestantes com idade acima de 35 anos do que naquelas entre 20 e 25 anos. Encontram-se, também, maior incidência de abortamentos do primeiro trimestre de gestação, anomalias congênitas, mortalidade materna, gestação múltipla, diabetes gestacionais e pré-eclampsia complicada com a Síndrome HELLP (COSTA, 2006).

De acordo com Andrade et al. (2004), a gestação em mulheres com 35 anos ou mais está associada a risco aumentado para complicações maternas (maior ganho de peso, obesidade, *diabetes mellitus*, hipertensão arterial crônica, pré-eclampsia, miomas etc.), fetais e do recém-nascido (anormalidades cromossômicas e abortamentos espontâneos, mecônio intraparto, baixo peso ao nascer, restrição do crescimento fetal-RCF, macrossomia, sofrimento fetal, internação em UTI e óbito neonatal).

Ainda segundo Andrade et al. (2004), nessas gestantes também ocorrem aumento de complicações obstétricas (trabalho de parto prematuro, hemorragia anteparto, trabalho de parto prolongado, gestação múltipla, apresentações anômalas, distocias, placenta prévia, pós-datismo, oligo e polidramnio, ruptura prematura de membranas e parto cesáreo). No entanto, não está comprovado que uma mulher com boa saúde, não fumante, sem história de infertilidade, com boas condições socioeconômicas e demográficas apresenta risco gestacional elevado somente devido à idade elevada. Mas mulheres com mais de 35 anos merecem mais atenção médica, já que a gravidez depois dessa idade é considerada pelos médicos de alto risco. Entre julho de 1998 e julho de 2005, Chip³ (2006), avaliando as gestações de 281 mulheres, com 40 anos ou mais, detectou a incidência de doenças como diabetes (19%) e hipertensão (14%) ocasionadas especificamente pela gravidez tardia. Além disso, concluiu que a incidência de aborto foi 6,4% maior do que entre as gestantes mais novas, como também foi maior o risco de óbito fetal (1,4%), além da morte

³ Ginecologista da maternidade Dr. Alfredo da Costa- MAC e coordenadora do estudo feito com mulheres grávidas com idade avançada.

intra-útero, com mais de 20 semanas de gestação até o nascimento. A hemorragia durante o período puerperal é outra complicação obstétrica comumente referida na literatura como tendo maior incidência em gestantes com idade igual ou superior a 35 anos.

Talvez a mais estudada, discutida e conhecida associação entre a idade materna avançada e resultados perinatais seja o aparecimento de malformações congênitas. É praticamente unânime entre autores que tais anomalias, sobretudo as decorrentes de aberrações cromossômicas, apresentam frequência que se eleva com a idade materna. Um exemplo mais comum é a Síndrome de Down (COSTA, 2006). A frequência de ocorrência dessa síndrome em mulheres com mais de 35 anos é estimada em cerca de 1 em 600 nascidos vivos e em 150 concepções (HERNANDEZ; FISHER, 1996 *apud* GUSMÃO et al., 2003).

Considerando apenas a saúde da mulher, a época mais propícia para a gravidez natural é dos 20 aos 30 anos. A partir dos 35 já se observa leve declínio nas taxas de fertilidade. A partir dos 40 anos, essa inclinação se acentua e, depois dos 44 anos, a probabilidade de uma gravidez natural se torna praticamente nula, apesar de existirem alguns casos. As chances de gestação diminuem com a idade, em decorrência de vários problemas ginecológicos como cistos, miomas, infecções e endometriose⁴, além da diminuição da reserva e qualidade dos óvulos, fatores esses decorrentes da idade, que é uma das causas de infertilidade, momento quando muitas mulheres recorrem à reprodução assistida (SCHUPP, 2006).

As técnicas mais comuns de concepção assistida são indução da ovulação, inseminação artificial e fertilização *in vitro*. A indução da ovulação é o procedimento mais comum, e consiste no uso de medicamentos, sob a forma de comprimidos ou injeções para estimular a ovulação, sendo que a fecundação pode acontecer dentro ou fora do organismo feminino. Estima-se que 60% das mulheres conseguem engravidar com esse tratamento, mas as chances diminuem com o passar dos anos. A inseminação artificial consiste em facilitar o encontro entre óvulo e espermatozóides, sendo o custo do tratamento coberto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A fertilização *in vitro*, também conhecida como “bebê de proveta”, consiste em

⁴ Endometriose tem como definição a presença do tecido endometrial fora do seu local normal, que é a cavidade uterina. O endométrio tem como principal função receber a implantação do embrião e mantê-lo com a nutrição materna necessária ao seu desenvolvimento (Macedo, Professor do Departamento de Toco-Ginecologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

reproduzir em laboratório as condições necessárias para que ocorram a fecundação e as primeiras etapas do desenvolvimento embrionário. A fertilização *in vitro* representa a etapa mais avançada no tratamento do casal infértil e, muitas vezes, a única forma de se alcançar a gravidez (MARINHO, 2001).

De acordo com Marinho (2001), a fertilização *in vitro* resulta em gravidez em 30% dos casos em mulheres com até 35 anos. Acima dos 40, esse índice cai para 10%, por tentativa. Os casais devem estar preparados para se submeter a pelo menos três tentativas. O médico estima que cada uma delas custe entre R\$ 3 e R\$ 4 mil reais (COSTA, 2006).

Para passar por um tratamento de fertilidade, a mulher deve, portanto, estar preparada tanto financeira, por ser um tratamento de alto custo financeiro, quanto emocionalmente, já que a gravidez pode não acontecer na primeira tentativa, o que causa muita ansiedade e frustração. Do ponto de vista físico, a mulher sofre com o tratamento hormonal, que, mesmo raramente, acarreta complicações como infecções ovarianas ou hemorragias. Por esses motivos, o tratamento de fertilidade deve ser uma decisão pensada e envolver tanto o homem quanto a mulher. É oportuno ressaltar que, além de ser a gestação um período complexo para a mulher – à medida que faz emergir uma gama de sensações, muitas vezes ambivalentes –, no caso do grupo pesquisado o fator de "risco" aumenta a ansiedade nessas gestantes. Dessa forma, seus desânimos e preocupações são compreensíveis, posto que, ainda que partilhem a vida com seus companheiros, vivenciam a gravidez como um momento de solidão, pois terão que enfrentar sozinhas as angústias da gestação e as responsabilidades de gerar uma nova vida.

Vale ressaltar que algumas mulheres que não conseguem engravidar, mesmo passando por tratamentos de fertilidade, recorrem à adoção de uma criança. Segundo resultados da pesquisa de doutorado de Weber (2001), os adotantes brasileiros são geralmente casais de cor de pele branca, idade média de 34 anos, religião católica; aproximadamente, metade das mães e dos pais adotantes possui nível superior, o que representa um perfil de escolaridade muito superior à população; a renda familiar média é de 25 salários mínimos, o que também representa um nível econômico superior à distribuição da população; a maioria absoluta das mães e dos pais adotivos tem atividade remunerada e exerce profissões que exigem nível de escolaridade secundário ou superior; as mães pesquisadas apresentaram maior nível de escolaridade do que os pais. É possível encontrar famílias adotantes em todos os

níveis sociais e de escolaridade, mas, como os adotantes com nível de escolaridade superior e com renda acima de 30 salários mínimos estão super-representados entre os adotantes em relação à população em geral, é possível concluir que há forte tendência para a adoção ocorrer com pessoas de maior poder aquisitivo e de maior escolaridade. Aproximadamente, 51% das famílias pesquisadas não têm filhos biológicos por problemas de infertilidade e adotam uma ou duas crianças. Os adotantes brasileiros adotaram, em maioria absoluta, bebês de até 3 meses de idade, brancos, saudáveis e com leve preferência pelo gênero feminino. Esses dados evidenciam que muitas mulheres sonham com a realização da maternidade, mesmo aquelas que a adiam.

Outra questão que deve ser ressaltada diz respeito às redes sociais, que são sistemas compostos por “...vários objetos sociais (pessoas), funções (atividades dessas pessoas) e situações (contexto)” (LEWIS, 1987, p. 443-444), que oferece apoio instrumental (ajuda financeira e na divisão de responsabilidades) e emocional (afeição, aprovação, simpatia e preocupação como o outro e também ações que levam a um sentimento de pertencer ao grupo) às pessoas em suas diferentes necessidades (DESSEN et al., 2000).

Ainda segundo os referidos autores, várias são as pessoas que oferecem suporte à família e ao indivíduo, promovendo, assim, melhoria na qualidade de vida daqueles beneficiados. Quando se trata de mulheres que acabaram de se tornarem mães, entre as redes sociais mais importantes para essas mulheres, destacam-se os próprios membros familiares, outros parentes da família extensa (avós, tios, primos), amigos, companheiros, vizinhos e profissionais, que podem auxiliar de diversas maneiras: fornecendo apoio material ou financeiro, executando tarefas domésticas, cuidando dos filhos, orientando e prestando informações e oferecendo suporte emocional. As mães apontam o suporte do marido/companheiro como o principal entre os apoios recebidos e, em segundo lugar, o de suas próprias mães, mulheres que vivenciam a maternidade tardia, não é diferente, contam com o apoio de suas redes sociais.

Alguns autores (FEIRING; LEWIS, 1978; KREPPNER, 1999; MINUCHIN, 1985, 1988; SROUFE; FLEESON, 1988 *apud* DESSEN et al., 2000) revelaram que casamentos saudáveis proporcionam mais suporte para os cônjuges, em especial do marido para a esposa, e que o apoio emocional oferecido pelos pais às mães contribui

para o desenvolvimento dos filhos. O pai é, portanto, um dos membros mais importantes da rede social, no que tange ao apoio oferecido à mãe e à família.

Levando em consideração as modificações no contexto familiar durante transições decorrentes do nascimento de filhos, independentemente da idade materna, há necessidade de a família encontrar um equilíbrio para lidar com as situações que surgem nesses períodos; daí à importância da rede social de apoio para a sua adaptação às novas circunstâncias, particularmente a contribuição do pai e dos avós para o desenvolvimento, respectivamente, de seus filhos e netos (DESSEN et al., 2000).

Assim, constatou-se como esses fatos interferem direta e indiretamente no cotidiano feminino e familiar e na qualidade de vida de mulheres que vivenciam a maternidade tardia.

2.5. Qualidade de Vida de Mulheres/Mães/Trabalhadoras

O conceito de qualidade de vida (QV), segundo Azevedo (2004), surgiu como uma reação à insatisfação de medidas puras e exclusivamente econômicas de desenvolvimento de modernização, incapazes de refletir a totalidade da existência e de ter uma visão mais humanizada das pessoas.

O conceito de QV é muito abrangente, uma vez que envolve diferentes domínios da vida. Esses domínios estão associados a mudanças sociais, políticas e ideológicas, e, além disso, dizem respeito à maneira pela qual o indivíduo interage de acordo com sua individualidade e subjetividade, com o meio externo. Portanto, refere-se à maneira como o sujeito é influenciado e como influencia seu micro e macroambiente circundante. Logo, o acesso a uma “vida com qualidade” implica relação de equilíbrio entre forças internas e externas, que envolvem o indivíduo e sua família (AZEVEDO, 2004).

De acordo com Maslow (1970), a definição de qualidade de vida sustenta-se na teoria das necessidades básicas. Segundo esse autor, as necessidades humanas apresentam hierarquicamente como uma pirâmide, da seguinte forma: necessidades fisiológicas (fome, sede, sono, abrigo etc.); necessidades de segurança (segurança que vai desde sentir-se seguro dentro de casa até formas mais elaboradas de segurança, como um emprego estável); necessidades sociais (amizade, amor, família,

inclusão em grupos); necessidades de estima (respeito, aceitação); e necessidades de auto-realização (realização do potencial, uso dos talentos individuais).

Segundo a teoria de Maslow, no momento em que o indivíduo realiza uma necessidade, surge outra em seu lugar, exigindo sempre que as pessoas busquem meios para satisfazê-las. E as necessidades básicas, como as fisiológicas, são as primeiras que os indivíduos buscam satisfazer, para depois atenderem às demais, de forma hierárquica.

Cebotarev (1981) acreditava que o conceito de QV contém, além dos elementos universais do bem-estar humano, como satisfação das necessidades básicas, outros componentes, cuja satisfação pode tomar formas variadas, dependendo das experiências vivenciadas por cada pessoa e dos valores culturais do grupo social nos quais o conceito vai ser aplicado. Em termos gerais, QV é considerada como as condições necessárias para satisfazer as necessidades de subsistência e de formação humana, que fazem parte do meio ambiente humano, devendo ser examinada tanto do ponto de vista objetivo quanto subjetivo, quando se considera o grau de satisfação que as pessoas obtêm com diferentes componentes de sua vida, dependendo das experiências vivenciadas e dos valores culturais de cada indivíduo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) entende por QV a percepção que o indivíduo tem tanto de sua posição na vida, no contexto da cultura e nos sistemas de valores nos quais se insere, quanto de seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É, pois, um conceito amplo, influenciado, de modo complexo, pela saúde física do indivíduo, pelo seu estado psicológico, por suas relações sociais, por seu nível de independência e pelas suas relações com as características mais relevantes do seu meio ambiente. Em outras palavras, contempla as condições que são fornecidas ao indivíduo para viver como ele pretende. Assim, a qualidade de vida envolve fatores relacionados com a saúde, como o bem-estar físico, psicológico, emocional e mental, mas também elementos não relacionados, como a família, amigos, emprego ou outras circunstâncias da vida. Portanto, conforme Ayres (1998) *apud* Azevedo (2004), o termo QV significa muito mais que viver. Por QV entende-se o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas – social, afetiva, profissional e de saúde. Assim, o viver bem se refere a ter uma vida bem equilibrada em todas as áreas.

E, quando se trata de QV de mulheres/mães/trabalhadoras, não se pode esquecer que o exercício de uma multiplicidade de papéis tende a ser considerada uma característica do universo feminino, levando ao reconhecimento de um talento nas mulheres para fazer e pensar várias coisas simultaneamente. No entanto, o acúmulo de tarefas – públicas e privadas – rotulado de “dupla jornada” é, freqüentemente, considerado causa ou origem de conflitos e desgastes (JABLONSKI, 1996; ROCHA-COUTINHO, 2003 *apud* JONATHAN, 2005).

Dessa maneira, uma das questões que merecem atenção, quando se estudam mulheres, é a administração do tempo. Administrar diferentes papéis e demandas, principalmente para as mulheres que trabalham em tempo integral e têm uma carreira, tem sido um ponto destacado em pesquisas (MEIRELLES, 2007).

De acordo com Meirelles (2007), a falta de tempo pessoal de mulheres, devido à dupla jornada, tem impacto direto na qualidade de sua própria vida e de sua família, já que pode levar a uma baixa auto-estima, pois muitas começam a duvidar de sua competência, surgem sinais de estresse, como irritabilidade, impaciência e insônia, entre outros, portanto essa escassez de tempo prejudica a qualidade de vida de mulheres e de sua família, pois estas se sentem culpadas por não poderem dedicar mais tempo aos filhos. No entanto, Cherlin (2001) *apud* Jonathan (2005) observou que uma vida cheia de ocupações, que combine trabalho com maternidade, traz satisfação e sentimento de realização, mostrando que mulheres – especificamente mães que trabalham – têm índices mais altos de bem-estar e estão mais satisfeitas do que aquelas que não trabalham, relatando, portanto, uma melhor qualidade de vida.

No contexto brasileiro, estudos de Jonathan (2001) e de Rocha-Coutinho (2003) apontaram que mulheres empreendedoras e executivas atribuem igual importância à realização profissional, à maternidade e ao relacionamento afetivo estável com um par, bem como ao tempo dedicado a si mesmas.

De acordo com Jonathan (2005), alcançar um equilíbrio entre as necessidades vinculadas aos espaços profissional, familiar e pessoal é o que mais desejam as mulheres/mães/trabalhadoras brasileiras. Vale ressaltar que tal equilíbrio necessita ser dinâmico, o que comporta alguns momentos em que se dedicará mais tempo ao trabalho e, em outros, mais tempo à vida pessoal, como família, saúde, lazer e cultura, entre outros (KILIMNIK; CASTRO, s.d.).

Ao perceberem, por exemplo, que trabalho e família se inter-relacionam e se beneficiam mutuamente, as mulheres/mães/trabalhadoras parecem encontrar um dos caminhos para sustentar tal equilíbrio e obter satisfação. Ao tecerem os vínculos entre afeto e trabalho, produção e reprodução, tal como argumentaram Codo et al. (1993) *apud* Jonathan (2005), as mulheres alcançam o bem-estar subjetivo.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo é apresentada a metodologia utilizada para o desenvolvimento da pesquisa. Para tal, o capítulo está estruturado da seguinte forma: local do estudo; população e processo de amostragem; métodos de coleta; e análise dos dados.

3.1. Local de Estudo

O estudo foi realizado na cidade de Viçosa, MG, que pertence à Zona da Mata mineira, localizada a uma distância de 225 km da capital, Belo Horizonte. Esse município, com uma população total estimada de 74.404 habitantes (IBGE, 2007), possui uma área geográfica de 300,2 km² e altitude de 649 m. É uma cidade universitária, e sua economia está centrada em torno da sua renomada Universidade Federal de Viçosa (UFV) e do comércio local.

Escolheu-se esse município justamente por ele sediar a UFV, o que facilitou a execução desta pesquisa. Viçosa é uma cidade relativamente pequena, e, por ser uma cidade universitária, muitas mulheres estão se dedicando aos estudos. Dados previamente levantados indicaram que o fenômeno da maternidade tardia, temática central deste estudo, acontecia frequentemente nessa cidade, de acordo com dados obtidos no Cadastro de Nascidos Vivos da Secretaria Municipal de Viçosa, conforme pode ser verificado no Quadro 1.

Quadro 1 – Número de mulheres primíparas com 35 anos ou mais, entre os anos 2000 e 2006, Viçosa, MG

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Primíparas c/ 35 ou +	21	25	25	22	24	24	35
Mulheres c/ 35 ou +	96	81	97	87	97	87	103
Todas as idades	1236	1111	1060	1062	1058	972	948

Fonte: Secretaria de Saúde – SINASC – Viçosa, MG, 2007.

Percebe-se que de 2000 a 2006 houve crescimento do número de primíparas com 35 anos ou mais, embora em todas as idades houvesse redução no número de filhos. É interessante ressaltar que, apesar de a taxa de fertilidade cair depois dos 35 anos, a de fecundidade aumenta para esse grupo.

3.2. População e Amostra

A população estudada foi composta por mulheres residentes em Viçosa, MG, que tiveram seu primeiro filho com na idade mínima de 35 anos, entre os anos de 2000 e 2002. Considerou-se que esse período de tempo entre o nascimento do filho e a data da coleta de dados fosse suficiente para que as mulheres vivenciassem experiências com a maternidade e, assim, relatassem as influências de sua escolha para o cotidiano pessoal e familiar.

A população foi selecionada a partir das fichas cadastrais no Cadastro de Nascidos Vivos da Secretaria Municipal de Viçosa (SINASC)⁵ nos anos de 2000 a 2002. As mães que atendiam aos critérios estabelecidos para a pesquisa foram selecionadas, totalizando 71 mulheres. A partir das fichas cadastrais, que continham informações como nome, idade com que teve o primeiro filho, ano de nascimento do filho e endereço, fez-se um primeiro contato com as mulheres, sendo 14 encontradas, constituindo-se, assim, uma amostra não-probabilística e intencional. Dessas, três não quiseram participar da pesquisa, sendo, portanto, a amostra composta por 11 mulheres. Vale ressaltar que muitas dessas mulheres que poderiam compor a amostra podem ter vindo estudar em Viçosa, tiveram filho e foram embora.

Inicialmente, foram explicados às mulheres os objetivos da pesquisa, e, a partir da disponibilidade em participar, marcaram-se as entrevistas em dias, locais e horários determinados pelas mulheres. Todas as entrevistadas concordaram em participar da pesquisa.

Ressalta-se que o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Viçosa.

3.3. Tipo de Pesquisa e Método de Coleta de Dados

Esta pesquisa, de natureza qualitativa, segundo Godoy (1995) se preocupa com o estudo e a análise do mundo empírico em seu ambiente natural, valorizando o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo estudada. Caracteriza-se como exploratório-descritiva, uma vez que descreve os fenômenos observados e coletados através de entrevistas e visa proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito (SILVA; MENEZES, 2001), isso porque estudos com essa temática são muito incipientes. Além disso, buscou-se proporcionar maior familiaridade com o problema, bem como descrever a percepção das mulheres que vivenciaram a maternidade tardia, assim como suas repercussões no cotidiano e na qualidade de vida pessoal e familiar.

Os dados secundários e primários foram coletados em duas etapas. Inicialmente, foram coletados os dados provenientes das informações secundárias, por meio da análise dos dados do cadastro do SINASC-Viçosa, MG. Esses dados se referem a nome, endereço e idade da primeira gestação, entre outras informações sobre as mulheres que poderiam participar da pesquisa.

Depois dessa análise, iniciou-se a segunda etapa da pesquisa, que se constituiu na coleta de dados primários, por meio de entrevistas fundamentadas em um roteiro semi-estruturado. Esse método tem a vantagem de apresentar, geralmente, dados mais ricos, permitindo a obtenção de mais detalhes devido ao contato com o entrevistado, além de o entrevistador ter a possibilidade de estar esclarecendo dúvidas em relação à compreensão das perguntas. Possui como desvantagens ser de alto custo (tanto em tempo quanto em dinheiro), devendo ser realizado um treinamento de pessoal, além de poder ser difícil de transcrever e, ao reduzir os

⁵ É importante salientar que também foi enviado um ofício à Diretoria de Recursos Humanos da Universidade Federal de Viçosa solicitando autorização para a realização da pesquisa, porém não

dados, ocorrer distorção de informação. Por isso, a gravação das entrevistas é importante para se terem dados mais fidedignos (SILVIA; MENEZES, 2001).

As entrevistas foram realizadas na residência das mulheres que concordaram em participar, com a ajuda de uma estudante devidamente treinada. Nove entrevistas foram gravadas – as outras não, uma vez que as mulheres não permitiram a gravação. As respostas das entrevistadas das entrevistas que não foram gravadas foram anotadas, e, ao final, as entrevistadas leram as respostas, a fim de confirmarem a veracidade das anotações. A duração média das entrevistas foi de 90 minutos. As gravações foram transcritas e os dados, categorizados e analisados tematicamente, de acordo com as categorias de análise pesquisadas: a percepção das mulheres em relação às conseqüências da maternidade tardia; as repercussões da maternidade tardia no cotidiano feminino e familiar e na qualidade de vida feminina e familiar; e a seleção do método contraceptivo e as influências deste na vida pessoal e familiar.

3.4. Categorias de Análise

Para este estudo, foram analisadas as seguintes categorias de análise:

- Características socioculturais e demográficas:

1- Idade: idade da entrevistada na data da entrevista e quando teve o primeiro filho.

2- Estado Civil: solteira, casada, separada, viúva.

3- Escolaridade: anos de estudo (de 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 e mais).

4- Profissão: dona de casa, profissional liberal, funcionária pública, professora de nível fundamental, professora de nível médio e professora de nível superior.

5- Renda familiar: em salários mínimos, ressaltando-se que o salário mínimo vigente na época da entrevista era de R\$350,00 (de 1 a 2 SM, 2 a 3 SM, 3 a 5 SM, 5 a 10 SM, 10 a 20 SM, outro).

6- Métodos contraceptivos utilizados antes e depois da gestação: camisinha, pílula, métodos definitivos etc.

7- Duração da gestação: em semanas (menos de 22, 22 a 27, 28 a 31, 32 a 36, 37 a 41, 42 ou mais).

houve resposta.

8- Tipo de parto: cesariana, normal ou fórceps.

9- Número de consultas pré-natal: de 1 a 3, de 4 a 6, 7 e mais.

- Dificuldade em engravidar: se a mulher teve alguma dificuldade em engravidar devido à idade materna e, quanto tempo levou entre o momento em que decidiu engravidar e o momento em que se descobriu grávida.

- Motivos para o adiamento da maternidade: quais os motivos as levaram a decidir vivenciar a maternidade depois dos 35 anos.

- Expectativas ao decidirem vivenciar a maternidade tardia: quais expectativas as entrevistadas tinham quando decidiram vivenciar a maternidade tardia; e, dessas expectativas, quais foram atendidas.

- Percepção das mulheres quanto às mudanças no seu cotidiano e de sua família: se houve alguma mudança no cotidiano feminino e familiar depois da maternidade tardia e quais seriam essas mudanças.

- Percepção das mulheres quanto às consequências positivas e negativas da maternidade tardia: quais seriam as consequências positivas e negativas da maternidade tardia para a entrevistada e sua família.

- Percepção das mulheres quanto às consequências da maternidade tardia para a qualidade de vida feminina e familiar: o que as entrevistadas entendem por qualidade de vida; se a maternidade tardia trouxe alguma consequência para a qualidade de vida feminina e familiar, quais seriam essas consequências.

3.5. Procedimentos Analíticos

A análise dos dados foi realizada em duas etapas: primeiramente foi realizada uma análise com os dados secundários obtidos no SINASC-Viçosa, MG. A partir desses dados, como nome, idade com que teve o primeiro filho, ano de nascimento do filho e endereço, foi feito um agrupamento com as mulheres que poderiam participar do estudo, mulheres primíparas com uma idade mínima de 35 anos que tiveram o filho entre os anos de 2000 a 2002 na cidade de Viçosa, MG.

Com relação às entrevistas, foi feita a análise de conteúdo que, de acordo com Minayo (2003), visa verificar hipóteses e, ou, descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto. Para tal, a contextualização deve ser considerada como um dos principais requisitos. Na análise de conteúdo deve ser considerado não apenas a semântica da língua, mas também a interpretação do sentido que o indivíduo atribui

às mensagens. De acordo com Vergara (2005), a análise de conteúdo é considerada uma técnica para o tratamento de dados que visa identificar o que está sendo dito a respeito de determinado tema.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados de acordo com os objetivos propostos neste estudo. Inicialmente, é mostrada a caracterização socioeconômica e demográfica das mulheres estudadas. A seguir, são discutidos os motivos que levaram as mulheres a vivenciar a maternidade tardia, seguidos das repercussões desta para o cotidiano feminino e familiar e para a qualidade de vida dessas mulheres e de suas famílias.

4.1. Caracterização Socioeconômica e Demográfica das Mulheres

As mulheres entrevistadas possuíam entre 40 e 52 anos. Das entrevistadas, 10 residiam na zona urbana e uma na zona rural. Com relação à educação formal, seis possuíam de 8 a 11 anos de estudos e cinco, 12 anos ou mais. Isso confirma a idéia de Bruschini (1999) de que o planejamento da gravidez é também um indicador de desenvolvimento que, normalmente, acontece com mais freqüência em mulheres mais instruídas.

No que se refere ao estado civil, quatro eram solteiras e sete, casadas. De acordo com Teixeira (1999), as famílias brasileiras assumem características que as distanciam do modelo tradicional, para criar novas formas de relacionamento. Se antes a família era sinônimo de casamento, e obrigatoriamente de filhos, hoje a união

conjugal deixou de ser considerada como imprescindível, embora o casamento tivesse importância para a maioria das entrevistadas. Esse resultado está coerente com o da pesquisa do IBGE (2007), que relata que cresceu o número de uniões estáveis no Brasil nos últimos anos. Segundo a pesquisa de Registro Civil divulgada pelo IBGE, em 2006 o total de casamentos no Brasil foi de 889.828, número 6,5% maior do que o apurado no ano anterior, o que confirma a tendência de crescimento registrada no país desde 2002.

Quanto à profissão, os resultados foram heterogêneos, ou seja, três mulheres se declararam donas de casa, e nesse grupo uma possuía formação universitária, mas não exercia a profissão por preferir ficar em casa para cuidar da filha, já que o marido não dividia com ela as tarefas no cuidado com a criança. Cinco entrevistadas se declararam profissionais liberais, com profissões variadas: uma manicure, duas comerciantes, uma cozinheira e uma calígrafa; três eram funcionárias públicas, sendo duas funcionárias da Universidade Federal de Viçosa (assistente-administrativa e professora de nível superior) e a outra, bancária da Caixa Econômica Federal.

No que se refere à renda familiar, uma das entrevistadas possuía renda entre 1 e 2 salários mínimos⁶ (R\$350,00 a R\$700,00); duas, de 2 a 3 salários mínimos (R\$700,00 a R\$1.050,00); uma, de 3 a 5 salários mínimos (R\$1.050,00 a R\$1.700,00); duas, de 5 a 10 salários mínimos (R\$1.700,00 a R\$3.500,00); e quatro, de 10 a 20 salários mínimos (R\$3.500,00 a R\$7.000,00). Como pode ser observado, quanto à questão financeira, a maioria das entrevistadas seguia as estatísticas que alegam que a maternidade tardia ocorre com maior frequência entre mulheres com maior nível de renda, influenciadas pelo impacto da escolaridade e dos novos padrões demográficos e culturais (BRUSCHINI, 1999). A entrevistada que possuía menor renda era uma mulher solteira que morava com a filha e foi abandonada pelo companheiro quando engravidou. Ela era empregada doméstica e passou a trabalhar como manicure depois da gravidez para complementar a renda, já que assumiu sozinha a responsabilidade de cuidar da filha.

Segundo alguns estudiosos, como é o caso de Scavone (2001), a maternidade tardia é um fenômeno moderno que atinge principalmente mulheres de classe média e com maior grau de escolaridade. Normalmente, são mulheres independentes, que procuraram primeiramente estabilidade financeira e emocional para depois se tornarem mães. A maternidade tardia, de acordo com o estudo de Lobato et al. (2005), acontece normalmente em mulheres brancas, casadas, economicamente

⁶ O salário mínimo vigente era de R\$350,00.

ativas, com maior taxa de rendimento mensal e com mais de oito anos de estudo, o que está de acordo com as entrevistadas deste estudo.

Quadro 2 – Características socioeconômicas e demográficas das entrevistadas

Característica	MC	DC	EB	LB	MT	R	MG	MG	MR	JS	AL
Idade em 2007	44	48	43	46	45	43	46	52	40	44	41
Idade que teve o 1º filho	38	42	37	38	40	38	38	44	35	37	36
Estado civil	Solteira	Casada	Casada	Solteira	Casada	Casada	Casada	Casada	Casada	Solteira	Solteira
Escolaridade (anos)	8 a 11	12 e +	12 e +	8 a 11	8 a 11	12 e +	12 e +	8 a 11	8 a 11	12 e +	8 a 11
Profissão	Calígrafa	Eng. mecânica	Agrônoma	Cozinheira	Escrevente de cartório	Comerciante	F. pública	F. pública	Comerciante	Profª superior	Manicure
Número de filhos	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1
Renda familiar (salários mínimos)	2 a 3	10 a 20	10 a 20	2 a 3	5 a 10	3 a 5	10 a 20	5 a 10	2 a 3	10 a 20	1 a 2
Uso de método contraceptivo	Nenhum	Pílula	Pílula	Pílula	Nenhum	Tabelinha e camisinha	Nenhum	Nenhum	Pílula	Nenhum	Nenhum
Duração da gestação (em semanas)	37 a 41	37 a 41	37 a 41	37 a 41	37 a 41	37 a 41	32 a 36	37 a 41	37 a 41	37 a 41	37 a 41
Tipo de parto	Cesárea	Cesárea	Cesárea	Cesárea	Cesárea	Cesárea	Cesárea	Normal	Cesárea	Cesárea	Cesárea

Com relação à idade com que tiveram o primeiro filho, uma das entrevistadas teve o primeiro filho com 35 anos; outra, com 36 anos; duas, com 37 anos; quatro, com 38 anos; uma, com 40 anos; uma, com 42 anos; e, uma, com 44 anos. As entrevistadas tiveram o primeiro filho com uma idade média de 38 anos. Conforme critérios de seleção da amostra, o ano de nascimento do primeiro filho foi entre 2000 e 2002, sendo que quatro tiveram filho no ano 2000, quatro em 2001 e três em 2002. Já, quanto ao número de filhos por mulher, nove tiveram apenas um filho, e isso se deu, conforme explicaram, em idade mais avançada, o que dificultou ou, mesmo, impossibilitou de ter outros filhos, já que, segundo Schupp (2006), a idade materna avançada é um fator limitante da fertilidade feminina. As demais, mesmo com idade superior a 35 anos, conseguiram engravidar novamente e tiveram dois filhos.

Quanto ao método contraceptivo usado antes da gestação, seis das entrevistadas declararam que não usavam nenhum método contraceptivo, sendo que quatro delas não o faziam porque não tinham um relacionamento estável, e esse foi o motivo de engravidarem; duas não usavam porque queriam mesmo engravidar; quatro mulheres utilizavam a pílula como método contraceptivo; e uma adotava a camisinha e a tabela. Após a gravidez, seis mulheres não utilizavam nenhum método contraceptivo; duas usavam o método definitivo, sendo que em um caso o marido fez vasectomia e em outro a mulher teve que retirar o útero devido a um mioma; duas usavam a pílula; e uma adotava como método contraceptivo a camisinha. Observa-se, assim, que a maioria das entrevistadas não demonstrou preocupação com doenças sexualmente transmissíveis (DST), visto que apenas uma delas utilizava a camisinha.

Quanto à duração da gestação, apenas uma das entrevistadas teve a duração da gestação entre 32 e 36 semanas (pré-termo), enquanto as demais tiveram a gravidez com 37 a 41 semanas, o que é considerado, pelos obstetras, comum. Quanto ao tipo de parto, 10 das entrevistadas tiveram partos cesarianos e apenas uma, parto normal. A opção pelo parto tipo cesariana se deveu à recomendação médica, em razão da idade da gestante. É importante ressaltar que somente a idade avançada da gestante não determina a ocorrência de parto cesárea. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda esse procedimento apenas quando há risco para mãe ou para o recém-nascido, como em casos de gestante com hipertensão arterial, problemas cardiopáticos e feto macrossômico, entre outros. Atualmente no Brasil, entretanto, em 40% dos partos são feitas cesáreas quando o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 15%. E isso ocorre principalmente

devido à ansiedade de médicos e gestantes e por insegurança (ANDRADE et al., 2004).

Todas as entrevistadas fizeram sete ou mais consultas pré-natais, o que demonstrou preocupação consigo mesmas e com a saúde do filho, principalmente quanto a problemas que poderiam ser causados por influência da idade materna. O pré-natal é de grande importância para a manutenção e prevenção da saúde da mãe e do feto.

4.2. Maternidade Tardia: motivos que levaram a vivenciar a maternidade tardia

Quanto aos motivos que levaram as mulheres a vivenciar a maternidade tardia, oito responderam que era a vontade de ser mãe e três, que não decidiram, não esperavam, simplesmente aconteceu. O que se observa é que a maioria das mulheres desejava ser mãe e, de acordo com Glat (1994) *apud* Spindola e Santos (2000), a maternidade é a grande realização e grande alegria da mulher. Algumas respostas das entrevistadas ilustram esse desejo:

Na verdade acho que é o sonho de toda mulher ser mãe. Era o meu sonho ter um filho (MG, 44 anos)⁷.

Eu sempre quis ter filho, sempre sonhei em ser mãe, achei até que seria mais fácil ser mãe do que me casar, achei até que seria mãe solteira (MG, 38 anos).

No entanto, há que se ressaltar que nem todas as mulheres têm esse desejo, como argumentou Badinter (1985), que diz que o amor materno é culturalmente construído e, como um sentimento humano, imperfeito e frágil e pode ou não estar presente na mulher. O amor materno é vivenciado de diferentes formas em cada cultura e ao longo do tempo. Algumas entrevistadas demonstraram esse sentimento em suas falas:

Eu nunca pensei em ter filhos, nunca quis ser mãe, mas me descobri grávida, aí tive o filho, sozinha mesmo (MC, 38 anos).

Ah! Motivo nenhum engravidei assim, eu achava que não engravidava, porque eu namorei 8 anos e não engravidei, então eu achava que eu nunca engravidava, só que o problema tava no rapaz. Aí nós terminamos e eu fui namorando, namorando, namorando e aí conheci o pai dela e com dois meses de namoro fiquei grávida. Acho que não engravidei antes porque não estava na hora certa (AL, 36 anos).

⁷ Abreviatura do nome da entrevistada e idade com que teve o primeiro filho.

Vale ressaltar que ambas possuíam de 8 a 11 anos de estudo, ou seja, um bom nível de escolaridade, e, provavelmente, conheciam os métodos contraceptivos. Portanto, o relatado pode não corresponder aos fatos.

Quando perguntado por que conceberam filho depois dos 35 anos, cinco das entrevistadas responderam que tiveram filhos mais tarde porque se casaram mais tarde, mas que mais jovem não teriam condições financeiras de tê-los; cinco responderam que não foi uma decisão, não planejaram, aconteceu, e uma disse que decidiu ter filho mais tarde por causa dos estudos e por não ter tido um relacionamento estável quando mais nova.

Atualmente, as mulheres podem, através do acesso à contracepção medicalizada, especialmente a pílula, decidir o momento de ter filhos e se querem tê-los, e, em decorrência disso, cada vez mais mulheres em idades consideradas de risco, do ponto de vista médico, decidem engravidar. A maternidade tardia aumenta consideravelmente em todos os países, inclusive no Brasil, e isso se deve, entre outros fatores, à crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho e à crescente escolarização feminina, que viabiliza novas oportunidades profissionais, já que atualmente as mulheres estão cada dia mais investindo em uma carreira profissional, como uma realização pessoal, aliado, também, à falta de relacionamentos estáveis (SCAVONE, 2001). O adiamento do casamento é uma consequência desses fatores, como se observou no estudo em questão, uma vez que quase a metade das mulheres estudadas afirmou que tiveram filho depois dos 35 anos por terem se casado mais velhas. No entanto, existem mulheres que, mesmo não estando inseridas no mercado de trabalho e não investindo nos estudos, decidem ter filhos depois dos 35 anos por outros motivos, como por apresentarem problemas clínicos, por falta de relacionamentos estáveis ou, simplesmente, pela dúvida de querer não ter filhos.

Na verdade já me casei com mais idade mesmo, mas logo eu e meu marido já queríamos filho, eu engravidava, mas acabava perdendo. Tive três abortos até conseguir ter meu filho (DC, 42 anos).

Por causa dos estudos, me formei e queria me estabilizar profissionalmente primeiro, e também não tinha um namorado sério, só paquera, me casei mais tarde mesmo (EB, 37 anos).

Hoje em dia tá mais comum ter filho aos 40 anos porque as mulheres querem a carreira, a independência, estão procurando primeiro à estabilidade para depois pensar em ter filhos (MT, 40 anos).

Quanto à dificuldade de engravidarem, já que tinham idade entre 35 e 44 anos, considerada, pelos obstetras, como avançada, cinco das entrevistadas disseram que realmente tiveram dificuldades em engravidar, e as outras seis relataram que não enfrentaram nenhuma dificuldade, mesmo com a idade mais avançada. De acordo com a entrevista, apenas uma das mulheres da amostra não conseguiu engravidar naturalmente, tendo que recorrer à fertilização artificial, caso em que o método utilizado foi a fertilização *in vitro*.

Eu queria muito ser mãe, mas depois que me casei vi que não era tão fácil assim. Depois de um ano casada e que não engravidava, percebi que tinha alguma coisa errada. Fui a médicos aqui em Viçosa e em Ponte Nova, tomei muitos hormônios e nada. Então fui a Belo Horizonte em uma clínica especializada. Na primeira tentativa não consegui engravidar, mas na segunda, graças a Deus deu certo e, finalmente, tive meu filho (MG, 38 anos).

Tive dificuldades sim, eu queria muito engravidar aí não conseguia. Acho que era ansiedade demais, pois não tinha nenhum problema (LB, 38 anos).

Nenhuma. Parei de tomar a pílula em novembro e em dezembro já estava grávida (MR, 35 anos).

Observa-se que essa entrevistada conseguia engravidar, mas abortava naturalmente. Isso pode ser justificado, de acordo com o estudo de Schupp (2006), devido à idade, pois uma das conseqüências da maternidade em mulheres com idade avançada é a freqüência de abortamentos no primeiro trimestre de gestação.

Sim, eu engravidava, mas acabava perdendo, não conseguia levar adiante a gravidez. Meu filho foi minha quarta gravidez (DC, 42 anos).

De acordo com Leme (2006), com o passar dos anos há uma queda na taxa de fertilidade feminina que se intensifica após os 35 anos de idade. Essa idade é considerada por muitos especialistas como um marco desse declínio, o que causa dificuldade ou até mesmo impossibilita que uma gestação aconteça. Isso ocorre porque as mulheres já nascem com os óvulos que vão maturando ao longo dos anos e, na puberdade, são liberados mensalmente e, quanto mais o tempo passa, mais esses óvulos vão envelhecendo até que param de ser liberados; é quando a mulher entra na menopausa.

Segundo Marinho (2001), entretanto, algumas mulheres só conseguem engravidar ao recorrer a métodos artificiais de fertilização, como foi o caso de uma das entrevistadas, que relatou, ainda, que não conseguiu engravidar na primeira

tentativa da fertilização, mas na segunda sim. Segundo a entrevistada, o processo de fertilização artificial é muito desgastante emocionalmente e requer muita força de vontade do casal, de recursos financeiros, já que cada tentativa custa em torno de R\$10.00,00 somente para pagar a clínica, além dos medicamentos, que são muito caros, conforme ilustrado a seguir:

Eu e meu marido arcamos com as despesas, a gente juntou para pagar. Pagam-se R\$10.000,00 para a clínica, fora os medicamentos, que também são muito caros, são remédios importados, franceses os que eu tomei. O tratamento é muito penoso. É muito hormônio, é muito agressivo o tratamento. A primeira vez que tentamos deu errado, e meu marido ficou revoltado, mas eu falei: vou tentar de novo. Mas não me arrependo, faria tudo de novo. Foi muito constrangedor, tive que conversar com colega por colega para me ausentar para fazer o tratamento, tinha que ser no dia da ovulação e coincidiu com o pagamento da Universidade, foi muito penoso pra mim (MG, 38 anos).

Quando questionadas se tiveram alguma complicação no pré-natal, nove das entrevistadas responderam que não enfrentaram nenhum problema e que a gravidez transcorreu normalmente. Das duas que afirmaram terem experienciado problemas, uma teve diabetes gestacional e uma, uma oscilação na pressão arterial, o que, de acordo com os obstetras, são problemas comuns devido à idade da gestante. De acordo com Costa (2006), a idade materna pode acarretar algumas complicações para a saúde da mãe e do recém-nascido, observando-se, com maior frequência, a ocorrência de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* em gestantes com idade avançada.

Quanto a complicações no parto, nenhuma das entrevistadas relatou ter tido algum tipo de complicação; no pós-parto, apenas uma delas disse ter sofrido uma ligeira depressão.

Com relação à ocorrência de abortos, cinco mulheres tiveram pelo menos um aborto; uma delas passou por três abortos até conseguir ter o filho. Em média, levavam-se dois anos para engravidar novamente, e as demais sofreram um aborto. Duas levaram seis meses para engravidar novamente; uma demorou cerca de dois anos; e uma estava grávida de gêmeos sem saber e perdeu um dos fetos devido à malformação fetal. Embora as entrevistadas não tenham explicitado as razões dos abortos, supõe-se que tenham sido em decorrência da idade avançada, já que essas mulheres não possuíam problema físico que os justificasse.

Tive três abortos, eu engravidava, mas acabava perdendo, mas nunca fui ao médico para saber se tinha algum problema. Meu filho foi minha quarta gravidez e levava uns dois anos, um ano e meio para voltar a engravidar (DC, 42 anos).

Sim, tive um aborto antes do meu filho, e demorei uns seis meses para engravidar novamente, e aí sim ter meu filho (LB, 38 anos).

Eu não consegui engravidar naturalmente, fiz fertilização in vitro, então engravidei de gêmeos, mas tanto eu quanto o médico achávamos que era apenas um, aí comecei a ter sangramento, quando fomos fazer uns exames, descobrimos que eu estava grávida de gêmeos e tinha perdido um feto que estava com má formação (MG, 38 anos).

De acordo com alguns ginecologistas e obstetras, como Oliveira (2008), o tempo recomendado entre um aborto e uma nova gestação é de no mínimo seis meses. Um período menor pode acarretar desgaste materno. O aborto também pode causar muitas conseqüências tanto para a saúde física, como parto prematuro, infecção e obstrução das trompas e aborto por repetição, quanto para a saúde mental, como queda da auto-estima, frigidez, culpabilidade ou frustração, doenças psicossomáticas e depressão.

4.3. Percepções das Mulheres sobre a Maternidade Tardia no Cotidiano Feminino e Familiar

Quanto à mudança no cotidiano feminino após a maternidade, todas as entrevistadas disseram que houve aumento da responsabilidade, já que tinham um filho que dependia delas. Com relação ao trabalho doméstico, relataram um aumento no tempo dedicado às tarefas domésticas e redução no tempo pessoal. É importante ressaltar que todas as mulheres possuíam atividades remuneradas. De acordo com Probst (2004), as mulheres dedicam-se tanto ao trabalho remunerado quanto os homens e, quando voltam para casa, dedicam-se com a mesma intensidade ao trabalho doméstico. Por isso, as mulheres sofrem muito com o estresse de uma carreira, pois as pressões do trabalho remunerado se duplicam. Embora alguns homens ajudem em casa, nota-se que eles se dedicam àquelas atividades que lhes dão prazer, além de disponibilizarem um tempo menor do que a mulher para as atividades domésticas (PROBST, 2004). Dessa maneira, a sobrecarga dessas tarefas recai sobre as mulheres.

O que se percebe é que, como argumentaram Spindola e Santos (2000), as mulheres sentem-se culpadas por se ausentarem de casa, o que evidencia o conflito

que vivem em seu cotidiano como trabalhadoras, mães e esposas. Muitas relataram a dificuldade de conciliar o trabalho remunerado com a maternidade, já que após a maternidade há naturalmente um aumento de tarefas. As mulheres se dedicavam ao trabalho remunerado e ao trabalho doméstico e no restante do tempo tinham que dar atenção ao filho e ajudá-lo nas tarefas escolares, sobrando-lhes pouco tempo para dedicar ao marido e para elas mesmas, conforme pode ser evidenciado em algumas falas:

Ah! Muda muita coisa. Com a maternidade e a gente trabalhando fora é complicado. Você chega a casa depois do trabalho e tem um montão de coisa pra fazer em casa, ainda tem as tarefas com as crianças, os cuidados com ela... Isso realmente sobrecarrega bem (MT, 40 anos).

Muda tudo, principalmente a questão de horários, porque a gente tem que cuidar da criança, levar pra creche, levar ao médico e ainda trabalhar fora. Tudo isso muda (MG, 44 anos).

A partir dessas falas, pode-se perceber claramente o conflito que as mulheres inseridas em atividades remuneradas e são donas de casa e mães vivenciam, uma vez que se sentem sobrecarregadas com o acúmulo e exercício de uma multiplicidade de funções.

Foi ressaltado, também, que as mulheres decidiram não realizar investimentos na carreira logo após a maternidade, e o tempo dedicado ao trabalho remunerado foi estipulado de acordo com a rotina do filho.

Muda tudo. Agora tenho pressa de chegar a casa, não almejo um posto melhor no trabalho, porque não quero ficar o dia todo no banco. Tudo que faço agora é pensando nele, olho mais o lado do meu filho, falta tempo para mim mesma (MG, 38 anos).

A falta de tempo pessoal também foi apontada pelas entrevistadas, o que, conforme apontou Rocha-Coutinho (1998), é comum entre mulheres que trabalham e são mães. Apesar de estarem inseridas no mercado de trabalho, as mulheres continuam a ser responsáveis pela casa e pela família, consideradas funções essencialmente femininas. Assim, para muitas mulheres a família permanece como prioridade absoluta, mesmo que para isso tenham que sacrificar possíveis satisfações pessoais. Porém, a falta de tempo pessoal não tem relação direta com a idade materna, mas, sim, com a idade do filho que, durante este estudo, tinha entre 5 e 7 anos. Assim, o foco das mulheres muda com o passar do tempo, à medida que os filhos crescem e se tornam mais independentes.

Mudou tudo, um filho muda tudo, principalmente a questão do tempo. Hoje falta tempo para mim mesma, para eu me cuidar, é tudo muito corrido (EB, 37 anos).

Maior flexibilidade na rotina e maior atenção à família foram relatadas por uma das entrevistadas, o que a deixou mais contente com sua vida pessoal.

Tudo. Passei a ser uma pessoa mais flexível, até com meus alunos. Me socializei com as pessoas, antes eu era muito fechada, muito ríspida, passei a ser mais tolerante. Agora tiro férias, almoço todos os dias em casa, sou mais feliz (JS, 37 anos).

No que diz respeito ao cotidiano da família, 10 das entrevistadas disseram que a maternidade mudou o cotidiano familiar. Uma delas acrescentou que, após a maternidade, faltava tempo para o casamento; uma relatou que a maternidade uniu a família; outra afirmou que a maternidade não mudou nada no cotidiano familiar, já que só morava ela e a filha e, antes da maternidade, já morava sozinha. Um dos aspectos ressaltados foi o fato de procurarem se dedicar exclusivamente aos filhos, deixando de lado a vida pessoal e conjugal. De acordo com Spindola e Santos (2000), isso acontece porque, uma vez que trabalham fora, as mulheres sofrem com o afastamento diário dos filhos, criando uma ambigüidade da situação de ser trabalhadora, mãe, esposa e mulher. Algumas falas ilustram essa questão:

Um filho muda tudo, tivemos que nos adequar, dar mais atenção para ele, mais atividades em relação aos cuidados com ele, até para viajar é diferente, tem que levar muita bagagem (DC, 42 anos).

Mudou tudo também, vivemos em função do nosso filho, só vamos a lugares onde ele pode ir, nos programamos em função dele, antes saíamos muito, passávamos a noite em festas, agora não fazemos mais isto (MG, 38 anos).

Observa-se que muitas mulheres deixaram de lado a vida pessoal e conjugal em função do filho, e isso ocorreu porque as entrevistadas trabalhavam fora e não podiam ficar todo o tempo ao lado dos filhos, o que gerava um sentimento de culpa. A fim de compensarem esse sentimento, elas dedicavam aos filhos seu tempo livre.

Discutiu-se, também, a importância do filho para a união familiar como um ponto positivo para o cotidiano.

Minha filha foi um elo de ligação entre mim e minha família, quase não tinha contato com eles, agora sempre nos reunimos e é muito bom (JS, 37 anos).

Mudou muito, tá muito bom, preencheu o vazio em casa, porque um casal sem filho é complicado. Ela é ótima, sem ela é tudo ruim demais (R, 38 anos).

Para essa entrevistada, uma consequência da maternidade tardia para o cotidiano familiar foi o distanciamento que ocorreu entre ela e o marido, principalmente pela falta de tempo para ficarem juntos.

Eu e meu marido nos afastamos muito, o relacionamento sexual ficou ruim, sobra pouco tempo para ficarmos juntos. Ele é professor da universidade e trabalha muito e não me ajuda em nada com os cuidados com nossa filha (EB, 37 anos).

Quanto às expectativas que tinham quando engravidaram com mais de 35 anos, seis disseram que acreditavam que tiveram o filho no momento mais oportuno, já que estavam mais maduras e estabilizadas financeiramente, apesar de, devido à idade avançada, terem se preocupado com a saúde da criança (por exemplo, a Síndrome de Down); três disseram que não decidiram adiar a maternidade, e que a gravidez foi um acontecimento fortuito e, por isso, não tinham muita expectativa, mas que, quando mais jovens, não teriam condições financeiras e nem maturidade para terem filho. Uma disse que achava que não estava na hora certa; outra afirmou que poderia oferecer uma melhor educação ao filho, já que o teve em melhores condições financeiras; uma passou a se preocupar mais com sua própria saúde, já que não se cuidava, não se alimentava corretamente, não praticava nenhuma atividade física, vivia estressada por causa do trabalho, não tirava férias, então passou a se cuidar mais, pois sentiu medo de morrer e deixar a filha sozinha; e uma achou que seria maravilhoso ser mãe, pois estava madura e pronta para ser mãe.

Percebe-se, quanto às expectativas atendidas, que para seis entrevistadas o filho veio na hora certa, que era realmente o que queriam, que estavam maduras e tranquilas para criarem seus filhos; quatro consideraram que o filho nasceu com saúde e perfeito, sem nenhuma deficiência; e uma relatou que agora cuidava mais da própria saúde. As entrevistadas afirmaram, em sua maioria, que tiveram o filho no momento mais adequado de suas vidas, que estavam felizes e se sentiam realizadas com a maternidade. Mesmo aquelas que não planejaram a maternidade disseram:

Eu sempre quis ser mãe, eu sempre disse que com 30 anos teria um filho, casada ou não, mas quando fiz 30 achei que ainda não era a hora, ainda não tinha um emprego estável, eu tinha todas as inseguranças, mas depois que fiz 35 anos achei que poderia desistir, era muito difícil de

engravadar, então com 40 anos consegui engravidar, achei bom porque antes me sentia insegura para ter filho e quando tive já estava mais madura para ser mãe, acho que tive na hora certa, mas me preocupava muito com a saúde do meu filho, se ele ia nascer perfeitoinho (MT, 40 anos).

De acordo com essa entrevistada, percebeu-se que a maternidade tardia para ela foi uma realização e que ela acreditava que estava mais preparada para ser mãe, pois estava estabilizada financeiramente e se sentia mais segura para ter um filho. Observa-se que, para a maioria das entrevistadas, a questão econômica pesava sobre a decisão de ter um filho, e elas acreditavam que é importante estar estabilizada financeiramente para depois ter um filho.

Sempre me preocupei com o tipo de educação que poderia proporcionar ao meu filho, me preocupo com a educação, porque quero um futuro melhor para ele, e com a saúde dele também. Graças a Deus ele sempre estudou em colégio particular desde a creche e nasceu saudável (MG, 44 anos).

Para essa entrevistada, a educação tem importância, por isso preferiu se estabilizar financeiramente para depois ter um filho, para que, assim, pudesse oferecer a ele a oportunidade de estudar em colégios particulares, pois acreditava que, dessa maneira, o filho teria mais oportunidade para obter melhor qualidade de ensino. E essa possibilidade veio através de uma melhor condição financeira, que só foi possível com a idade mais avançada.

Não foi uma decisão, as coisas foram acontecendo, mas também antes eu não tinha condições financeiras de tê-lo, mas quando engravidei me preocupei muito com a saúde do bebê, se ele teria síndrome de down por causa da minha idade, mas graças a Deus ele nasceu lindo e cheio de saúde. Ele é tudo que sempre quis (MG, 38 anos).

Essa entrevistada demonstrou ter grande preocupação com a saúde do filho, já que com a idade avançada aumenta a probabilidade de a criança nascer com problemas cromossômicos, como a Síndrome de Down. A preocupação com a saúde da criança, devido à idade avançada, é compreensível, já que, do ponto de vista médico, com a idade materna avançada há maior probabilidade de o recém-nascido apresentar algum tipo de anomalia cromossômica, como a citada doença.

Segundo especialistas, a probabilidade da Síndrome de Down aumenta com a idade materna, sendo que para mulheres com menos de 30 anos essa probabilidade é de 1 para 3.000 nascimentos; mulheres entre 30 e 35 anos, de 1 para 600; e em

mulheres com mais de 45 anos, essa probabilidade chega até a 1 para cada 50 nascimentos. No entanto, aquela entrevistada acreditava que teve o filho no momento certo, pois quando mais jovem não tinha estabilidade financeira para tê-lo.

Queria antes de ter um filho ter uma vida financeira estável e ter mais maturidade para criá-lo. Minhas expectativas foram plenamente satisfeitas, tenho uma vida financeira confortável e estou madura e preparada para ser mãe (EB, 37 anos).

Observa-se que essa entrevistada, assim como as demais, tinha grande preocupação com a estabilidade financeira, pois todas acreditavam ser esta importante para poderem oferecer melhores condições de vida aos filhos.

Com relação às conseqüências positivas e negativas da maternidade tardia para as entrevistadas, oito responderam que terem um filho foi uma realização, tudo o que sempre quiseram. Com relação ao momento em que a maternidade aconteceu, essas oito respondentes afirmaram que foi no momento mais oportuno, principalmente porque já estavam estabilizadas econômica e emocionalmente, mais maduras e preparadas para serem mães; duas disseram que, apesar de não terem planejado, consideravam a maternidade tardia positiva, porque estavam mais bem preparadas financeiramente para se tornarem mães; e uma disse que, com a maternidade tardia, ela passou a se cuidar mais, cuidar mais de sua própria saúde, primeiramente por causa da gravidez, que era considerada de risco devido à idade.

Quanto às conseqüências negativas, cinco afirmaram que não consideravam nenhuma conseqüência negativa de terem tido filhos com a idade mais avançada; três disseram que com o passar dos anos, devido à idade, a mulher fica com menos paciência e energia para acompanhar a criança; duas, que, com mais idade, fica mais difícil ter outros filhos; e uma, que a maternidade tardia em si não teve nada de negativo, mas foi um período de muito sofrimento, porque foi abandonada pelo pai de sua filha durante a gestação.

De acordo com grande parte das entrevistadas, a maternidade tardia foi uma realização, pois a maioria tinha emprego fixo e estabilidade financeira e se sentiam prontas para assumir a responsabilidade de ter um filho. Estavam maduras e realizadas profissionalmente.

Vale ressaltar que, tendo melhores condições financeiras, essas mulheres podem oferecer melhores condições aos filhos, como educação de qualidade, alimentação adequada e lazer, entre outros, como realçado em algumas falas.

Meu filho foi uma benção na minha vida. É bom demais ser mãe, E de negativo, é que agora, mais velha, não tenho a paciência que tinha antes. Agora sou dona de casa e trabalho fora e já não tenho tanto tempo livre, fico mais cansada (MG, 44 anos).

Acho que de negativo é que a gente fica com menos paciência. Hoje em dia a mulher trabalha fora e chega em casa e tem um monte de coisas para fazer, assim fica mais difícil. E de positivo é que ter filho, ser mãe é muito bom, é um sonho (MR, 35 anos).

Para essas entrevistadas, apesar de se sentirem realizadas com a maternidade, acreditavam que, devido à idade mais avançada e à dupla jornada de trabalho, ficavam cansadas e sem paciência para acompanhar o filho em suas atividades.

Positivo é que me estabilizei economicamente e emocionalmente primeiro. Hoje sou mais tranqüila. E de negativo é que fica mais difícil eu ter mais filhos (MG, 38 anos).

Positivo é que tenho uma vida financeira mais estável e tenho maturidade e responsabilidade para criar minha filha, e de negativo é a dificuldade de ter outro filho, gostaria muito de ter 2 filhos, mas infelizmente não consegui, só tenho uma (EB, 37 anos).

Pelas falas das entrevistadas, pôde-se perceber que a maternidade continuava sendo importante para a maioria das mulheres, que a consideravam como uma realização, mesmo para aquelas que não a planejaram. Para as mulheres que assumiram um trabalho fora do âmbito doméstico, seja por necessidade, seja por realização pessoal, a maternidade também teve grande importância. No entanto, a maioria dessas mulheres planejou para que essa realização acontecesse em um momento mais oportuno, adiando, assim, a maternidade.

Quanto às conseqüências positivas e negativas da maternidade tardia para a família, todas as entrevistadas responderam que só tiveram conseqüências positivas, pois não reconheciam nenhuma conseqüência negativa para a família por terem tido filho depois dos 35 anos.

Quando perguntado o que mudou em sua rotina após a maternidade, nove das entrevistadas disseram que tudo havia mudado, aumentou a responsabilidade, acrescentou mais tarefas ao dia-a-dia, mudou todos os horários em função do filho; uma disse que não mudou nada, que continuou tudo como era antes, enquanto outra afirmou que melhorou sua qualidade de vida, pois passou a fazer todas as refeições em casa, tirou os finais-de-semana para descansar e passear com a filha, tudo que não fazia antes. Com relação à mudança na rotina familiar, quatro relataram que não mudou nada, cinco que aumentou a preocupação, as responsabilidades, os horários,

tiveram que adequar tudo em função do filho, que houve falta de tempo para o casamento; e uma mencionou que melhorou o relacionamento com a família.

Observa-se que para a maioria das entrevistadas (9 das 11) houve acréscimo de tarefas ao dia-a-dia, já que todas elas trabalhavam fora e, quando chegavam a casa, assumiam todas as responsabilidades referentes ao cuidado da casa e do filho, mesmo aquelas que eram casadas, uma vez que os companheiros não assumiam as responsabilidades domésticas da mesma forma que a mulher. Essa dupla, ou tripla, jornada de trabalho era uma constante na vida de muitas mulheres, que acabavam adiando o casamento e a maternidade por acharem difícil conciliar a maternidade, o casamento e o trabalho – doméstico e o remunerado. Cabe ressaltar que esse aumento de tarefas é próprio do crescimento da família e não tem a ver com a idade materna. E isso pôde ser observado a partir das falas das entrevistadas.

Apesar, portanto, de se sentirem realizadas com a maternidade, a maioria das entrevistadas confirmou a afirmação de vários autores, como Rocha-Coutinho (1998), de que após a maternidade se multiplicam no dia-a-dia os afazeres e responsabilidades de mulheres, principalmente daquelas inseridas no mercado de trabalho, criando uma dupla ou tripla jornada de trabalho e gerando conflitos e desgastes físico e emocional.

Pôde-se constatar essa afirmação em algumas falas:

Com relação à rotina, acrescentou muitas tarefas, eu ter ainda fora as tarefas que tinha, em relação ao doutorado, acrescentou ainda mais, tive que remanejar todos os meus horários em função do meu filho. E na rotina da minha família, também tivemos que remanejar nossos horários, meu marido sempre me ajudou muito (DC, 42 anos).

Observa-se, a partir da fala dessa entrevistada, que todo o tempo livre é dedicado ao filho, inclusive foram deixadas de lado as atividades prazerosas, demonstrando um sentimento de culpa por ter que trabalhar fora.

Tenho que me dedicar mais ao meu filho. Me preocupo com o bem estar dele. Tudo fica mais corrido, saí correndo do banco para buscá-lo na escola, não tenho mais tempo para mim, nem para pintar que é uma coisa que gosto de fazer, o tempo livre é todo para ele e na rotina da família também mudou, é tudo em função do nosso filho, passeios, viagens, festas, tudo (MG, 38 anos).

Essa entrevistada ressaltou a falta de tempo conjugal em função do aumento de tarefas no dia-a-dia e da falta de colaboração do marido nas atividades domésticas

e nos cuidados com a filha. Demonstrou também uma mágoa com relação à falta de atenção do marido para com ela e a filha.

Passei a ter pouco tempo para o casamento, tenho que levar e buscar a minha filha da escola, ajudar na lição, e meu marido não me ajuda em nada nos cuidados com nossa filha. Acho triste, pois ele está perdendo a melhor fase da vida dela. Na rotina da minha família, falta tempo para o casamento, nos afastamos depois que tive nossa filha (EB, 37 anos).

Para essa entrevistada, a maternidade trouxe mais responsabilidade e trabalho para arcar com todas as despesas do filho, já que não possuía um relacionamento estável e teve que assumir sozinha a gravidez e o filho.

Agora tenho que trabalhar mais, porque meu filho depende de mim, arqueei com todas as consequências de ter filho sozinha. Na minha família acho que não mudou nada (MC, 38 anos).

Ficou evidente que, apesar de se sentirem cansadas com o aumento das tarefas de casa, que isso era normal com o aumento da família e com os cuidados com os filhos, além de trabalharem fora, as entrevistadas se sentiam realizadas com a presença da prole. E todas fizeram questão de frisar que mudaram os hábitos e horários em função dos filhos. Quanto à questão do tempo, as entrevistadas relataram que o tempo ficava muito corrido, muitas das vezes não sobrava tempo para elas mesmas ou para o casamento, o que é natural quando se tem filho independentemente da idade materna, o que pode gerar algum tipo de conflito, como no caso de uma das entrevistadas, que disse:

O relacionamento sexual ficou muito ruim, diminuiu meu desejo sexual. Sobra pouco tempo para eu e meu marido ficarmos juntos. Ele é professor da universidade e trabalha muito e não me ajuda em nada com os cuidados com nossa filha, não sobra tempo para namorarmos (EB, 37 anos).

Foi ressaltado, também, que algumas atividades prazerosas foram eliminadas do cotidiano das mulheres participantes da pesquisa, principalmente para terem mais tempo de se dedicarem aos filhos.

Agora não tenho mais tempo de ir para academia e nem para pintar que é uma coisa que gosto muito de fazer. (MG, 38 anos).

Foi questionado às entrevistadas que, caso pudessem começar sua vida novamente, se tomariam a decisão de ter filho depois dos 35 anos. Cinco delas

responderam que sim, porque acreditavam que tiveram os filhos no momento mais adequado, que se tivessem tido antes não teriam condições financeiras e nem maturidade para criá-los; duas disseram que não, porque, se tivessem tido filhos mais cedo, elas talvez não teriam a possibilidade de ter outros filhos; três responderam que não, porque, quando se é mais jovem, se tem mais paciência com a criança; e uma disse que, no caso dela, da forma como as coisas aconteceram, não teria tido nenhum filho, porque sofreu muito com o abandono do companheiro.

Teria um pouco antes, pois acho que mais nova teria mais fôlego, mais energia para brincar com ela. Mas, se fosse antes, eu não estaria preparada financeiramente, financeiramente acho que veio na hora certa. Hoje posso oferecer a ela melhores condições (MT, 40 anos).

Eu queria ter antes, queria ter tido muito mais nova do que eu tive. Porque eu acho que a gente mais nova tem mais paciência. Se eu pudesse voltar atrás eu teria filho com 25, 26 anos não ia ter com quase 40 (MR, 35 anos).

Algumas das entrevistadas gostariam de ter filho quando mais novas, pois acreditavam que assim o teriam em tempos em que poderiam acompanhar com maior facilidade os filhos em suas atividades e brincadeiras, já que, quando se é mais jovem, se tem mais energia. Porém, acreditavam que, se os tivessem tido mais jovens, os teriam em condições menos favoráveis financeiramente.

A partir dessas falas, percebe-se que para as entrevistadas o fator financeiro tem grande relevância. Pois elas acreditavam que, apresentando melhores condições financeiras, teriam a possibilidade de oferecer melhores condições aos filhos e aos companheiros.

Sim, eu acho que eu tive no momento certo, eu gostaria de ter exatamente neste momento, foi muito bom, porque eu aproveitei muito minha vida antes. Viajei muito, eu saía muito, então depois que tive minha filha eu já estava na época de cuidar da minha filha mesmo. Eu daria esse conselho para ela, se eu pudesse. Que ela espere, espere, que aos 40 anos está ótimo pra ela ter filho. Aos 40 anos está melhor que aos 15. Porque aos 15 às vezes é uma imprudência, assim, uma irresponsabilidade. A pessoa não está preparada, não está em condições de cuidar nem dela, como vai cuidar de uma criança? Pra mim aos 40 é a idade ideal (MT, 40 anos).

Algumas, no entanto, acreditavam que teriam o filho com a idade que os tiveram ou o teriam mais tarde ainda, pois achavam que estando mais velhas estariam mais preparadas para se tornarem mães, tanto financeira quanto emocionalmente. E que ter filho muito nova é uma imprudência, pois não viveram ainda o que deveriam,

não completaram os estudos, não viajaram, eram normalmente dependentes financeiramente, portanto não estavam preparadas para serem mães.

Cinco das entrevistadas deixam claro que a maternidade tardia, apesar de ser considerada clinicamente de risco, devido à probabilidade aumentada de ocorrerem problemas para a saúde da mulher e da criança, traz consigo muitas coisas positivas, como maturidade, melhores condições financeiras, como é o caso das entrevistadas, que estavam estabilizadas financeiramente, com emprego fixo, eram casadas, o que as deixavam mais seguras para ter filhos. Portanto, elas acreditavam que estavam mais bem preparadas para conceberem um filho do que quando mais jovens, quando estavam estudando, começando uma carreira e não tinham um relacionamento estável. Para muitas das entrevistadas, a presença do companheiro, pai da criança, era muito importante.

Observa-se que algumas das entrevistadas gostariam de ter tido filhos antes, com menos idade, isso devido, principalmente, ao fato de encontrarem mais dificuldade em engravidar novamente na idade avançada; entretanto, duas entrevistadas, mesmo com a idade avançada, tiveram outro filho. A idade materna avançada, segundo especialistas como Schupp (2006), dificulta a gravidez porque, com o passar dos anos, há uma queda na taxa de fertilidade feminina, que se acentua após os 35 anos, mas existem mulheres que conseguem engravidar naturalmente mesmo com a idade avançada, como é o caso dessas duas entrevistadas, que tiveram o primeiro filho com mais de 35 anos e que não tiveram nenhuma dificuldade em engravidar, tendo, inclusive, outro filho, resultante de uma gravidez conseguida naturalmente, sem precisar recorrer a nenhum método artificial de fertilização.

4.4. Qualidade de vida: percepção das entrevistadas

Qualidade de vida, neste estudo, foi considerada as percepções que as entrevistadas tinham de suas próprias condições de vida e de sua família. A definição do que é qualidade de vida variará em razão das diferenças individuais, sociais e culturais de cada entrevistada.

Quando questionadas sobre o que entendiam por qualidade de vida (QV), as entrevistadas responderam que é estar bem, sentir-se bem, conviver bem com as outras pessoas, ficar perto de quem se gosta, alimentar-se bem e ter segurança e tranquilidade. É viver em paz e sentir-se feliz. O que está de acordo com a teoria das

necessidades de Maslow (necessidades fisiológicas, necessidades de segurança, necessidades sociais, necessidades de estima e necessidades de auto-realização), pois esse autor acredita que a definição de QV se sustenta na teoria das necessidades básicas do ser humano. A partir das falas das entrevistadas, percebe-se que QV realmente se remete à satisfação das necessidades básicas do ser humano.

Observa-se que, para as entrevistadas, algumas necessidades são priorizadas em função de outras. As entrevistadas relataram que QV não tem relação direta com o dinheiro, mas envolvem fatores relacionados à saúde, como o bem-estar físico, psicológico, emocional e mental, bem como a relação com a família, amigos e emprego. Porém, analisando as falas das entrevistadas, um dos motivos do adiamento da maternidade foi proporcionar melhores condições financeiras a seus filhos, o que demonstra que a QV para elas está, sim, relacionada a questões financeiras:

Qualidade de vida pra mim é estar vivendo em um lugar onde me causa bem estar. Quando ele nasceu, morávamos na Gomes Barbosa e quando ele estava com uns 8 meses nós viemos morar aqui, então a gente notou uma melhora na qualidade de vida de todos nós. O meu marido é professor da Universidade, então, aqui é um lugar tranquilo, quando ele vem da UFV pra casa já vem relaxando num outro ambiente, não tem tanto movimento, e a gente considera aqui um lugar bem tranquilo e saudável pra gente (DC, 42 anos).

Qualidade de vida, é você ter tempo de fazer o que gosta, não tem nada a ver com riqueza, mas com tranquilidade, segurança, estar ao lado de quem gosta. Ter uma vida equilibrada (MG, 38 anos).

Foi ainda ressaltado que a QV está relacionada às necessidades sociais, como a boa convivência com outras pessoas; e fisiológicas, como uma boa alimentação, bem como às necessidades de segurança e de estima.

Qualidade de vida, é procurar viver bem, é participar das coisas da sociedade, na igreja, família, viajar, é conviver bem com as pessoas, ter boa alimentação, é ter horário, ter uma rotina em casa, passear bastante, eu adoro passear. Ficar junto com as pessoas da família (MG, 44 anos).

Qualidade de vida é saúde, alimentar bem, dormir bem, não beber, não fumar, e aproveitar a vida com calma, consciência e ter um pouquinho de dinheiro também (R, 38 anos).

De interesse para este estudo foi o entendimento de como as mulheres pensavam sobre as conseqüências da maternidade tardia para a sua qualidade de vida. Três das entrevistadas disseram que se sentiam realizadas, mais completas e, por isso, consideravam que a qualidade de vida havia melhorado após a maternidade; seis

disseram que não tiveram nenhuma alteração em sua qualidade de vida após a maternidade; duas afirmaram que, depois da maternidade, a qualidade de vida diminuiu, sendo que uma delas afirmou que diminuiu sua QV em razão do menor tempo para se dedicarem a si mesmas para fazerem o que gostavam; e uma disse ter reduzido sua qualidade de vida, porque não tinha mais fôlego para acompanhar o filho, o que a deixava muito cansada.

Quando comparados os dados das entrevistadas que afirmaram ter havido melhoria na qualidade de vida após a maternidade com aquelas que não perceberam tal mudança, constatou-se que o estado civil e a renda não influenciaram o relato e, sim, o número de anos de estudo, sendo que as três relataram melhoria porque possuíam oito anos ou mais de escolaridade. Com relação às que perceberam piora na QV depois da maternidade, o número de anos de estudo e a renda foram determinantes, sendo as que tinham mais instrução formal (12 anos ou mais de estudo) e maior renda (acima de 10 SM).

As conseqüências da maternidade tardia para minha qualidade de vida, acho que não tive conseqüências, não. Porque assim, eu já tinha aproveitado tudo que eu queria aproveitar, com questão de viagem, as coisas que eu tinha que cortar, assim ela não me impediu de nada, eu acho que ser mãe, ter uma criança não impede as pessoas de fazer as coisas, não, não diminui a qualidade de vida, principalmente se já tiver um emprego. Já tiver as responsabilidades, igual eu falei, aos 15 anos seria pior, aí sim a pessoa perderia qualidade de vida, porque o que deveria estar aproveitando neste tempo pra estudar, pra cuidar do futuro dela, aí ela tá tendo que pensar em outra pessoa, em outra criança (MT, 40 anos).

Percebeu-se, a partir da fala dessa entrevistada, que para ela não houve nenhuma alteração em sua qualidade de vida após a maternidade, visto que ela já havia feito tudo que queria e que se sentia preparada para assumir a responsabilidade de se ter um filho.

Conseqüências do adiamento da maternidade para minha qualidade de vida, melhor, me sinto realizada, me sentia realizada profissionalmente, mas tinha esse anseio (DC, 42anos).

Para essa entrevistada, sua qualidade de vida melhorou após a maternidade, pois satisfaz sua necessidade de auto-realização, fazendo-a se sentir mais completa e feliz. Já para essa entrevistada houve redução em sua QV devido à falta de tempo pessoal, que ela acredita ter reduzido após a maternidade, em função de um acúmulo

de funções próprias de mulheres inseridas no mercado de trabalho, que são donas de casa e mães.

As conseqüências para minha qualidade de vida, é que se eu tivesse tido filho a 20 anos atrás, teria em condições menos favoráveis. Eu não tenho tempo para ficar na academia, para pintar, falta tempo para mim mesma, nisso a qualidade de vida cai, mas já sabia que seria assim. “Para ser mãe tem que deixar o lado mulher de lado”, mas não me arrependo nem um pouco (MG, 38 anos).

De acordo com Jonathan (2005), as mulheres, especificamente as mães, que trabalham têm índices mais altos de bem-estar e estão mais satisfeitas com sua qualidade de vida, apesar de se sentirem mais cansadas e sobrecarregadas. A maternidade é considerada por muitas mulheres como a realização de um grande sonho e, por isso, sentem-se muito felizes quando se tornam mães.

Outras, no entanto, acreditavam que, após a maternidade, houve diminuição na qualidade de vida devido à falta de tempo pessoal. Que isso é natural para mães que têm filhos pequenos, pois estes são muito dependentes. Esse dado está de acordo com Meirelles (2007), que ressaltou que a falta de tempo pessoal de mulheres devido ao acúmulo de funções, como trabalho e maternidade, tem impacto direto sobre a qualidade de vida dessas mulheres e de suas famílias. Dessa maneira, o trabalho remunerado retira dessas mulheres a possibilidade de dedicarem tempo à família, especialmente aos filhos e companheiros. Como forma de compensação, elas dedicam menos tempo para o “cuidar de si” para dedicarem mais tempo ao “cuidar do outro”.

Em relação à qualidade de vida da família, cinco das entrevistadas disseram que não houve nenhuma alteração na qualidade de vida de sua família após a maternidade; duas afirmaram que a vida havia melhorado, pois passaram a se divertir mais, passear e conviver mais com outras pessoas; três relataram que diminuiu a qualidade de vida familiar devido à falta de tempo para viajar, para fazer o que gostava, além de terem aumentado as atividades, trazendo-lhes, por conseguinte, mais cansaço.

Conseqüências para a minha família, para o meu marido, ele tinha uma rotina e mudou muito, com relação ao filho, nas atividades, mas tudo tem sido encarado de uma forma bastante saudável, acho, muito tranquilo, acho que foi só para melhor (DC, 42 anos).

De acordo com essa entrevistada, a QV familiar, apesar de ter aumentado as tarefas rotineiras, melhorou; ela acredita que com a presença do filho “se sentem mais satisfeitos, mais felizes”.

Consequências para minha família, é o mesmo esquema. Se não tivesse filho poderia viajar mais com meu marido, agora tenho menos tempo para o casamento, mas não tem problema. Mas tem o lado bom das coisas que o filho proporciona como festinhas na escola, de aniversário, formatura. É tudo de bom. Foi a melhor coisa que aconteceu na minha vida (MG, 38 anos).

Para essa entrevistada, com a maternidade ela teve a oportunidade de reviver acontecimentos que já vivenciou, relacionar-se com outras pessoas, como pais de outras crianças. Por isso, relatou um sentimento de realização, acreditando que sua qualidade de vida melhorou após a maternidade, mesmo tendo que abdicar de algumas coisas, como viagens.

Consequências para minha família foi que eu e meu marido nos afastamos, a nossa vida sexual piorou muito, quando chega a hora de dormir estou muito cansada, se ele me ajudasse nos cuidados com ela, eu teria mais tempo para o meu lado mulher (EB, 37 anos).

De acordo com essa entrevistada, após a maternidade houve uma queda na QV familiar, principalmente com relação ao casamento, já que ela e o marido se afastaram, pois o tempo para se cuidar e para se dedicar ao marido é muito escasso. Isso porque ela assumiu sozinha a responsabilidade nos cuidados com a filha e com a casa, não tendo nenhuma colaboração do marido nos afazeres domésticos e nos cuidados com a filha.

Observa-se, assim, que a maior consequência da maternidade tardia na qualidade de vida, seja pessoal, seja familiar, para esse grupo que possuía filhos pequenos que demandavam mais cuidados foi a escassez de tempo, uma vez que todas as entrevistadas estavam inseridas no mercado de trabalho. Por isso, Jonathan (2005) afirmou que o alcance do equilíbrio entre as necessidades vinculadas aos espaços profissional, familiar e pessoal é o que mais desejam e necessitam as mulheres/mães/trabalhadoras brasileiras, para que possam alcançar maiores níveis de satisfação e bem-estar.

Nesse sentido, a maternidade influencia direta ou indiretamente a qualidade de vida de mulheres que vivenciaram a maternidade tardia, seja por questões profissionais, pessoais ou afetivas.

5. CONCLUSÕES

Muitas mulheres adiam a maternidade por falta de relacionamentos estáveis e estabilidade financeira, demonstrando certa preocupação em se ter uma família bem estruturada para poder, assim, dividir com o companheiro as responsabilidades e inseguranças de se ter um filho. As mulheres que compuseram esta pesquisa eram, em sua maioria, casadas, confirmando essa preocupação em se ter uma família bem estruturada para depois conceber um filho. No entanto, muitas dessas mulheres apresentaram problemas clínicos que dificultaram que a gravidez acontecesse, se casarem mais tarde, ou, simplesmente, estavam decidindo se queriam ser mães. Portanto, muitas delas não decidiram adiar a maternidade, tendo sido esse o resultado de um quadro clínico ou do adiamento da formação da família.

A maternidade tardia para o cotidiano feminino está associada com a falta de tempo pessoal em função da divisão sexual do trabalho, que coloca a mulher como a principal responsável pelas atividades da casa, do lar e dos filhos. Uma explicação para esse fato é que os homens não se inseriram na esfera doméstica com a mesma intensidade com que as mulheres se inseriram no mercado de trabalho. Quanto ao cotidiano familiar, isso não foi diferente, uma vez que, após a maternidade, aumentaram os papéis e, conseqüentemente, as demandas e reduziu o tempo livre para atividades prazerosas, restando pouco tempo para o casamento, com reflexos sobre a vida conjugal e pessoal.

Pode-se concluir que a maternidade tardia para o cotidiano feminino e familiar não é diferente daquela vivenciada por mulheres que têm filhos mais jovens, uma vez que a alteração na rotina é própria do crescimento da família. As mulheres, de modo geral, têm

que realizar a dupla jornada de trabalho, e a falta de tempo para a dedicação exclusiva à família traz consigo um sentimento de culpa, criando-se, assim, uma situação de estresse.

O estresse é também causado pela falta de disposição física em brincar com a criança, apesar de a socialização com outras pessoas, favorecida pela presença da criança, minimizar o cansaço do dia-a-dia. A segurança proporcionada pela idade materna, que traz maturidade, estabilidade financeira e emocional, também pode ser citada como consequência positiva para a qualidade de vida materna.

A maturidade, porém, não afasta dessas mães as dificuldades em conciliarem diferentes papéis e funções, sendo a dupla jornada de trabalho a causa da falta de tempo pessoal e familiar (altruísmo), que pode ser justificado não pela maturidade em si, mas pela falta de ajuda masculina.

O adiamento da maternidade está, assim, intimamente ligado também ao adiamento da formação da família, favorecido pelo desejo de se ter estabilidade financeira, a fim de proporcionar à sua prole melhores condições de vida. Há de se ressaltar que as preocupações com a saúde, deixada de lado em favorecimento da estabilidade financeira, pode ser um problema para as mulheres, tanto para a concepção quanto para o próprio corpo.

As consequências negativas da maternidade tardia estão relacionadas ao fato de as mulheres não poderem gerar outros filhos, principalmente pelas limitações da idade, que também dificulta a realização das atividades lúdicas. Ao contrário, a segurança proporcionada pela idade materna, que traz maturidade, estabilidade financeira e emocional, é uma consequência positiva para a qualidade de vida materna.

É importante ressaltar que as consequências da maternidade tardia para a qualidade de vida das mulheres e de suas famílias, apontadas pelas entrevistadas como falta de tempo pessoal e familiar, também são vivenciadas por mulheres mais jovens e que estão inseridas no mercado de trabalho e têm filhos. Pode-se, assim, concluir que isso não tem relação direta com a idade da mulher ao se tornar mãe, mas, sim, com o acúmulo de funções vivenciado pelas mulheres contemporâneas.

Apesar, portanto, de ser considerada pelos médicos como de risco, devido a alguns problemas que ocorrem com maior frequência em mulheres mais velhas, a maternidade tardia traz consigo muitas consequências positivas, como maturidade, melhores condições financeiras e mais segurança. As mulheres mais maduras vivenciam a maternidade com mais intensidade, estão mais preparadas para lidar

com as ambivalências da maternidade e estão, também, com a vida mais estruturada, em termos financeiros e familiares, e em condições de oferecer aos filhos mais segurança e melhor qualidade de vida.

6. SUGESTÕES E LIMITAÇÕES

Como limitações desta pesquisa, é importante ressaltar a dificuldade em conseguir encontrar muitas das mulheres que poderiam compor a amostra, visto que o estudo foi realizado em Viçosa, MG, uma cidade universitária. Como se supunha ser a população em estudo mais instruída, acredita-se que muitas das mulheres que poderiam compor a amostra deste trabalho estudaram na UFV, tiveram seus filhos em Viçosa e depois foram para outras cidades, dificultando, assim, que fossem encontradas.

Como o fenômeno da maternidade tardia é um fenômeno incipiente, é importante que outras pesquisas sejam feitas com esta temática, a fim de enriquecer e complementar este estudo. Em termos metodológicos, uma pesquisa com uma amostra maior seria interessante para permitir a generalização dos resultados. Há de se ressaltar, também, que a realização da análise do discurso seria interessante, a fim de se conhecer o que está por trás das falas das entrevistadas.

A pesquisa em foco suscita outras questões que poderão ser temas para outros estudos: Como ocorre o processo do adiamento da maternidade para os pais adotivos? Como seriam traçadas as redes sociais para mulheres primíparas de diferentes faixas etárias?

REFERÊNCIAS

ANDRADE, P. C.; LINHARES, J. J.; MARTINELLI, S.; ANTONINI, M.; LIPPI, U.; BARACAT, F. F. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, 2004.

AZEVEDO, M. L. N. **A teoria do capital humano em tempo de acumulação flexível**. Disponível em: <http://www.aduen.org.br/revista/revista_ateoriado_capitalhumano.htm>. Acesso em: 20 abr. 2008.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 8. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M.R. O trabalho da mulher brasileira nos primeiros anos da década de noventa. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10., 1996, Caxambu. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 1996. v. 1, p. 483-516.

BRUSCHINI, C. **Reflexões sobre 08 de março** – Dia internacional da mulher. 1999. Disponível em: <http://www.wmulher.com.br/template.asp?canal=mulheres&id_mater=1424>. Acesso em: 25 ago. 2005.

BRUSCHINI, C. **Gênero e trabalho feminino no Brasil**. Novas conquistas ou persistência da discriminação? Brasil 1985 a 1995. 2000. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/mulher/index.php?bole=09>>. Acesso em: 05 mar. 2007.

BARRETO, M. **Cartilha: assédio moral**. Disponível em: <<http://w>>. Acesso em: 10 jul. 2008.

CEBOTAREV, E. A. Apuntes sobre aspectos básicos em la calidad de la vida. In: —. **Taller IICA/GUELPH sobre la calidad de vida de la família rural**. Costa Rica: IICA, 1981. 15 p.

CHAGAS, M.I.O.; MARQUES, M. F. C.; BARROSO, M. G. T. **Mulheres operarias**: vida doméstica e qualidade de vida. 2005. Disponível em: <<http://www.unifor.br/notitia/file/613.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2008.

CORRÊA, M. V. **A tecnologia a serviço de um sonho**: um estudo sobre a reprodução assistida. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997. Tese (Doutorado).

CORTEZ, I.R.; MORI, N.; RODRIGUES, K.; REBOUÇAS, L. Pensando o assédio moral e sexual sob a ótica de gênero. **Revista CFEMEA**. 2. ed. 2006. Disponível em: <<http://www.efemea.org.br/temasedados/detalhes.asp?IDTemasDados=124htm>>. Acesso em: 10 jul. 2008.

COSTA, C. Apesar dos riscos muitas mulheres optam por gestações aos 40 anos. In: **JORNAL DA ESTÁCIO**, ano 3, n. 27, nov. 2006.

COSTA, L. Aumento da participação feminina: uma tentativa de explicação. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 7., 1990, [S.l.]. **Anais...** [S.l.]: ABEP, 1990. v. 2, p. 231-243.

DAMIANO TEIXEIRA, K. M. Administrar ou conciliar diferentes papéis? Um estudo com professoras universitárias, Michigan, Estados Unidos. **Revista Oikos**, v. 15, n. 2, p. 57-88, 2004.

DAMIANO TEIXEIRA, K. M. **A administração de recursos na família**: Quem? Como? Por quê? Pra quê? Viçosa, MG: Editora UFV, 2005. 94 p.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede Social de Apoio Durante Transições Familiares Decorrentes do Nascimento de Filhos. **Psicologia**: teoria e pesquisa, v.16, n.3, 2000.

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade**: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Ed. UNESP, 1993.

GIDDENS, A. **Para além da esquerda e da direita**. São Paulo: Ed. UNESP, 1996.
GODOY, A.S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n.2, p. 57-63, abr.1995.

GUSMÃO, F.A.F.; TAVARES, E.J.M.; MOREIRA, L.M.A. Idade materna e síndrome de Down no Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, jul./ago. 2003.

HIRATA, H. **Nova divisão sexual do trabalho?** São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br.htm>>. Acesso em: 26 ago. 2005.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br.htm>>. Acesso em: 05 mar. 2007.

ITABORAÍ, N.R. Trabalho feminino e mudanças no Brasil (1984-1996): comparação por classe social. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., 2002, Ouro Preto-MG, novembro de 2002. **Anais...** Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas, 2002.

JONATHAN, E. G. Mulheres empreendedoras: medos, conquistas e qualidade de vida. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 373-382, set./dez. 2005.

KILIMNIK, Z.M.; CASTRO, J.H.M. **Carreira e competência e o necessário equilíbrio entre trabalho e vida pessoal**. Disponível em: <<http://www.abqv.org.br/artigos.php?id=238>>. Acesso em: 29 abr. 2008.

LEÃO, I.; CAMPOS, M. **Mulher**: um a um os tabus vão caindo. Dia Internacional da Mulher: 08 de Março de 2000. Disponível em: <<http://www.google.com.br.htm>>. Acesso em: 26 ago. 2005.

LEME, P. C. **Mamães (bem) maduras**. Tendência mundial: A gravidez depois dos 40 implica alguns riscos para a mulher e para o bebê. 2006. Disponível em: <http://www.viaglobal.com.br/noticias.asp?ID=15&cd_news=19702.htm>. Acesso em: 13 fev. 2007.

LOBATO, E.; VILAS, J.; MORAES, R. **Vida moderna**: mães aos 40. 2005. Disponível em: <http://www.terra.com.br/istoe/1856/comportamento/1856_maes_aos_40.htm>. Acesso em: 20 jun. 2006.

_____. Gravidez e filhos: gravidez após 35 anos aumenta riscos para saúde da mulher. In: **Mais saúde**. 2002. Disponível em: <<http://www.terra.com.br/mulher/gravidez/2002/04/02/000.htm>>. Acesso em: 30 nov. 2005.

MARINHO, R. M. **Gravidez após os 40 anos**. 2001. Disponível em: <<http://boasaude.uol.com.br/lib/emailorprint.cfm?id=4025&type=lib>>. Acesso em: 10 mar. 2007.

MASLOW, A. **Motivação e personalidade**. Nova York: Harper&Row, 1970.

MEIRELLES, V. **Trabalho, filhos, casa, marido...** Como fica o tempo? Disponível em: <http://www.uol.com.br/vyaestelar/mulher_atual_de_tempo.htm>. Acesso em: 29 abr. 2008.

MELO, H. P. **Gênero e pobreza no Brasil**. Brasília, 2005. (Relatório final do Projeto Governabilidade Democracia de Gênero na América Latina e no Caribe, CEPAL-SPM).

MINAYO, M.C. de S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de ação para a redução da mortalidade materna**. Brasília, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestação de alto risco. Manual técnico**. 3. ed. Brasília, 2000.

NUNES, B. O. **O sentido do trabalho para merendeiras e serventes em situação de readaptação nas Escolas Públicas do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 2000. 161 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

PAZELLO, E. L. **A maternidade e a mulher no mercado de trabalho: diferença de comportamento entre mulheres que tem e mulheres que não tem filhos**. [S.l. : s.n.], 2006.

PINTO, C. R. J. **O feminismo no Brasil: suas múltiplas faces**. Fundação Perseu Abramo. São Paulo, 2003. 119 p. (Coleção Historia do Povo Brasileiro).

PROBST, E. R. **A evolução da mulher no mercado de trabalho**. Florianópolis: Instituto Catarinense de Pós-Graduação. [s.d.].

RAGO, M. Os feminismos no Brasil: dos “anos de chumbo” à era global. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, n. 3, jan./jul. 2003.

ROCHA-COUTINHO, M. L. Dos contos de fadas aos super-heróis: mulheres e homens brasileiros reconfiguram identidades. In: ———. **A análise do discurso em psicologia: algumas questões, problemas e limites**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

RODRIGUES, L. **Maternidade após os 40** – Cresce o número de mães temporãs. 2002. Disponível em: <<http://www.terramulher.com.br/gravidez/2002/04/02.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2006.

RODRIGUES, C. Múltiplas rotas femininas. **Revista de Estudos Feministas**, v.13, n.3, 2005.

SARTI, C. A. O feminismo brasileiro desde os anos de 1970: revisitando uma trajetória. **Revista de Estudos Feministas**, v.12, n. 2, 2004.

SCAVONE, L. Maternidade: transformação na família e nas relações de gênero. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, n. 8, p. 47-60, 2001. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista8/ensaio3.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2007.

SCHUPP, T. R. Idade materna avançada: gravidez após os 40 merece cuidados especiais: Sugere estudo da faculdade de medicina da USP. 2006. In: **Espaço médico**. Disponível em: <http://drauziovarella.ig.com.br/espaco/espaco.asp?doe_id=25.htm>. Acesso em: 04 mar. 2007.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: LSD/UFSC, 2001. 121 p.

SIMÕES, T. Gravidez depois dos 40: riscos de uma gravidez tardia. In: **Medicina & Saúde**. 2004. Disponível em: <<http://www.falhadosudeste.com.br/maiscidades2.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2006.

SORJ, B. O estigma das feministas. **O Globo**, São Paulo, 13 de maio, 2005.

SOUZA, F. **Maternidade aos 40**: mulheres contam a experiência de ser mãe “mais tarde”. 2004. Disponível em: <<http://www.acesa.com/mulher/arquivo,eles/2004/04/19-maes.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2006.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Trabalho versus vida familiar: conflito e culpa no cotidiano de trabalhadoras de enfermagem. **Ciência e Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 43-52, 2004.

STEFANO, F. **A nova guerra dos sexos**: elas são as melhores e a maioria nas universidades. Prepare-se, elas vão dominar o mercado de trabalho. 2001. Disponível em: <<http://www.sinprop.org.br/clipping/2003/202.htm>>. Acesso em: 26 out. 2005.

TEIXERAS, E. T. N. **Adiamento da maternidade**: do sonho a maternagem. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1999. 77 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

VERGARA, S.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

WAJNMAN, S.; PERPÉTUO, I. H. A redução do emprego formal e a participação feminina no mercado de trabalho brasileiro. **Nova Economia**, v. 7, n.1, 1997.

WEBER, L. N.D. **Pais e filhos por adoção**: um amor conquistado. 2001. Disponível em: <http://www.cavanis.org.br/dow/geral/pais_filhos_adoção.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2008.

APÊNDICE

APÊNDICE

Roteiro da Entrevista

1- Nome:

2- Estado Civil:

☐ Solteira ☐ Casada ☐ Viúva ☐ Separada Judicialmente

☐ União consensual ☐ outro _____

3- Idade:

4- Grau de Escolaridade:

☐ Nenhuma

☐ De 1 a 3 anos

☐ De 4 a 7 anos

☐ De 8 a 11 anos

☐ 12 e mais

☐ Ignorado

5- Profissão:

☐ Profissional liberal

☐ Funcionária pública

☐ Professora de ensino fundamental

☐ Professora de ensino médio

☐ Professora de ensino superior

☐ Dona de casa

☐ Outro _____

6- Renda da família (em salários mínimos):

☐ Até 1 ☐ 5 a 10

☐ 1 a 2 ☐ 10 a 20

☐ 2 a 3 ☐ Outro _____

☐ 3 a 5

7- Com que idade teve o primeiro filho:

8- Número de Filhos:

9- Ano de nascimento do primeiro filhos:

- ☐ 1999 ☐ 2002
☐ 2000 ☐ 2003
☐ 2001 ☐ outro _____

10- Qual era o método contraceptivo que utilizava antes de engravidar? Método

Comportamental:

- ☐ tabelinha
☐ temperatura basal
☐ muco cervical
☐ coito interrompido

Método de Barreira:

- ☐ preservativo
☐ diafragma
☐ esponjas e espermicidas
☐ DIU

Método Hormonal:

- ☐ nenhum
☐ pílula
☐ pílula pó-coito ou pílula do dia seguinte
☐ injetáveis
☐ implante hormonal
☐ adesivo

11- Atualmente, qual método contraceptivo que utiliza?

- ☐ comportamental. Qual? _____
☐ hormonal. Qual? _____
☐ de barreira. Qual? _____
☐ definitivo. Qual? _____
☐ nenhum

12- O que a motivou a tomar a decisão de ter filhos?

13- Quanto tempo levou entre a data que decidiu engravidar e a confirmação da gestação?

14- Por que decidiu adiar a maternidade?

15- Teve alguma dificuldade em engravidar?

16- Precizou recorrer a algum método de fertilização: ☐ sim ☐ não

*Qual? ☐ fertilização in vitro ☐ indução da ovulação ☐ inseminação artificial

*Onde foi realizada a fertilização? ☐ hospital ☐ clínica ☐ consultório

☐ outro: _____

*Obteve sucesso na primeira tentativa? Em caso negativo, quantas tentativas foram necessárias?

*Em todas as tentativas recorreu ao mesmo método de fertilização? Em caso negativo, quais métodos foram utilizados?

*Quem arcou com os custos do tratamento?

17- Qual foi a duração da gestação (em semanas)?

() Menos de 22 () De 37 a 41

() De 22 a 27 () 42 e mais

() De 28 a 31 () Ignorado

() De 32 a 36

18- Qual foi o tipo de parto? () Normal () cesárea () fórceps

() outro _____

19- Fez pré-natal? () sim () não

Se sim, quantas vezes consultou?

() Nenhuma () 7 e mais

() De 1 a 3 () Ignorado

() De 4 a 6

20- Teve alguma complicação durante o pré-natal? Em caso positivo, qual?

21- Teve alguma complicação no parto? Em caso positivo, qual?

22- Teve alguma complicação no pós-parto? Em caso positivo, qual?

23- Teve algum aborto? Em caso positivo, quanto tempo levou para engravidar novamente?

24- O que mudou em seu cotidiano com a maternidade?

25- E no cotidiano de sua família?

26- Quais eram suas expectativas ao decidir adiar a maternidade?

27- Destas expectativas, quais foram atendidas?

28- Quais foram as conseqüências, positivas e negativas, da maternidade tardia para você?

29- E para sua família?

30- O que mudou em sua rotina após a maternidade?

31- E na de sua família?

32- Se pudesse começar sua vida novamente, você tomaria a decisão de adiar a maternidade? Por quê?

33- Para você o que é qualidade de vida?

34- Quais as conseqüências da maternidade tardia para sua qualidade de vida? E para qualidade de vida de sua família?