

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**  
**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**ADIAMENTO DA MATERNIDADE:  
SER MÃE DEPOIS DOS 35 ANOS**  
**Dissertação de Mestrado**

**Eliane Tavares Natividade Teixeira.**

**ORIENTADOR:** Dra. Regina Cele Bodstein

Rio de Janeiro

Março – 1999

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

**ADIAMENTO DA MATERNIDADE:**

**SER MÃE DEPOIS DOS 35 ANOS**

**Eliane Tavares Natividade Teixeira.**

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências na Área de Saúde Pública.

ORIENTADORA: Dra. Regina Cele Bodstein

Rio de Janeiro

Março – 1999

*A meu marido,  
Marcos*

*Aos meus filhos  
Marcos e George*

*"Tudo depende da mãe, de sua história e da História. Não, não há uma lei universal nessa matéria, que escapa ao determinismo natural. O amor materno não é inerente às mulheres. É "adicional"."*

*E. Badinter.*

## **AGRADECIMENTOS**

A todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

À equipe de profissionais do Ambulatório de Pré-Natal do Hospital Universitário Pedro Ernesto, em especial a Ana Beatriz Queiroz, pela atenção e pela contribuição.

Às gestantes que me concederam a oportunidade de entrevistá-las.

Em especial a minha orientadora Regina C. Bodstein.

Aos professores Jorge de Campos Valadares e Otávio Cruz Netto, cuja convivência nas aulas possibilitaram um aprendizado constante.

Aos amigos, familiares e colegas de turma, por partilharem os momentos de alegria e de dificuldades.

À CAPES, cujo apoio financeiro foi importante para a conclusão do Curso de Mestrado e a realização deste trabalho.

## RESUMO

Este estudo se propõe a discutir o fenômeno do adiamento da maternidade para após os 35 anos, relacionando-o ao processo de **Destradicionalização Social**, que vem ocorrendo em todas as esferas da vida cotidiana – inclusive, no contexto sócio-familiar brasileiro. Independente das transformações no ethos da maternidade, o discurso médico define, a partir do enfoque de risco, o que é “normal” e “anormal” nos comportamentos reprodutivos. Com base nestes pressupostos analisamos as percepções das mulheres que adiaram a maternidade, para depois dos 35 anos, em relação ao relacionamento afetivo-familiar, ao trabalho, a gravidez e à maternidade. Foram realizadas, no Ambulatório de Pré-Natal do Hospital Universitário Pedro Ernesto (entre julho e outubro/1998), nove entrevistas com gestantes entre 36 e 39 anos, não portadoras de doenças crônicas ou intercorrências físico-clínicas. Os resultados deste estudo, qualitativo, indicam que o processo modernizador e as conseqüentes mudanças nos tradicionais padrões familiares, imprimem suas marcas na experiência da maternidade. Essa revisão de valores, referentes à função feminina e ao papel materno acompanha a incorporação da mulher ao mercado de trabalho e o crescente peso do capital escolar. Tornou-se possível concluir ainda, que em função dos valores atuais, o “ser mãe” para algumas mulheres não é mais percebido como o único objetivo, já que o trabalho é fonte de realização pessoal.

Palavras-chave: PROCESSO MODERNIZADOR, DESTRADICIONALIZAÇÃO SOCIAL, ADIAMENTO DA MATERNIDADE, ALTO RISCO GESTACIONAL, DISCURSO MÉDICO-NORMATIVO

## ABSTRACT

The present study has the purpose of discussing the phenomenon of the postponement of maternity to the age of 35 years aged of, relating this process to the **Social Destraditionalization**, which is taking place in all everyday's spheres, inclusively in Brazilian social-familiar context. Apart from the changes in the ethos of maternity, the medical speech defines, from the risk focus, what is normal and abnormal in the reproductive behavior. Based on such assumptions we analysed the perception of women who postponed maternity to the age of 35 years, associating that to the affective-familiar relationship, work, pregnancy and motherhood. We interviewed nine pregnant women between 35 and 39 years old in the Ambulatory of the Hospital Universitário Pedro Ernesto from July to October of 1998, who had no chronic illness or physical-clinical intercurrency. The results of this qualitative study point out that the modernizing process and its changes in the traditional familiar standard, influences the experience of maternity. This review of values which refers to the female functions and the mother role follows to the incorporation of women to the job market and the steady increase of the school capital. We were also able to conclude that because of the current values, "being mother" to some women is no longer realized as the only aim in life, seeing that work is as personal achievements.

Key Words: MODERNIZING PROCESS, SOCIAL DESTRADITIONALIZATION, POSTPONEMENT OF MATERNITY, HIGH RISK PREGNANCY, NORMATIVE-MEDICAL SPEECH.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
CAP. I – <i>RELAÇÕES AMOROSAS, SEXUALIDADE E MATERNIDADE: A DESTRADICIONALIZAÇÃO DA INTIMIDADE</i> .....	14
1.1 – O AMOR ROMÂNTICO E A VALORIZAÇÃO DA MATERNIDADE: A INVENÇÃO DO MITO DA BOA MÃE.....	15
1.2– A NOVA INTIMIDADE: PLASTICIDADE DAS RELAÇÕES AMOROSAS E O NOVO ETHOS DA MATERNIDADE.....	21
1.3 – A INTERVENÇÃO MÉDICA NOS PROCESSOS DE REPRODUÇÃO HUMANA.....	25
1.4 – O CONTEXTO BRASILEIRO: OS NOVOS PAPÉIS DO HOMEM E DA MULHER NA FAMÍLIA.....	31
CAP. II – <i>CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS</i> .....	35
CAP. III – <i>ADIAMENTO DA MATERNIDADE: ANALISANDO UM ETHOS EM TRANSFORMAÇÃO</i> .....	41
3.1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIOECONÔMICO.....	42
3.2 – O PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ: “EU ESCOLHI SER MÃE” X “EU NUNCA QUIS TER FILHOS”.....	52
3.3 – “O ALTORISCO” E OS SIGNIFICADOS DA GRAVIDEZ APÓS OS 35 ANOS.....	55
3.4– O CONTEXTO FAMILIAR DA GRÁVIDA: “PARTILHANDO RESPONSABILIDADES”.....	60
3.5– A PERCEPÇÃO DA IDADE: “ESTOU ENCANTADA COMIGO MESMA” / “EU NÃO GOSTO DE ME SENTIR VELHA”.....	62
3.6 – A MATERNIDADE TARDIA: “ESTOU PRONTA PARA SER MÃE”.....	64
CAP. IV – <i>CONSIDERAÇÕES FINAIS</i> .....	68
BIBLIOGRAFIA.....	72
ANEXOS.....	75



## **INTRODUÇÃO**

Nosso interesse pelas questões referentes à saúde feminina e, mais especificamente, pelo fenômeno da gravidez e maternidade na idade avançada, teve início quando éramos como Residente de Serviço Social no Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

Esse interesse surgiu em decorrência de alguns fatores. Percebíamos que o número de mulheres a engravidarem após os 35 anos aumentava; e que estas gestações eram consideradas pela medicina como “tardias”. De acordo com a literatura médica, as mulheres deveriam evitar engravidar nessa fase da vida, por conta dos riscos obstétricos e perinatais; percebemos, enfim, uma certa escassez na discussão desse fenômeno como um processo sociocultural.

Queríamos saber que aspectos poderiam estar influenciando esse “adiamento da maternidade”. Seria um fenômeno decorrente das novas exigências da inserção feminina no mercado de trabalho? Seria resultado das dificuldades materiais enfrentadas cotidianamente pelas classes populares? Estaria ocorrendo uma inversão dos valores vinculados aos papéis femininos? Ou esse adiamento seria um resultado da separação entre as vivências da sexualidade e da reprodução? Em suma, as indagações eram muitas e as respostas ainda incipientes.

Com a intenção de aprofundar os conhecimentos sobre o tema, e de buscar uma articulação entre esse fenômeno singular e os processos sociais mais amplos, optamos por discutir, inicialmente, as transformações que vêm ocorrendo nas sociedades contemporâneas. Utilizamos, como ponto de partida, o conceito de modernização reflexiva, considerando que o processo modernizador não difunde apenas a adesão a novos ideais, mas vincula-se à mudança de status das tradições, ao movimento na direção da autonomia e à ênfase nas decisões pessoais. As mudanças básicas nas sociedades contemporâneas, no sentido de remodelação dos costumes, têm ligação com a expansão da reflexividade social. O caráter dos projetos pessoais (decisão por ter filhos ou não, por casar-se, a opção sexual, as “produções independentes”, por exemplo) hoje são possibilidades de ação. Por outro lado, acentua-se a idéia da individualidade, da valorização dos aspectos subjetivos na constituição das relações e identidades pessoais.

**Baseando-nos na assertiva de que os processos de mudança social têm influência na vida cotidiana, refletimos sobre seus possíveis nexos com as decisões referentes ao adiamento da maternidade para após os trinta e cinco anos.**

Por outro lado, refletimos também, que além da gestação, nessa fase da vida, ser considerada de risco pela medicina – é um processo de saúde/doença que tem

relação com aspectos psicológicos, simbólicos, sociais e culturais. Cabe sublinhar, que nossa perspectiva que valoriza os aspectos socioculturais a envolverem as questões de saúde. Estabelecemos como objetivo geral, a análise dos significados que as mulheres atribuem à gravidez e à maternidade após os trinta e cinco anos.

Quanto aos objetivos específicos, procuramos analisar de que forma o processo de mudança social tem impacto nas percepções das mulheres, no que se refere à experiência materna após os trinta e cinco anos. Procuramos ainda, analisar as percepções referentes à vida amorosa, ao trabalho e à fase da vida que as mulheres estão vivenciando.

A primeira parte deste estudo tem o objetivo de discutir, brevemente, o processo de modernização e suas repercussões nos domínios da intimidade – nas relações amorosas, na maternidade e nos valores familiares. Resgatamos de que forma os processos de mudança social, ocorridos no final do século XVIII e no início do século XIX, repercutiram em áreas da vida social como gênero e a sexualidade. Salientamos, que, a partir da "reinvenção" das tradições, estabeleceram-se rígidas normas para a divisão sexual do trabalho, para a função feminina dentro da família e para os comportamentos sexuais. Essa "revolução de mentalidades" engendrou a percepção da maternidade como inerente à natureza feminina. Ainda neste capítulo, travamos uma discussão acerca da “nova intimidade”, ou seja, discutimos sobre a substituição progressiva das relações sociais tradicionais, por uma sexualidade plástica e um modelo de relacionamento conjugal que assume um caráter diferenciado, e permite, inclusive, a coabitação, o aumento das famílias monoparentais e o adiamento da maternidade. Essas mudanças ocorrem na medida em que se deslocam as rígidas normas da sexualidade conjugal, para novas modalidades de relacionamentos, que relativamente libertos das necessidades reprodutivas, redefinem os estilos de vida. Ressaltamos haver o processo de destradicionalização social possibilitado mudanças na função feminina frente à família e à sociedade. No terceiro item deste capítulo, procuramos discutir a maneira do discurso médico normatizar as questões concernentes à reprodução humana.

Através do controle da técnica, a medicina atua como instância produtora de normas e significados referentes ao corpo, à saúde, à doença, à maternidade e à paternidade. Embora o objetivo da intervenção médica na reprodução biológica, em especial na "gravidez tardia", seja a prevenção dos possíveis riscos, este aspecto quase sempre assume uma base normatizante, a definir como e quando se deve ter filhos. Fechando este capítulo, mantivemos uma discussão sobre transformações socioculturais

no contexto brasileiro, relacionando-as aos valores familiares e às funções materna e paterna. Discutimos a revisão dos padrões tradicionais familiares e o aumento da importância do papel materno, uma vez que a mulher brasileira assumiu o trabalho fora de casa - além das atividades domésticas e da educação dos filhos. Indicamos ainda, que apesar da perda da importância do casamento, a vida em família e o ser mãe permanecem relevantes para as mulheres, não obstante o fenômeno do adiamento da maternidade seja cada vez mais freqüente.

Na segunda parte do estudo, fizemos inicialmente uma caracterização sócio-econômico do grupo pesquisado, para contextualizar a fala das mulheres entrevistadas.

Nesse capítulo discutimos, usando os discursos e a literatura sobre o tema, as percepções do grupo pesquisado sobre as relações afetivas e familiares, a relação com o trabalho e com a própria idade. Analisamos os significados que as mulheres atribuem ao fato de suas gestações serem consideradas pela medicina como alto risco, à maternidade nessa fase da vida e às expectativas em relação ao dar a luz. Resgatamos a experiência do aborto, vivenciada por algumas entrevistadas. Mostramos ser comum a responsabilização das mulheres pela gravidez indesejada e pelas práticas contraceptivas e que apesar de ser uma prática ilegal e impregnada de uma conotação moralmente negativa, o aborto é muito estimulado. Resgatamos, ainda, os aspectos que impulsionaram o ingresso das entrevistadas na esfera produtiva, desmistificando o trabalho como referência de necessidade e acentuamos a atividade profissional como um aspecto relevante na conquista da autonomia feminina.

Travamos uma discussão sobre as atividades domésticas, antes consideradas obrigações exclusivamente femininas. Salientamos que, essas atividades decresceram em importância para algumas mulheres, que passaram a contar com a participação dos companheiros. Apesar dessa "autonomia feminina", as mulheres agora acumulam funções, pois hoje são provedoras, mas ainda cuidam da casa. Ainda neste capítulo, procuramos resgatar nas entrevistadas, os aspectos que as levaram ao adiamento da maternidade. As mulheres que planejaram a gravidez fizeram referências ao investimento na vida profissional, à necessidade de preparação para assumir as responsabilidades de ser mãe e ao desejo de estabelecer relações afetivas estáveis - características resultantes do processo de destradicionalização e reflexividade social.

Discutimos de que forma o "alto-risco" é percebido pelas mulheres. E o fato da medicina se encarregar de definir padrões de normalidade para as condutas referentes à saúde/doença - em particular, em relação à reprodução humana e à sexualidade. Em outro item deste capítulo, procuramos resgatar a percepção das mulheres em relação à

própria idade. Sinalizamos que, em virtude dos efeitos do novo contexto sociocultural, as fases da vida adquiriram um peso diferenciado, não obstante a idade e o envelhecimento ainda despertarem sentimentos ambivalentes.

Finalizando, discutimos as expectativas do grupo em relação ao ser mãe após os 35 anos. Confirmamos que os padrões tradicionais da maternidade vêm sendo gradativamente reformulados, já que não implica mais em dedicação exclusiva. Por outro lado, percebemos que o desejo e o prazer de ser mãe continuam como um elemento presentes e marcantes na estrutura de relevâncias femininas.

## **CAPÍTULO I**

### **RELAÇÕES AMOROSAS, SEXUALIDADE E MATERNIDADE: A DESTRADICIONALIZAÇÃO DA INTIMIDADE**

## 1.1 – O AMOR ROMÂNTICO E A VALORIZAÇÃO DA MATERNIDADE: A INVENÇÃO DO MITO DA BOA MÃE.

Em trabalho anterior \* sobre a gravidez na idade foi discutido de que forma a intervenção da medicina repercutia na vivência da gravidez. Analisamos os desdobramentos da classificação de risco na produção de expectativas, tendo como pano de fundo, a normatização social dos comportamentos reprodutivos e os aspectos culturais do processo saúde/doença.

Algumas de nossas preocupações anteriores se continuaram na presente discussão. Consideramos que o adiamento da maternidade, e os processos de reprodução humana, envolvem uma dupla referência: não só as interferências do processo biológico mas dos aspectos socioculturais. E que o processo reprodutivo, tem por base o primado das ciências médicas e biológicas (através do controle da concepção e contracepção) em detrimento das interferências do social.

Em nosso modo de ver, a reprodução biológica perpassa e é perpassada pelas relações sociais 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. Por este motivo resolvemos articular o fenômeno do adiamento da maternidade (um fenômeno singular) às transformações mais amplas que vêm ocorrendo nas sociedades contemporâneas. E procuramos entender como essas mudanças interferem no cotidiano das mulheres que adiam a maternidade, ou seja, entender de que forma o processo de destradicionalização repercute na experiência da maternidade.

ANTHONY GIDDENS (1996) analisa as mudanças básicas nas sociedades contemporâneas, remetendo-as ao fenômeno da modernização. Para ele trata-se da transformação do espaço/tempo, e resulta não só em efeitos em grande escala, como também na transformação de contextos locais e experiências pessoais. A essas experiências, partilhadas por homens e mulheres, e à promessa de emancipação social, BERMAN (1986) designa como “modernidade”. Modernidade é a possibilidade de transformação, de lutas, contradições e ambigüidades, decorrentes da ausência ou afrouxamento dos valores e da ampliação das variáveis de ação.

---

\* Trabalho realizado como requisito para conclusão da residência do Programa de Saúde da Mulher - Ambulatório de Pré-Natal/Obstetrícia/HUPE/1997.

GIDDENS (1996) caracteriza essas mudanças, e sua influência em todo tecido social, como “modernização reflexiva”, que para ele tem características diferenciadas da modernização simples. Em circunstâncias de modernização simples, os hábitos e costumes da população eram estáveis, marcados por uma certa previsibilidade. De acordo com o autor, o mundo marcado pela modernização simples dependia da diversidade cultural inerente à segregação geográfica, das tradições locais e das mudanças a longo prazo.

Quando se fala em modernização reflexiva é necessário especificar alguns aspectos que podem ser associados a este termo. A modernização pode ser entendida por suas origens nas profundas mudanças sociais, ou por sua relação com a reelaboração das experiências cotidianas. Por um lado, essas influências afetam e reestruturam as circunstâncias da vida local, e por outro, conduzem a expansão da reflexividade social. O conceito reflexividade social é empregado para fazer referência aos processos de escolha, de tomada de decisão, de filtragem de relevâncias. GIDDENS (1996) indica que num mundo de reflexividade intensificada coloca-se a necessidade de um certo grau de autonomia de ação, como condição de engajamento ao universo das mudanças sociais.

As mudanças mais significativas têm impacto no contexto da vida cotidiana e na constituição das identidades e relações pessoais. GIDDENS afirma que “o nosso dia a dia, pode-se dizer, tornou-se experimental de uma forma que encontra paralelos no grande experimento da modernidade como um todo.” (1996:98) A intensificação desse processo de tomada de decisões e reformulação dos códigos universalizados está intimamente relacionada ao esvaziamento da ordem tradicional. Mas embora as transformações apontem para uma ruptura radical com o passado, as tradições não são inexistentes. Na verdade, elas se tornam mais explícitas e questionadas. As escolhas e decisões dependem, em última instância, desse questionamento e da remodelação da tradição, e não de sua supressão.

Concordamos com GIDDENS, mas estamos sugerindo que nos processos de mudança social, há uma certa confluência entre o desejo de auto transformação e o desejo de manter o passado, pois as tradições, continuam presentes no imaginário social (como acontece com a maternidade, por exemplo).

FIGUEIRA (1987), considera que o sujeito pode aderir a ideais modernos, mas subjetivamente, conservar ideais “arcaicos”. Nesse sentido, pode-se depreender que, dada a velocidade com a qual se operam as mudanças e a possibilidade da permanência de códigos tradicionais, os processos de escolha podem ser conflitivos.



Em termos sócio culturais, as influências do projeto reflexivo tendem a ser marcantes, na medida em que se criam gostos e estilos, de certa forma padronizados. Paradoxalmente, não existe uma tendência à homogeneidade cultural, pois os valores modernos pressupõem uma valorização da singularidade, da subjetividade e da diferença. Neste caso, pode-se pensar que apesar das inúmeras alternativas de ação, ainda subsistem alguns componentes normativos, comandados por uma subjetividade que é socialmente construída. Decorre daí a necessidade de analisarmos os processos de mudança valorizando, não só a dimensão mais ampla (relações sociais), mas também o investimento de cada ator social em seus projetos existenciais. E de considerá-los como impulsionadores de mudanças na própria cultura.

Na área da vida pessoal, na qual se incluem a sexualidade e as relações amorosas, também é acentuado o processo de destradicionalização. O amor, o casamento, a constituição da família e a maternidade, antes vivenciados segundo moldes preestabelecidos, passam a ser compatibilizados com os projetos individuais, criando novas demandas e novas ansiedades. Estas transformações particularmente nos interessam, dada a sua possível relação com a transformação do ethos da maternidade. Por outro lado, cabe lembrar a oportuna colocação de (LOYOLA 1992) de que nos estudos referentes à reprodução humana, se devem considerar as relações de sexo e a reprodução (biológica e social) como estreitamente imbricados. Não obstante essa dissociação, segundo o ponto de vista tecnológico, entre o exercício da sexualidade e a reprodução seja indiscutível, é necessário salientar algumas.

As mudanças decorrentes da reflexividade social têm um impacto considerável na vida cotidiana e nas experiências pessoais. E as tradições são reelaboradas a partir do questionamento dos padrões preestabelecidos. Hoje, a opção pela maternidade (quando se tem a possibilidade de não fazê-lo), pelo livre exercício da sexualidade, pelo ingresso ou não na esfera produtiva, são projetos de vida pessoal. Este processo de reelaboração do padrão tradicional familiar e das relações amorosas têm uma trajetória interessante.

GIDDENS (1996) faz referências a algumas transformações culturais, que alteram os padrões da intimidade, relacionando-as ao próprio processo de expansão da modernidade e à influência do pensamento iluminista. Segundo esse autor, a partir da “reinvenção das tradições”, áreas da vida social como o gênero, a sexualidade e as relações familiares, foram remodeladas durante o final do século XVIII e início do século XIX. Esse processo teve um papel fundamental na consolidação da nova ordem social e desenvolvimento das instituições modernas.

É importante notar que as tradições foram reconstruídas de modo a estabelecer uma rígida divisão sexual do trabalho, que subordinou a mulher às exigências do lar e ao cuidado com a família, e estabeleceu padrões normativos de comportamento sexual. Segundo BADINTER (1985) esse período caracterizou-se por uma “revolução das mentalidades”, que promoveu uma modificação radical da imagem e do papel materno. Essas novas regras impuseram à mulher a obrigação de ser mãe e engendraram o “mito do amor materno”, como um valor natural. Desde então, promoveu-se um deslocamento do poder paterno, que passou a ser partilhado com a mãe. O caráter de novidade centrava-se na percepção do “ser mãe”, naturalmente vinculada à feminilidade, e na abertura de novas possibilidades que o exercício da função materna permitia as mulheres.

Para BADINTER, embora a condição da mulher não tenha sofrido grandes alterações neste período, a imagem da esposa/mãe progrediu. Por um lado, foi parte da moderna construção da maternidade, e por outro, alimentou os valores do amor romântico. BADINTER comenta, que a nova moda do casamento por amor transformou a esposa na companheira querida e deu um certo status à mulher. A figura da mãe passou a desempenhar um papel mais importante dentro da família, e notadamente, na criação dos filhos. Para autora essas mudanças se deveram a dois aspectos relevantes: a importância adquirida pela criança na sociedade e à expansão da filosofia das luzes, que valorizava a procura da felicidade e os imperativos do amor.

GIDDENS estabelece um paralelo entre o surgimento da idéia do amor romântico e todo conjunto de influências a afetarem a vida social, a partir do final do século XVIII (principalmente no que se refere a mulher). Assim como BADINTER, o autor associa o amor romântico à criação do lar e à invenção da maternidade. É a razão que vai abrir espaço para uma emoção normatizada, tencionando ainda mais a idéia do amor romântico e do amor paixão. Na verdade, neste contexto consolidou-se uma certa separação entre o público e privado, entre a tranquilidade do ambiente doméstico e a sexualidade da prostituta. Para os homens prevaleceu um duplo padrão ancorado nesta divisão, e para as mulheres desenvolveu-se o isolamento do mundo exterior, e contraditoriamente, uma relativa autonomia nos novos domínios da intimidade.

O caráter intrínseco à idéia do amor romântico era a associação entre amor, casamento e maternidade. As relações eram duradouras, mesmo que sustentadas na duplicidade das experiências masculinas e no confinamento da sexualidade feminina. Finalmente, o amor serviu de referência para a construção de valores sociais, encarregados de manter as condutas sexuais em níveis compatíveis com o convívio

familiar e social. O amor romântico serviu, então, como um mecanismo de união do casal e como estratégia para separar as experiências de homens e mulheres.

Sob um outro ponto de vista, COSTA (1989) ressalta que o amor também serviu aos objetivos da ordem médica, na medida em que contribuiu para a “solidez da família e proteção da prole”. O sexo, circunscrito à moral familiar, tornou-se objeto de regulação médica e foi transformado em princípios de classificação de condutas (normais e anormais). O propósito médico estatal era a exaltação da sexualidade conjugal, baseada no “casamento modelo”, e a regulação dos novos papéis de homens e mulheres dentro do casamento. O autor pontua que para os médicos “ser pai e mãe passou a ser a finalidade última do homem e da mulher”. (COSTA, 1989:238)

Para o homem, a paternidade impunha-se por seus próprios encargos – disposição para o trabalho e o uso da razão, condições necessárias ao sustento da família. Para a mulher, a maternidade impunha-se por sua própria natureza e pelo incondicional desejo de ser mãe. Difundiu-se a idéia de que para a realização plena de sua feminilidade, a mulher precisava cumprir a vocação materna. BADINTER (1985) comenta que no século XIX a maternidade passou a ser encarada como um sacerdócio, exigindo da mulher paciência e total dedicação. A autora comenta ainda, que não só as analogias entre a imagem da mãe e da santa eram freqüentes, como se exigia da mulher sacrifício e reclusão. Entretanto, a dignificação da maternidade possibilitou as mulheres encontrarem uma função determinada, desfrutando de um prestígio até então desconhecido. O “instinto maternal” guia a mãe a uma dedicação e amor sem limites. Como escreve BADINTER, à medida que a função materna abrangia novas responsabilidades, repetia-se cada vez mais alto, que o devotamento era parte integral da “natureza” feminina, e que nele estava a fonte mais segura de sua felicidade. Mas se a mulher não possuísse naturalmente esse altruísmo, apelava-se para o discurso moralizante, a definir o espírito do sacrifício não como natural, mas como obrigatório. Por um lado, insistia-se na idéia de que toda “boa mãe” é incondicionalmente terna e devotada, e por outro, difundiam-se idéias mais normatizantes. Nesse período predominou uma interpretação mística das funções maternas. Foi o sacrifício inerente à maternagem que elevou a “boa mãe” à condição santificada. A função da mãe era abdicar de si mesma para o bem dos filhos e da família.

Divinas e virtuosas, essas mães sentiam um enorme peso sobre si. Mas se todos concordavam em glorificar a mãe perfeita, também estavam dispostos a desqualificar as mulheres que “fracassavam” em sua função materna. A mãe “perfeita e normal” devia mostrar-se paciente e dedicada, atenta a todas as necessidades de seu

filho. “A mãe “normalmente devotada” é portanto, na realidade, a mãe absolutamente devotada. E nem esse devotamento é suficiente a boa maternagem. Para que a relação entre mãe e filho seja realmente bem sucedida, é indispensável que ela encontre prazer nela.” (BADINTER, 1985:312) E se a mãe fugisse a essa “norma”, isso não se dava sem uma certa culpa ou frustração.

A culpabilização da mulher foi fundamental para a medicina regular todos os aspectos da reprodução humana. Interviu-se na sexualidade através das normas de conduta e da organização da família. Um bom exemplo dessa normatização foi o aleitamento materno, que diferenciadamente do que ocorreu no século XVIII, ganhou uma importante conotação. De um lado, protegia a vida dos filhos e de outro, regulava-se a vida da mãe. “Através da amamentação buscava-se depositar na mulher a responsabilidade pela unidade da família e dar ao homem maior disponibilidade para outras obrigações sociais.” (COSTA, 1989:26) Através das limitações impostas à mulher que amamentava, regulava-se a sexualidade feminina, pois proibiam-se as relações sexuais na gravidez e no período de amamentação. Assim, em conjunto com o amor materno e o amor romântico, a amamentação também cumpriu a função de regular a sexualidade feminina.

O interesse da medicina pela sexualidade, embora tardio (desenvolveu-se a partir do século XIX), teve por referência a reprodução. Com os discursos sobre o sexo, a sexualidade feminina foi reprimida e controlada. “As práticas disciplinares atuaram pela regulação das condutas cotidianas e dos comportamentos individuais, baseadas em enunciados científicos que descreviam o normal e o anormal...” (CORRÊA, 1997:21-22). No contexto das sociedades disciplinares, a ordem médica criou normas que tornaram possível o controle da família, fazendo emergir a busca “disciplinada” do prazer, que notadamente afetou mais as mulheres que aos homens. Isso permitiu que durante um longo período, o casamento e a maternidade se mantivessem como os únicos objetivos possíveis para as mulheres.

## **1.2 – A NOVA INTIMIDADE: PLASTICIDADE DAS RELAÇÕES AMOROSAS E O NOVO ETHOS DA MATERNIDADE.**

Do ponto de vista dos gêneros masculino e feminino, pode-se dizer que hoje a busca do eu está em constante reelaboração e em integração com as decisões de estilo de vida. A substituição progressiva das relações sociais tradicionais, por uma sexualidade plástica e um amor diferenciado do amor romântico, está associada à expansão da modernidade e à crescente reflexividade. “Na época atual, os ideais do amor romântico tendem a fragmentar-se sob a pressão da emancipação e da autonomia sexual feminina.” (GIDDENS, 1993:72) A idéia do “para sempre” e do “único amor” é substituída pela busca de relacionamentos especiais e da realização sexual. “A busca do prazer toma a forma de busca da verdade, substituindo a busca da felicidade do século XIX.” (LOYOLA, 1992:98) A intimidade e o compartilhar de vontades garantirão a manutenção das relações. Nessa sociedade “fluída”, em que o sexo e o amor assumem um valor inestimável na construção da individualidade. Nos novos relacionamentos, todos os aspectos têm de ser negociados, porque antes de tudo, envolvem a identidade e a autonomia pessoais. Para manter o equilíbrio do relacionamento é fundamental a compreensão da individualidade e dos limites do outro. Se antes os deveres eram implicitamente aceitos nas relações, hoje a dinâmica dos relacionamentos requer compromisso, responsabilidade e participação mútuas.

LOYOLA (1992), analisando a sexualidade nas sociedades ocidentais contemporâneas, aponta que a coabitação, o democratismo e a fugacidade tendem a substituir o modelo tradicional de relacionamento conjugal. Deslocam-se as rígidas normas da sexualidade conjugal, o que de certa forma, foge dos papéis predeterminados, ainda que provisoriamente. Essa sexualidade flexível, liberta das necessidades reprodutivas, tende “a imprimir suas marcas no próprio casamento, que passa a expressar também certas ambigüidades que a constitui, o desejo de adiamento do primeiro filho ou uma certa tolerância com relação as infidelidades passageiras.” (LOYOLA, 1992:100)

GIDDENS comenta que “à medida que o casamento se esvazia de seu conteúdo tradicional, o mesmo ocorre com a sexualidade, que se torna plástica”. (1996:135) São as pessoas que estabelecem e definem de que forma conduzem a sua opção sexual e a base de seus relacionamentos. Ou seja, em todas as áreas da vida pessoal é visível o caráter constitutivo das experiências cotidianas, característica do próprio processo de destradicionalização e reflexividade da sociedade.

Do ponto de vista social, estas transformações podem ser representadas pelo crescimento das uniões consensuais, dos divórcios, das famílias monoparentais e das relações homossexuais. Para LOYOLA (1992) embora todas estas mudanças indiquem um novo modelo de controle da sexualidade, o sistema de filiação e parentesco tradicionais ainda resiste, independente das transformações e avanços tecnológicos representados pela inseminação artificial, reprodução in-vitro e útero de aluguel. Por outro lado, essa autora chama a atenção para um aspecto de suma importância para o estudo das relações entre a sexualidade e reprodução humanas: sua relação com o biológico e o social, e a conseqüente necessidade de as articular à dinâmica dos processos de mudança social.

Sob essa perspectiva, é possível afirmar que o campo da reprodução humana, envolve a interação entre aspectos biológicos, psicológicos e sócio culturais. Por ser um fenômeno social, inclui conflitos, relações de poder, e também possibilidades de mudança. Isso torna possível a recriação dos significados subjetivos, compreendidos de forma diferente por cada indivíduo (levando-se em conta o contexto, o período histórico-cultural e as experiências pessoais). Na verdade, há uma mediação entre os aspectos subjetivos e os fatores históricos e culturais.

CAROL VANCE diz que:

***“As culturas geram categorias, esquemas, rótulos muito diferentes para estruturar, as experiências afetivas e sexuais. Essas construções não só influenciam a subjetividade e o comportamento individual, mas também organizam e dão significado à experiência sexual coletiva através, por exemplo, do impacto das identidades, definições ideológicas e regulações sexuais.” (VANCE, 1995:17)***

Assim como a cultura influencia a experiência sexual, influencia também a reprodução. Sob vários aspectos, a marca da interação entre a vida social e a experiência subjetiva se torna evidente, na medida em que a emergência dos “novos significados” colam-se à reestruturação das relações sociais, ao mesmo tempo em que convivem com referenciais arcaicos. Há a continuidade do modelo tradicional de reprodução e ocorrem transformações no ethos da maternidade. Referindo-se à reprodução biológica, LO BIANCO (1985) afirma que a maternidade não perdeu seu valor e sim sua dominância, enquanto elemento definidor da identidade feminina.

Assim, se antes a sexualidade feminina e maternidade se baseavam nas estritas normas de homogamia – na rigidez do casamento e da divisão sexual do trabalho, na interdição sexual antes do casamento (para a mulher) e no ideal da gravidez logo após o casamento e da prole numerosa – hoje é crescente o número de mulheres

que escolhem por adiar a maternidade, ou não querem ter filhos. Segundo CORRÊA, 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.” (CORRÊA, 1997:30)***

Há também a necessidade de estabelecer relações afetivas mais estáveis, que permitam compartilhar esse projeto, principalmente quanto à responsabilidade.

Retomando o modelo proposto por GIDDENS, é possível pensar que o processo de destradicionalização, que imprime suas marcas nas representações e na produção de significados, deslocou a centralidade do papel materno.

Cabe salientar que o desenvolvimento das tecnologias reprodutivas, e conseqüentemente, a dissociação entre o exercício da sexualidade e a reprodução contribuíram significativamente para esse processo. Essa dissociação ocorre ao lado de outras transformações, como o crescente peso do capital escolar e a incorporação da mulher no sistema produtivo. A novidade consiste no fato de que “cada vez são mais numerosas as que evitam ao máximo não só as tarefas domésticas, como também as maternas, que já não consideram “seu lar” pessoas e coisas, como seu reino natural.” (BADINTER, 1985:339) Segundo essa autora, o aumento significativo do número de mulheres “ativas” a partir da década de 60, confirma essa hipótese.

Trabalho feminino além de ser uma estratégia das famílias das classes populares para o enfrentamento da pobreza, é um meio de realização e desenvolvimento pessoais. Entre as que trabalham existem aquelas que não têm outra escolha. Mas, sem dúvida, muitas optam, voluntariamente, por deixar suas casas e trabalhar fora. Não se pode esquecer, que muitas delas combinam a necessidade do trabalho com o prazer de sentirem-se mais autônomas e independentes, e de participarem “ativamente” da vida produtiva.

Essas mudanças no estilo de vida se dão num contexto em que a escolaridade e adolescência se prolongam e aumentam o espaço, decisão e elaboração de projetos, notadamente para as classes médias. Para as classes populares o investimento no capital escolar nem sempre se torna possível, pois a luta pela sobrevivência torna obrigatório o ingresso precoce na esfera produtiva. Nas classes

populares é mais comum as mulheres exercerem atividades ocupacionais que requerem menor escolarização (ensino fundamental ou médio). Mas isso não significa que elas encarem o trabalho de uma forma negativa ou que a necessidade seja o único fator de motivação para o mesmo.

Segundo GIDDENS:

*“Nos tempos atuais, até mesmo entre os grupos mais destituídos, o trabalho raramente é abordado como sina, (isso insistentemente acontece mais com o desemprego). Existe uma ampla consciência reflexiva de que o que conta como “trabalho” é definido de maneira mais abrangente do que costumava ser... o envolvimento do grande número de mulheres na força de trabalho tornou evidente que existem decisões a serem tomadas, e prioridades a serem estabelecidas, não só quanto a tentar conseguir um emprego e não outro, mas no que diz respeito ao lugar que o trabalho deve ocupar comparado a outros valores da vida.” (GIDDENS, 1996:108)*

O compromisso da mulher com o trabalho, (em especial das classes populares), também pode estar relacionado ao crescente número de mães solteiras e de famílias monoparentais – “situação em que as mulheres assumem sozinhas a tarefa reprodutiva e a responsabilidade pelas crianças.” (LOYOLA, 1992:102) Também se deve considerar que o trabalho contribuiu para a redefinição do papel feminino frente à família e à sociedade. Assim, tende a ser valorizado pelas mulheres das diferentes camadas sociais.

Também consideramos importante para a compreensão do fenômeno do adiamento da reprodução biológica, o que GIDDENS (1996) chama de difusão de gerações e prolongamento da vida. Para o autor, estes dois aspectos interligados, vêm promovendo mudanças na família, no casamento e na sexualidade. Hoje não consideramos mais a vida como um plano linear, no qual havia idades certas para casar, para ter e criar os filhos ou para iniciar a vida sexual. Hoje, já não se considera uma mulher de trinta anos “solteirona” e uma mulher de cinquenta uma “avó”. Para GIDDENS, esse plano em que os estágios da vida tinham um começo, um meio e um fim, foi mantido pelo vigor de uma tradição. Mas essa tradição há muito tempo vem passando por mudanças.



### 1.3 – O DISCURSO MÉDICO E OS PROCESSOS DE REPRODUÇÃO HUMANA

A medicina sempre se preocupa em intervir nos diferentes movimentos do processo reprodutivo. A instituição médica age regulando o momento de engravidar, o parto, o puerpério, a amamentação e o cuidado com a prole. Todos os aspectos da reprodução humana e da sexualidade estão sujeitos à medicalização e são campos de disputa de poder. Na verdade, o campo da reprodução humana é objeto de disputa pois esse saber foi expropriado da própria experiência das mulheres. Como vimos, a intervenção médica no domínio familiar é histórica. Através dela, regulou-se por muito tempo a sexualidade ( especialmente a feminina ) e as próprias populações, através da socialização das condutas reprodutivas. Sob esses parâmetros, é possível afirmar que o campo da reprodução humana remete-se a ordem biológica. É um campo de gestão de conflitos. Como bem destaca LOYOLA, em sua obra “Sexualidade e Reprodução”, “as sociedades orientam quando e com quem a reprodução é permitida, limitam as potencialidades da sexualidade, canalizando-as para heterossexualidade e reprodução obrigatória.” (1992:96)

VANCE (1995) confirma esse argumento, apontando que no modelo biomédico predominante no final do século XIX, as discussões públicas formuladas pelos especialistas médicos eram discussões implícitas sobre moralidade, gênero e ordem social. A idéia de um discurso neutro de saúde, abriu espaço para intervenção médico-estatal, que tinha como principal objetivo regular os comportamentos individuais. Cabia à medicina, além da curar, elaborar normas. CORRÊA comenta que:

*“O discurso médico disciplinar imputa ao comportamento individual uma norma que não obstante livre ou passível de livre arbítrio, vem previamente sancionada por um efeito negativo. Mas o poder de sanção da norma pode ter mais êxito quando atua pela incitação de vontades e desejos do que pela mera proibição, o que é possível quando se pensa o corpo fora de uma perspectiva exclusivamente natural.” (CORRÊA, 1997:22)*

Assim, reprodução e sexualidade não podem ser entendidas separadas do processo que as normalizam. Pensá-las como aspectos exclusivamente naturais ou biológicos implicaria numa visão reduzida dos processos de saúde/doença. Mas não se pode ignorar a influência dos aspectos socioculturais. Concordamos com a colocação de BOLTANSKI (1989), quando afirma não existir ação sobre a ordem biológica sem a

mediação da ordem cultural, que as traduz em códigos de conduta e proibições. Essa mediação sociocultural se dá na medida em que se constrói uma predição de comportamentos relativos à sexualidade e à reprodução.

A regulação dos comportamentos reprodutivos - aqui entendidos como aspectos que envolvem desde a procriação até o cuidado com a prole - implica na capacidade, socialmente legitimada, da instituição médica de definir limites que se constituem sobre bases biológicas e que encobrem os fatores sociais e culturais da reprodução humana. Este aspecto é reafirmado através de relações que se dão dentro de um esquema corporativo e legitimador de atos e discursos. Longe de atuar como um todo homogêneo, a medicina opera com abordagens diferenciadas e com o controle de uma técnica que lhe confere reconhecimento e legitimidade, enquanto instância produtora de normas e significados. CORRÊA, discutindo a medicalização da reprodução humana, afirma que:

***“A modernidade reforçou o papel da medicina na construção de significados que, para além daqueles relativos ao corpo, a saúde e a doença, incluem idéias de maternidade e paternidade, e outros significados simbólicos ligados à reprodução. Aquelas idéias que durante muito tempo foram representadas como naturais, parecem solidificar-se e generalizar-se ainda mais quando apoiadas em procedimentos altamente tecnologizados.” (CORRÊA, 1997:3)***

Dessa forma reforçou-se a idéia de que a maternidade é “natural e inerente” à condição de feminilidade da mulher, de que toda mulher “normal ” deseja ter um filho e possui um instinto maternal. Assim, o sexo e a reprodução se tornaram alvo da regulação médica e de classificação de condutas “normais” e “anormais”. As questões que envolvem a normalização da reprodução humana são construções simbólicas e formas de definir padrões e comportamentos culturais de fenômenos biofisiológicos.

MITJAVILA comenta que:

***“A medicina opera marcadamente em funções de critérios taxonômicos, orientando, portanto, uma considerável parte dos atos cognitivos no sentido de tipificar diferentes circunstâncias sob códigos que contém modelos de normalidade preestabelecidos.” (MITJAVILA et al, 1994:291)***

De toda maneira, as fontes de autoridade do saber médico se referem aos aspectos biológicos e às dimensões sociais, em suas diferentes manifestações - relações sociais, comportamentos e representações - também a domínios fora de sua competência - a decisão quanto ao números de filhos, quanto a idade para procriar, quanto ao desejo de ter ou não filhos. É possível pensar, que embora as intervenções do saber médico

apoiem-se em seu cunho terapêutico mais aparente, sua capacidade normativa acaba sendo encoberta pela compartimentalização das abordagens e pela naturalização dos eventos reprodutivos. Assim, embora o objetivo da intervenção médica sobre a reprodução seja a prevenção dos “possíveis riscos”, este aspecto quase sempre se reveste de uma base normatizante. Assim, através da medicalização do corpo feminino construiu-se no cotidiano um conjunto de práticas erótico reprodutivas que não possibilitam a plena autonomia das mulheres.

CORRÊA (1997) comenta que a carência de políticas demográficas levou a intenção da medicina nas práticas contraceptivas, que deveriam ser objeto de políticas públicas. É importante notar que a ausência de definição nesse campo tem relevância para as mulheres, notadamente dos setores populares, usuárias dos serviços públicos. Para a autora essa realidade é um paradoxo, “já que temos uma sociedade altamente medicalizada, sem as garantias de acesso universal e eficiente à informação à mulher.” (CORRÊA, 1997:47)

Podemos dizer que os benefícios dos avanços da medicina não se reverteram para a maioria das mulheres. Ao mesmo tempo em que se anunciam as inovações no campo da reprodução – fertilização in-vitro, comercialização de óvulos, predição de riscos genéticos, etc. - convive-se com altas taxas de mortalidade materna, abortos clandestinos, insuficiência de pré-natal e de tratamento para as complicações e as dificuldades para se conseguir uma vaga hospitalar para a realização dos partos. Nos casos em que a gravidez é de risco, essa situação é agravada pela carência de leitos e pela escassez de profissionais de saúde. Em suma, concomitante à redução drástica na curva de nascimentos no Brasil, está a negligência da saúde das mulheres.

Cabe assinalar ainda, que face à carência de serviços públicos voltados para a reprodução humana, a mulher tornou-se alvo da medicalização privatista, do uso de todos os meios modernos de contracepção disponíveis (hormonais orais, intradérmicos, subdérmicos e DIUs), pelas altas taxas de esterilização cirúrgica e de aborto, e ainda, de elevadas taxas de mortalidade materna.

GIFFIN aponta que no Brasil, o efeito da política de “não interferência” oficial e portanto de dependência do setor privado pela oferta de meios de contracepção, teve como primeira consequência uma desvinculação entre a prática contraceptiva e a atenção à saúde.” (1992:107). Entretanto, as dificuldades não se restringem às práticas de contracepção privadas. Apesar do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, implantado pelo Ministério da Saúde em 1983), ter estabelecido, no plano discursivo, a proteção integral à saúde das mulheres, e assim representar um

ganho, esse programa não recebeu a atenção política necessária.

Trabalhos recentes têm demonstrado que a trajetória do PAISM, ao longo dos últimos anos, não pode ser considerada eficiente, pois boa parte das experiências são parciais e interrompidas. De fato, em termos de cobertura de pré-natal e de parto, ainda há dificuldades relevantes. CORREA (1997) nos lembra que, no Brasil, a oferta de consulta de pré-natal, não pode ser sinônimo de bom atendimento, pois a mortalidade materna ainda é alta, apesar da simplicidade dos procedimentos para o controle das mortes ligadas ao ciclo gravídico-puerperal: controle da hipertensão arterial, vacinação antitetânica e realização de seis consultas de pré-natal.

O Ministério da Saúde (1995) e as normas da OMS definem mortalidade materna como as mortes de mulheres durante a gestação ou em um período até 42 dias após o término da gravidez, excluídas as causas incidentais e acidentais. Os dados do Plano de Ação para Redução da Mortalidade Materna (1995) também confirmam essa carência, através de seus indicadores de mortalidade no Brasil no ano de 1995 foi de 134,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (MS 1995:6). Neste plano também são apontados alguns fatores a contribuírem para estas mortes : a inobservância das normas técnicas do Ministério da Saúde quanto a pré-natal, gestação de alto risco, parto e puerpério; a insuficiência de informação e de educação para a saúde, especialmente entre as famílias mais carentes. De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde, no município do Rio de Janeiro, o coeficiente de mortalidade materna em 1990 foi de 66,21 óbitos por 100.000 nascidos vivos e, em 1995, caiu para 51,6 óbitos por 100.000 nascidos vivos (SES, 1997). Apesar dessa queda, o Brasil ainda figura entre os países latino-americanos onde a gravidade do problema é maior. De qualquer forma, não se pode ignorar que a mortalidade materna constitui-se em um relevante indicador da qualidade da assistência à saúde que vem sendo oferecida a população feminina.

Para FAÚNDES os índices de mortalidade “retratam não apenas a condição da saúde materna e as características dos serviços médicos de toda a população e, em especial, de todas as mulheres em idade reprodutiva, mas também as condições sociais, culturais e até políticas da sociedade.” (FAUNDES et al, 1991:22)

Finalmente, entre as mulheres que engravidam após os 35 anos, o problema é essencialmente grave. De acordo com SIQUEIRA (1984) e FAÚNDES (1991) há um aumento progressivo do coeficiente já a partir dos 30 anos de idade, e que na faixa etária de 40 a 49 anos este coeficiente é ainda maior.

Assim, a medicalização do processo reprodutivo não garante à mulher o direito de “acesso universal” à saúde (em sua integridade), mesmo nos casos de

“gravidez” embora as gestações após os 35 anos continuem sendo normatizadas pois são consideradas “tardias” pelos médicos. Neste sentido consideramos que a idéia de risco, que implica na necessidade de uma atenção diferenciada a cada indivíduo, contribui para a regulação dos comportamentos reprodutivos, pois se utiliza do discurso de cunho terapêutico para estabelecer como e quando se deve ter filhos.

Na literatura médica, o conceito de gravidez de Alto Risco refere-se “à possibilidade de ocorrência de algum evento imprevisto na gravidez, ou seja, a existência de fatores que podem predispor as mulheres e o feto a complicações.” (ZIEGEL et al, 1996:290)

Segundo ZIEGEL (1986) e MIRANDA (1989) as mulheres com 35 anos ou mais são consideradas “obstetricamente idosas” e podem apresentar complicações como “placenta prévia, deslocamento prematuro de placenta, hemorragia pós parto, trabalho de parto disfuncional, toxemia e bebês pequenos para a idade gestacional, trissomia do 21 ou Síndrome de Down.” (ZIEGEL et al, 1986:291).

RESENDE (1992) menciona riscos semelhantes e inclui como fator de risco, o curto intervalo gestacional (menor que 2 anos). O autor amplia o “limite” de idade e classifica como “gestantes idosas” as mulheres de mais de 40 anos. SKLOVSKY (1996) têm uma visão mais ampliada do enfoque de risco e inclui alguns fatores como: sociais, econômicos, culturais, biológicos e nutricionais - dificuldade de acesso ao atendimento médico, baixa renda, moradia precária, desemprego e uso de drogas, álcool e fumo. Os critérios do PAISM, para atenção à gestação de alto risco, também baseiam-se em fatores biológicos, clínicos, ambientais, comportamentais, acesso a assistência à saúde, socioculturais e econômicos. De acordo com o PAISM (1991) são considerados como fatores de risco universais a alta paridade, gestação em idade precoce ou tardia (menos de 18 e mais de 35 anos), abortamentos prévios e desnutrição.

Assim o objetivo é tentar responder algumas indagações: De que forma as mulheres vêm vivenciando a gravidez nessa fase da vida (após os 35 anos)? Qual a percepção dessas mulheres em relação à gravidez e à maternidade nessa fase da vida? Como estão encarando a idade que têm agora? Como essas mulheres vivenciam suas relações amorosas? Qual a relação dessas mulheres com o trabalho? Nos capítulos posteriores, tentaremos ligar o adiamento da maternidade a todas as transformações anteriormente discutidas, para perceber como o processo modernizador (de

destraditionalização e alta reflexividade) repercute sobre as mulheres que adiaram a maternidade para essa fase da vida.

Essa nossa perspectiva, valoriza o contexto social e os aspectos histórico-culturais que envolvem as questões de saúde. O presente trabalho é uma tentativa de ampliar o debate sobre a gravidez e a maternidade após os 35 anos (gravidez considerada tardia pela medicina) , para além da visão biomédica, que estabelece a categoria de risco para limitar a escolha das mulheres quanto ao momento de serem mães, independente da idade.

#### **1.4 – O CONTEXTO BRASILEIRO: OS NOVOS PAPÉIS DO HOMEM E DA MULHER NA FAMÍLIA.**

Consideramos importante ressaltar que nas mudanças discutidas antes, assim como em outras pesam o contexto sócio-cultural-econômico e/ou a localização geográfica (meio urbano, industrial ou rural), de cada grupo social.

Um bom exemplo dessas mudanças é a organização familiar, que em poucas décadas passou do modelo patriarcal com prole numerosa, para uma das menores taxas de fertilidade do mundo.<sup>1</sup> Seja por influência das transformações já citadas – mudança na estrutura familiar, na divisão de papéis, na divisão sexual do trabalho alterada pelo aumento da participação feminina no mercado de trabalho, ampliação do nível de escolaridade das mulheres e do prolongamento da vida, seja pelo amplo uso das práticas contraceptivas mais corriqueiras (DIUs, contraceptivos hormonais, esterilizações).<sup>2</sup>

Pesquisa realizada pelo DATAFOLHA (1998) confirma a ocorrência de mudanças significativas no contexto brasileiro relacionados aos valores familiares, ao casamento e às funções materna e paterna. A família vem se distanciando do modelo tradicional, para criar formas de relacionamentos, até pouco tempo atrás consideradas incomuns – mães solteiras, coabitação, etc.<sup>3</sup> Se antes a família podia ser sinônimo de casamento, e obrigatoriamente de filhos, hoje a união conjugal deixou de ser encarada como indissolúvel, mesmo no Brasil (um país católico, por excelência).

Com a Constituição de 1988, o casamento civil tornou-se dispensável para o reconhecimento dos laços familiares. A união conjugal formal é cada vez mais rara “caindo de mais de um milhão em 1986 para um patamar de 750 mil nos anos 90, em termos de Brasil.” (DATAFOLHA, 1998). Esse questionamento dos laços conjugais e da tradicional divisão de papéis-marido provedor e “mãe-esposa do lar” surge com mais força do lado feminino. As mulheres brasileiras vêm deixando de valorizar o casamento no moldes tradicionais, substituindo-o pela valorização da vida em família, pela condicionalidade do amor, da paixão e do companheirismo mútuos. Nesses novos relacionamentos, a união do casal, e da família, dependem do estabelecimento de laços afetivos mais profundos e da realização amorosa e sexual. Para o psicanalista CONTARDO CALLIGARIS (1998) essa idealização das relações amorosas tem fragilizado a família, na medida em que gera uma expectativa muito maior, especialmente nas mulheres. Paradoxalmente, também são crescentes as experiências

das mulheres, que libertas do vínculo procriação-casamento, passaram a encarar a maternidade como expressão de realização pessoal, como um projeto individual, independente de ter ou não um companheiro. No Brasil, as famílias “matrifocais” – centradas nas mães – estão principalmente nas classes populares. A pesquisa do DATAFOLHA aponta a relevância dessa nova modalidade de família, como no “fenômeno Xuxa” e no caso das mulheres das classes mais pobres, que muitas vezes assumem sozinhas os filhos, por falta de participação e de divisão de responsabilidade dos homens.

Outro fator relevante discutido nessa pesquisa, refere-se ao aumento da importância do papel materno, e o conseqüente acúmulo de tarefas e de responsabilidades. Agora, além das atividades domésticas e da educação dos filhos, as mulheres brasileiras assumiram o trabalho fora de casa e a função de dividir com o homem as despesas da família. Apesar desse “acúmulo de funções”, a mulher continua a administrar o cotidiano familiar e a ter maior “disponibilidade afetiva” para relacionar-se com os filhos. Em suma, a presença da mãe na família, além de mais intensa, é mais permanente. “A mãe conjuga afeto e autoridade. É quem conversa ou repreende os filhos, conforme a necessidade. Cuida da casa, mas também é provedora. Em resumo, ela joga em todas as posições. A mãe é tudo”, conclui a pesquisa do DATAFOLHA (1998). A pesquisa aponta ainda, que 74% dos brasileiros consideram ser a mãe o membro mais importante da família. E em conseqüência dessa maior “disponibilidade materna”, o relacionamento com a mãe tende a ser mais intenso do que com outros membros da família (pai, irmãos, avós).

O aumento da importância da mãe levou à redução da participação do pai nas relações familiares. Por outro lado, o homem também não assumiu novas funções nesse novo contexto. Além de ter deixado de ser o único provedor da família – perdendo espaço para a mulher – o pai teve sua autoridade reduzida. Esvaziado de suas antigas funções, o homem, seguindo uma tradição historicamente comprovada, é menos cobrado dentro e fora de casa.

Essas mudanças produziram impactos positivos para as mulheres, pois ampliaram a autoridade e a autonomia femininas. Por outro lado, também implicaram em mais cobranças, em virtude do estabelecimento de outros encargos inerentes às “novas funções maternas”. Entre os brasileiros, ainda hoje predomina a idéia de que a mãe precisa ser mais perfeita que o pai, ser mais carinhosa e dedicada à família. O



cuidado com a casa, o diálogo e a repreensão dos filhos ainda são encarados como responsabilidades da mulher.

Finalmente, a pesquisa do DATAFOLHA conclui que, apesar das mulheres brasileiras estarem buscando conquistar o espaço público e a independência financeira, o ideal da “divisão de tarefas e responsabilidades” ainda não se deu totalmente – mesmo com a “mistura” dos papéis de homens e mulheres, que de certa forma, vem surgindo no contexto familiar brasileiro.

Em entrevista à Folha de São Paulo (dezembro/1998) BILAC afirma que a mãe brasileira ficou “mais forte”, porque além de cuidar da educação dos filhos e das tarefas domésticas, também ampliou sua importância na unidade familiar, ao aumentar sua participação na renda da casa. Embora recente no Brasil, o aumento da participação feminina no mercado de trabalho é relevante. De acordo com a pesquisa do DATAFOLHA entre 1985 e 1996 as taxas de mulheres a procurar emprego cresceu de 32% para 41%. (DATAFOLHA,1998) Esse crescimento ocorreu independente da conjuntura econômica. Assim a mulher buscou emprego não só por necessidade, mas também com o objetivo de obter independência financeira e maior autonomia na família e na sociedade.

Em relação à decisão de ter filhos, a pesquisa do DATAFOLHA aponta alguns dados interessantes, para o nosso objeto de estudo. Embora o casamento tenha perdido importância no imaginário feminino, a maternidade continua sendo importante para a maioria das mulheres, não obstante o adiamento seja cada vez mais frequente. Adiar a maternidade tem sido uma decisão predominantemente da mulher, que considera importante, antes de assumir a responsabilidade materna, investir em outras metas, como trabalho, estudo, etc. De acordo com a revista VEJA (dezembro, 1998), as “mães tardias” são um fenômeno mundial: um quarto das mulheres americanas está decidindo por engravidar após os 35 anos, na última década a gravidez tardia cresceu 84% nos Estados Unidos. Segundo a revista esse fenômeno resultou da mudança radical de comportamento a redesenhar a família no mundo, e também no Brasil. Em entrevista na VEJA (dezembro, 1998), o obstetra ANTÔNIO FERNANDES MORON, responsável pelo departamento de medicina fetal da Universidade Federal de São Paulo, comenta que a tendência à gravidez tardia nos países desenvolvidos, agora se vem acentuando, sensivelmente, também entre as mulheres brasileiras.

## NOTAS

<sup>1</sup> “De acordo com PNDS – 1996, nos últimos dez anos a taxa total de fertilidade caiu de 3,2 filhos por mulher em 1986, para 2,5 filhos por mulher no período de 1993-1996. Ainda de acordo com o PNDS, a taxa de fecundidade total das mulheres residentes nas áreas rurais foi de 1,2 filho a mais que a das mulheres residentes nas áreas urbanas (3,5 e 2,3 respectivamente)” (1996:38). A pesquisa aponta que a taxa de fecundidade total do Nordeste corresponde a mais alta (3,1) e o Rio de Janeiro a mais baixa com 2,1 filhos por mulher.

<sup>2</sup> A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) aponta alguns dados, que segundo nosso entendimento, correspondem a esses aspectos. De acordo com o PNDS (1996), a taxa de fecundidade das mulheres é de 5,0 filhos por mulher entre as que não possuem escolarização, passando para 3,0 entre as que possuem quatro anos de escolarização, caindo para 1,5 nas que possuem doze ou mais anos de escolarização.

<sup>3</sup> No Brasil existem 3,2 milhões de mães solteiras: 1,7 milhão cria seus filhos sozinhas e 1,5 milhão, na casa dos pais (DATAFOLHA, 1998).

**CAPÍTULO II**  
**METODOLOGIA**

Nesse capítulo pretendemos explicitar a base teórico-metodológica que deu suporte à pesquisa. Para alcançar os objetivos propostos nesta investigação e analisar o material coletado, sentimos necessidade de orientar este estudo a partir de uma perspectiva sociocultural, pois consideramos necessário articular o fenômeno do adiamento da maternidade às transformações mais amplas que vêm ocorrendo na sociedade. Cabe sublinhar que procuramos entender como estas transformações sociais repercutem no cotidiano feminino e no processo de atribuição de significados referentes ao adiamento da maternidade para após os trinta e cinco anos.

Inicialmente, discutimos o processo de transformação sociocultural e sua influência em todo tecido social – reelaboração das experiências cotidianas e das relações pessoais com base no conceito de modernização reflexiva proposto por GIDDENS (1996). Sob o ponto de vista do autor, o processo de “modernização reflexiva” conduz à “expansão da reflexividade social” e ao surgimento de uma ordem “pós-tradicional” – característica do mundo moderno, no qual ocorrem o questionamento e a remodelação das tradições.

Mais explicitamente, tentamos captar os nexos entre as mudanças na vida social e a experiência da maternidade. Procuramos ainda, compreender as construções simbólicas por meio das quais as mulheres percebem a gravidez, a maternidade, a fase da vida que estão vivenciando, o trabalho e as relações amorosas. Utilizamos também o conceito de “Representação Social”, de grande validade para a compreensão da relação entre indivíduo e sociedade.

Do ponto de vista de DURKHEIM, por exemplo, as representações sociais ou “representações coletivas”, expressam a primazia da sociedade em relação ao indivíduo. Para ele é a sociedade que exerce uma ação coercitiva sobre as consciências individuais. HERZLICH (1991) comenta que a posição de DURKHEIM parece ser restritiva, na medida em que reduz as possibilidades de manifestações individuais, pois o indivíduo encontra as formas coletivas de pensar formadas e conforma-se a elas.

MOSCOVICI introduz na noção de representação a ênfase no sujeito ativo e construtor (neste sentido se aproxima de WEBER). O autor confere à sociedade um peso diferenciado da perspectiva durkheimiana, e de certa forma, amplia a capacidade explicativa do conceito. Segundo MOSCOVICI:

*“Nos dois mundos, o da experiência individual, todos os comportamentos e todas as percepções são compreendidas como resultantes de processos íntimos, às vezes de natureza fisiológica. No outro mundo, o dos grupos, o das relações entre pessoas, tudo é explicado em função de interações, de estruturas, de trocas de poder... Esses dois pontos de vista são*

*claramente errôneos pelo simples motivo de que o conflito entre o individual e o coletivo não é somente do domínio da experiência de cada um, mas é igualmente realidade fundamental da vida social”. (MOSCOVICI, 1994: 16).*

MINAYO faz uma análise do conceito de representação social e diz que “nas Ciências Sociais são definidas como categorias de pensamento de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a”. (1994: 158).

Dessas diferentes perspectivas pode-se concluir que as representações constituem-se num instrumento para análise dos aspectos sociais, pois retratam a realidade. São de fato, uma forma de compreender a relação cotidiano/sociedade e de valorização da participação do indivíduo na reelaboração de significados para os fenômenos da vida cotidiana.

JOVCHELIVITCH (1995) também menciona a necessidade de desconstruir a visão maniqueísta que insiste em opor indivíduo e sociedade. Para a autora, tanto a idéia de uma sociedade sem sujeitos quanto a de sujeitos sem uma história social, são abstrações.

A emergência dos significados vincula-se à diversidade e pluralidade das experiências pessoais e à realidade social. JOVCHELIVITCH (1995) discute o problema e afirma que as representações sociais emergem como um fenômeno necessariamente colado ao tecido social. E que a análise de fenômenos psicossociais, pressupõe a análise do social, não como um agregado de indivíduos, mas como totalidade na qual se “expressam” os atores sociais.

Um outro ponto a ser discutido, refere-se a idéia da representação como orientadora de condutas. Segundo HERZLICH, “a predição de condutas não é o objetivo dos estudos de representação, e sim demonstrar o código a partir do qual se elaboram significações ligadas às condutas individuais e coletivas”. (1991: 27).

Parece-nos evidente que a representação social permite compreender como o sujeito, em sua relação com o mundo, constrói e atribui significados às suas ações, experiências e projetos pessoais. Mas isso não significa que as representações expliquem as condutas, propriamente ditas, ou excluam por si a utilização de outros elementos que possam ajudar a elucidar os fenômenos sociais. Deriva daí, a necessidade de entender como o processo de modernização repercute nas relações sociais, modificando-as e influenciando a reconstrução das identidades pessoais e das unidades simbólicas.

Na relação entre o universal e o particular, entre unidade e totalidade se constrói a rede das relações interpessoais, e que é dentro dessa “rede” que o sujeito pode recriar significados. Concordamos com JOVCHELIVITCH que afirma:

***“São as mediações sociais, em suas mais variadas formas, que geram as representações sociais... elas são uma estratégia desenvolvida por atores sociais para enfrentar a diversidade e a mobilidade de um mundo que, embora pertença a todos, transforma cada um individualmente... enquanto mediação social, elas expressam por excelência o espaço do sujeito na sua relação com a alteridade, lutando para interpretar, entender e construir o mundo”. (JOVCHELIVITCH, 1995: 81).***

Este estudo foi realizado no Ambulatório de Pré-Natal do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Esta instituição é um espaço voltado para o ensino e a pesquisa, e atende as mulheres com gestações e partos de alto risco. Cabe comentar, que tínhamos um conhecimento do campo pesquisado, pois fizemos parte do mesmo na qualidade de residente.

Foram realizadas nove entrevistas com gestantes acima de trinta e cinco anos, não portadoras de doenças crônicas ou agudas. Ou seja, o único critério para o alto risco era a “idade avançada”.

Realizamos um contato prévio com as gestantes (no momento da triagem), a fim de expor o objetivo e a proposta deste estudo, e de marcar uma data para as entrevistas. Gravamos os depoimentos (mediante autorização das gestantes) com o objetivo de obtermos informações mais fidedignas. Quando necessário, realizamos um terceiro contato com as gestantes, para complementar o conteúdo das entrevistas.

O conteúdo das entrevistas determinou o número de participantes e o encerramento da coleta de dados o que pode acontecer na pesquisa qualitativa.

De acordo com MINAYO “esse tipo de pesquisa (qualitativa) não pode basear-se no critério numérico, para poder garantir sua representatividade... A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.” (1995:43).

Cabe salientar que optamos por realizar entrevistas abertas, devido ao nosso interesse em produzir um material mais aprofundado, bem como compreender as especificidades culturais do grupo estudando (experiências, vivências e representações).

Nesse tipo de entrevista, comenta MINAYO, “o entrevistador se libera de formulações pré-fixadas, para introduzir perguntas ou fazer intervenções que visam abrir o campo de explanação do entrevistado ou aprofundar o nível de informações ou

opiniões”. (MINAYO, 1996: 122).

Ainda de acordo com a autora, a entrevista deve ser considerada como um roteiro (ou guia) “facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação”. (MINAYO, 1996: 99)

Submetemos os depoimentos à análise hermenêutica dialética. Segundo MINAYO, este tipo de análise “coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir de seu interior e no campo de especialidade histórica e totalizante em que é produzida” (1996: 231). E ao valorizarmos o contexto sócio-histórico e remetermos a fala à realidade social, é possível captar a dinâmica e as contradições dos processos sociais, visto que esse método considera os aspectos “extradiscursivos” e os processos de tomadas de decisões. Entretanto, o resultado e a produção de conhecimento são “aproximações da realidade social”. Conforme aponta MINAYO, “o produto final de uma pesquisa é sempre provisório...é sempre um ponto de vista a respeito do objeto.” (1996: 237-238)

Para analisar os dados obtidos, adotamos os seguintes procedimentos: após as entrevistas, transcrevemos as fitas e realizamos uma primeira leitura do material, organizamos os relatos, revimos objetivos e questões teóricas discutidas no estudo. Terminando esta etapa, mapeamos os discursos, segundo os temas emergentes (sempre guiados pelos objetivos da pesquisa). Esses agrupamentos permitem a apreensão dos significados, a associação de idéias, e a captação da variedade de pensamentos.

Finalizando, procuramos confrontar os significados apreendidos a partir da fala das entrevistadas – referentes às experiências cotidianas (aborto, relações amorosas, e familiares e trabalho), e em especial, à gravidez e à maternidade após os trinta e cinco anos – com as categorias analíticas – modernização, reflexividade social, destradicionalização. Nesta etapa, procuramos levar em conta, que a atribuição de significados tem relação com as especificidades históricas e com o contexto social.

Como o estudo foi realizado em apenas um cenário (que desenvolve atividades voltadas para o alto risco), não nos cabe generalizar os resultados.

Em relação à coleta de dados, a mudança nos critérios de triagem do Ambulatório de Pré-Natal do HUPE, nos impediu de realizar um número maior de entrevistas. Essa mudança não ocorreu em função de uma alteração nos critérios de risco – as gestações acima de 35 anos continuam sendo consideradas pelos médicos como de alto risco – mas em função da ausência de especialista em genética para avaliar os problemas mais frequentes a que estão sujeitas as mulheres que engravidam nessa fase da vida. Diante do problema, a chefia geral do ambulatório de pré-natal

determinou que as mulheres que se incluem na categoria de risco apenas pela “idade avançada”, fossem encaminhadas a outras unidades de saúde (de baixo risco). Essas unidades, quando julgassem necessário, encaminhariam as gestantes para realização de exames complementares em hospitais de grande porte.

Para resolver a questão pensamos em captar as mulheres “dispensadas” do ambulatório e realizar visitas domiciliares. Mas a greve dos servidores do HUPE/UERJ (no período de abril a julho de 1998) e o para concluir a dissertação não nos permitiram realizar mais entrevistas.

Apesar dessas limitações, acreditamos ter alcançado os objetivos inicialmente propostos para este estudo.



**CAPÍTULO III**  
**ADIAMENTO DA MATERNIDADE:**  
**ANALISANDO UM ETHOS EM TRANSFORMAÇÃO**

### 3.1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICO

Neste capítulo, faremos inicialmente uma caracterização sócio-econômica, do grupo pesquisado, a fim de contextualizar brevemente a fala das mulheres entrevistadas. Partindo desses discursos, e da literatura sobre o tema, tentaremos entender de que forma essas mulheres encaram suas relações afetivas e familiares, a relação com o trabalho, com a sua própria idade e com a gravidez após os 35 anos. Finalmente, analisaremos os significados que as mulheres atribuem ao adiamento da maternidade e ao fato de suas gestações serem consideradas, pela medicina, de alto risco; estudaremos ainda, suas expectativas em relação à maternidade.

As mulheres pesquisadas inserem-se na faixa etária dos 36 aos 39 anos e fazem parte do universo das camadas populares e média. O grupo possui características bastante heterogêneas. As mulheres residem basicamente nos subúrbios, tem níveis variados de instrução – duas não completaram o ensino fundamental, cinco tem o nível médio e duas tem nível superior – são provenientes de vários estados brasileiros, mas residem no Rio de Janeiro desde a infância (somente uma delas veio recentemente para o Rio de Janeiro). Quatro mulheres coabitam com o companheiro, três são casadas e duas são solteiras – pretendem assumir os filhos sozinhas. Todo o grupo estudado trabalha e tem renda variada – duas ganham 2 salários, cinco ganham 3 salários e duas ganham 10 salários. Das nove mulheres entrevistadas, sete afirmaram ter planejado a gravidez e cinco vivenciaram uma experiência de aborto em algum momento de suas vidas.

Sandra tem 36 anos e engravidou aos dezessete, do primeiro namorado. Abortou por pressões familiares e por falta de condições de assumir a gravidez.

*“Foi uma barra a gravidez, tive muitos problemas porque minha família e a mãe do meu namorado é que forçaram o aborto. Eu não queria tirar, mas todo mundo dizia que era loucura, porque ele tinha só 16 anos, não trabalhava, então como é que a gente ia se virar. Ele ficou com muito medo. Aí foi horrível, porque é um trauma. Depois, eu não tirava aquilo da cabeça, fiquei um tempão sem namorar e ele, eu nem consegui mais ver.” (Sandra)*

Solange (38 anos) e Ana Maria (38 anos) engravidaram respectivamente aos 24 e 25 anos, quando estavam terminando o curso universitário. Solange abortou porque o namorado não quis assumir a criança e porque não tinha condições financeiras de assumir o filho sozinha.

*“Eu tive um aborto com 24 anos. Eu fiz um aborto porque eu engravidei de um namorado, mas ele não topou ter o filho e eu estava me formando. Eu não tinha estrutura, eu não tinha independência econômica, que era fundamental para questão do filho, eu acho. Eu dependia da minha mãe e não encontrei força do outro lado, da parte dele, aí eu não podia realmente encarar.” (Solange)*

Ana Maria era noiva, mas não tinha maturidade para encarar a gravidez naquele momento de sua vida.

*“Bom, minha primeira gravidez foi uma loucura. Eu tinha 25 anos, não tinha ainda emprego fixo, era noiva, mas o relacionamento não era bom, embora só depois eu tenha refletido sobre isso. Eu estava saindo da faculdade, tinha sonhos, planos e naquele momento um filho, ser mãe não estava nos meus planos. Casar com meu noivo sempre foi uma idéia que perturbava um pouco, ele era muito possessivo. Então na verdade, eu não tinha nem a estabilidade emocional e nem a financeira para encarar a maternidade, disso eu tinha plena consciência, ou seja, não era o momento adequado para eu ter esse filho.” (Ana Maria)*

Ivanilda 36 anos engravidou aos 18 do companheiro, que não assumiu a gravidez. O aborto foi consequência da instabilidade do relacionamento.

*“Já, eu já fiz dois abortos. A primeira vez que eu engravidei, eu estava com dezoito anos, era muito novinha. Estava morando com um rapaz, eu tinha saído de casa para morar com ele e tudo. Só que quando eu engravidei ele não quis assumir, achou que era melhor eu abortar. Na época eu fiquei assustada com a responsabilidade que eu teria que assumir, porque ele não ia assumir nada, ele já era separado, já tinha 2 filhos e outro filho para ele estava fora de cogitação. Então eu abortei, hoje eu sei que foi medo da responsabilidade de assumir a criança sozinha. Foi horrível, depois ele acabou indo embora.” (Ivanilda)*

Das falas das mulheres, depreende-se que, para além de o aborto se ter constituído como a única forma de solucionar o problema da gravidez indesejada, outras questões “periféricas” merecem ser discutidas. Em boa parte dos casos o aborto é consequência de situações antecedentes, como a iniciação sexual precoce (que resultou numa gravidez), a falta de informação sobre sexualidade e reprodução ou a falta de colaboração/responsabilidade do parceiro nas práticas contraceptivas.

A gravidez na adolescência tem sido alvo de debates teóricos, tanto nas discussões de gênero e de sexualidade feminina, quanto no que se refere à saúde pública, por ser considerada como um fator de risco. Para PALMA (1994), a

gravidez na adolescência geralmente é vista como uma situação limite, como transgressão a uma norma social. Já CALDIZ (1994), afirma que a gravidez na adolescência é considerada, tradicionalmente, como problema exclusivo da mulher, que acaba sendo responsabilizada pelas práticas contraceptivas e pela própria gravidez indesejada.

Segundo PALMA (1994) o aborto tanto para a adolescente quanto para a mulher solteira, é uma possibilidade de apagar as marcas externas do descumprimento das regras sociais, e de assumir, internamente, as sanções por tal transgressão.

Assim não obstante seja ilegal e impregnado de uma conotação moralmente negativa, o aborto costuma ser estimulado pela família e pelos companheiros como forma de se livrarem do “problema”. Mas as mulheres exprimem profundos sentimentos de culpa e desvalorização pessoal ante o aborto, conforme vemos a seguir:

*“Depois que eu abortei, fiquei meio traumatizada. Tinha medo de arranjar outro namorado, de engravidar de novo. Mas o pior mesmo é a culpa que a gente sente. Era uma vida né? Eu me arrependo e acho que vou me arrepender pelo resto da vida. Sempre me senti muito mal com isso.” (Ivanilda)*

*“Eu fiz dois abortos, mas o sentimento que a gente fica depois, sei lá, é estranho, a gente se sente suja. Eu sei que o que eu fiz é pecado, mas o que eu podia fazer, eu não tive saída. Tive que me virar sozinha.” (Jacinéia)*

*“Depois disso tudo que eu passei, eu tomava muito cuidado para não engravidar de novo, porque outro aborto eu não faria. O vazio, a culpa que a mulher sente, só quem fez é que sabe.” (Sandra)*

Por esses relatos, percebemos que a vivência do aborto levou algumas mulheres entrevistadas a encarar o relacionamento afetivo e a própria sexualidade com uma certa insegurança, e a reconhecer a necessidade e as dificuldades inerentes à regulação da fertilidade.

Sandra afirmou ter vivido momentos de muita angústia e de medo frente a outros relacionamentos. Afirma ter levado muito tempo para se recuperar dessa “experiência traumática”. Ainda sente-se constrangida ao falar do assunto, mas diz que uma “extrema” preocupação com a contracepção passou a fazer parte de seu cotidiano. Decidiu que só teria um filho quando concluísse seus estudos e tivesse mais maturidade.

Jacinéia ainda levou um segundo susto, engravidou outra vez e optou sozinha por realizar outro aborto, pois tinha certeza de que o “pai não assumiria”.

Menciona ter ficado “descrente” em relação a outros relacionamentos. O atual companheiro, precisou ser paciente e entender sua insegurança. Hoje afirma ter encontrado um “companheiro de verdade” e sentir-se “mais segura” afetivamente.

Solange deixou de lado essa idéia de ter filhos, foi viver com um homem mais velho. Só algum tempo depois repensou a possibilidade de ser mãe. No entanto, ficou viúva, antes de concretizar seu sonho. Hoje vai ser mãe, por sua própria opção, mas ainda vive sozinha.

Ana Maria abortou e continuou vivendo na casa dos pais. Engravidou de um homem mais velho, separado e pai de 3 filhos. Vai ser mãe, mas pretende continuar na casa de seus pais. Ela afirma que aborto é uma experiência para “nunca mais ser repetida”. Diz que até hoje sente o vazio pela perda de seu filho. Decidiu que só teria um filho quando tivesse condições financeiras para enfrentar a situação, mesmo sozinha.

Ivanilda também fez dois abortos e no segundo quase morreu. Sempre achou que o “problema era só seu”, pois “não soube se cuidar”. Hoje, vive com um homem viúvo, que sempre quis ter filhos. Afirma que o relacionamento atual é baseado na amizade e no companheirismo e que apenas recentemente sentiu-se despreocupada com relação a contracepção.

Como veremos, as singulares experiências vivenciadas por essas mulheres são relevantes para a compreensão dos significados que as mesmas atribuem a gravidez e ao adiamento da maternidade para depois dos trinta e cinco anos.

Podemos dizer que as entrevistadas apresentam como estímulos ao ingresso na esfera produtiva a “necessidade da família” e a “autonomia e liberdade”. Em algumas falas, ambivalentes, as mulheres se referem, tanto à questão financeira da família quanto à vontade de se sentirem “livres”.

Vejamos estas falas:

*“Ah, eu comecei a trabalhar porque a situação era difícil. A gente precisava das coisas e a minha família não tinha condições de dar. Meu pai trabalhava em empreiteira (mestre de obras) e minha mãe não trabalhava. Nossa vida era muito difícil. Foi por isso que eu e meus irmãos começamos cedo a trabalhar. Passamos a estudar a noite e arranjamos emprego para ajudar em casa.” (Jacinéia, começou a trabalhar aos 16 anos)*

*“Comecei a trabalhar porque minha família era muito grande (éramos 6 filhos) e meus pais não tinham condições. Ai os filhos mais velhos foram logo trabalhar para ajudar a família.” (Tereza, começou a trabalhar aos 15 anos)*

*“Eu fui trabalhar porque minha família tinha muita precisão. A gente era muito pobre. Meu pai e minha mãe ganhavam pouco na roça.” (Maria de Lourdes, começou a trabalhar aos 13 anos)*

Retomando a discussão acerca da incorporação da mulher no mercado de trabalho, ressaltamos que de acordo com BADINTER (1981) hoje é cada vez maior o número de “mulheres ativas”, ou seja, mulheres que escolheram ter alguma atividade profissional. Esse processo ocorreu em consonância com as mudanças nos valores dominantes, que repercutiram na organização familiar e na divisão sexual do trabalho. Assim como BADINTER (1981), GIDDENS (1996) também evoca o processo de “modernização reflexiva” para analisar as transformações no contexto da vida cotidiana e o processo de conquista da autonomia feminina, através da inserção no mundo do trabalho.

Essas conexões devem ser ressaltadas, a fim de que se parta de uma perspectiva mais ampla nas análises referentes a incorporação da mulher na esfera produtiva, tendo em vista que representa tanto uma estratégia de sobrevivência, quanto um meio de realização. Por outro lado, cabe lembrar que nas camadas populares, o ingresso precoce no mundo do trabalho, em geral, ocorre em função da necessidade das famílias de enfrentamento das situações de pobreza. Em nossa análise percebemos que embora fossem relativamente “comprometidas” com o trabalho, por terem consciência da importância de seu papel no sustento da casa, para algumas das entrevistadas o peso dessa responsabilidade “precoce” foi marcante. Trabalhar naquele momento significou renunciar à própria adolescência, e principalmente, à escola. Observamos em alguns relatos, que o trabalho foi um elemento “desmotivador” para a continuidade dos estudos. Algumas entrevistadas mencionam dificuldades devidas ao “cansaço”, “distanciamento entre o trabalho e a escola” e/ou falta de motivação pessoal para continuar estudando. Vejamos algumas falas:

*“Ah, eu sempre trabalhei, desde os 15 anos até agora eu nunca parei de trabalhar. Eu tentei voltar a estudar, mas fui vencida pelo cansaço. Trabalhando no centro da cidade e morando na baixada, porque eu moro em São João de Meriti desde pequena, eu nunca chegava a tempo no colégio, porque eu largava às 18:30 h e até chegar lá, quer dizer, eu sempre chegava tarde. Ai eu fui desanimando e acabei desistindo.” (Tereza, 4ª série)*

*“O trabalho na roça é muito pesado, depois de um dia inteiro, a gente não tem disposição para mais nada. Lá no Norte é assim, quem trabalha na roça não estuda não.” (Maria de Lourdes, 4ª série)*

Para outro grupo, o ingressar no trabalho ocorreu mais tardiamente. O objetivo principal era obter “independência financeira”:

*“Ah, quando arranjei meu primeiro emprego eu tinha uns 20 anos. Tem muito tempo. Fui trabalhar porque queria ser independente.” (Sandra, 2º grau)*

*“Trabalho no magistério desde 85, mas antes eu fiz outras coisas na faculdade. Eu sempre me envolvia em atividades nas férias, estágios, enfim para preencher o tempo, arrumar dinheiro, não ficar na dependência da mãe, enfim.” (Solange, 3º grau)*

*“Eu comecei a trabalhar um pouco tarde, com uns 26 anos. Tenho uns 11 ou 12 anos de “trabalho fora”. Comecei porque queria ter meu próprio dinheiro, ser independente.” (Ana Maria, 3º grau)*

Também consideramos importante a percepção que as mulheres têm hoje de suas vidas enquanto profissionais. Em grande medida, pode-se dizer que o trabalho aparece como “projeto de vida” e de “realização pessoal”. Por conseguinte, nenhuma delas – mesmo aquelas que ingressaram no trabalho por necessidade e/ou precocemente – tem uma visão negativa de sua atividade profissional. O fato de se sentirem “socialmente ativas”, “autônomas” e “independentes”, ainda que não ocupem uma posição privilegiada na esfera produtiva, confirma a inferência de GIDDENS (1996), de que mesmo nos grupos mais destituídos, o trabalho não é mais encarado como sina.

Segundo BADINTER (1980) a partir da última quinzena de anos houve um aumento significativo de mulheres que, mesmo dispondo de meios para permanecer em seus lares, preferem trabalhar fora.

Avaliando sua relação com o trabalho, as entrevistadas afirmam:

*“Eu até poderia dizer que é pelo dinheiro. Ainda mais hoje em dia. Mas eu acho que tem outras coisas porque eu faço o que gosto, a profissão que eu escolhi, então acho que isso me realiza até mais do que a questão financeira, porque o salário não é lá essas coisas. Então eu acho que é mais isso, porque eu faço o que eu gosto, sou independente, tenho o meu dinheiro, para minhas coisas, não dependo de marido.” (Rosana, 2º grau, técnica de laboratório)*

*“Eu acho que o bom de trabalhar é que a gente fica independente. A gente se sente mais segura, tem mais*

*liberdade. Eu acho que a mulher que trabalha é mais livre, não depende de marido para tudo. Tem liberdade para fazer as suas coisas. E hoje em dia, as coisas estão muito difíceis, então eu acho que a mulher tem que trabalhar se o casal quiser ter uma vida melhor. Eu sei que o que eu ganho não é muito, mas faz falta, porque eu ajudo nas despesas da casa (compro uma coisa ou outra, pago uma conta). Além disso eu gosto de ter meu próprio dinheiro, as minhas coisas, de me sentir uma pessoa “útil”.* (Jacinéia, 2º grau, atendente de consultório médico)

*“Sem dúvida, é ter o meu dinheiro, minha independência. Eu faço o que quero, na hora que eu quero, sem dar satisfação a ninguém. Eu me sinto livre e a minha independência me deixa mais segura. Acho isso super importante para mulher.”* (Sheila, 2º grau, auxiliar de enfermagem)

*"Acho que minha independência financeira é muito importante, porque se eu preciso de uma coisa para mim, para minha casa eu vou e compro. Sei que tenho aquilo certo, todo mês, então eu posso contar. Mas também eu gosto de sair todo dia, saber que eu tenho que fazer alguma coisa, que vou encontrar um monte de gente, conversar, porque eu acho que com os problema que a gente vê hoje, isso é até bom, é bom trocar idéias. É bom a gente não ficar só em casa, sozinha o dia inteiro. Eu fiquei dois anos “parada” e não gostei, me sentia muito mal, ficava irritada, mal humorada só com aquele servicinho de casa, sem sair, sem nada, sem ter meu dinheiro, dependendo de marido para tudo, então não gostei. Eu acho que se a mulher puder, tem que ser independente, ter seu próprio dinheiro, estudar, ter uma profissão para ser valorizada como pessoa. Quer dizer, eu acho que o dinheiro é fundamental, principalmente agora que não se tem garantia de nada, mas a satisfação pessoal também é importante, é bom a gente se sentir valorizada.”* (Ivanilda, 2º grau, agente administrativo)

*“Eu acho que é a minha independência, porque se eu preciso comprar alguma coisa eu vou e compro, não preciso dar satisfação a ninguém. Também ajudo nas despesas da casa, quer dizer acho que o mais importante é que eu ajudo e estou fazendo alguma coisa para mim mesma, que eu gosto.”* (Sandra, 2º grau, telefonista)

*“Eu sempre quis trabalhar assim, como professora. Apesar de todos os problemas da profissão eu me realizo. Também acho que o trabalho te dá independência, não só econômica, mas porque você sai na rua, se relaciona. Você é um ser em contato com um mundo em movimento”* (Solange, 3º grau, professora de História)

Refletindo sobre esses discursos, pensamos no quanto pode ser reducionista



a idéia de que as mulheres das camadas populares só trabalham quando há necessidade ou que a baixa ou média escolarização seja um empecilho para elas se realizarem enquanto profissionais. No entanto, afirmou-se a idéia de que as mulheres trabalham “para alimentar a própria vaidade” ou quando muito, para “complementar” a renda do companheiro – o provedor oficial da família.

Entretanto, confirma-se a hipótese anterior de que o processo de transformação social vem afetando a vida cotidiana das diversas camadas sociais. E dentro do universo pesquisado, um primeiro exemplo dessas mudanças é a própria percepção das mulheres em relação às suas atividades fora de casa. Vimos que para elas, o trabalho adquiriu novos contornos, nos quais o aspecto de maior relevância é a realização pessoal. A busca da felicidade e da auto-realização não se restringe mais ao binômio casamento-maternidade, mas inclui o desejo de investir na profissão, mesmo não acompanhado de um investimento no capital escolar – principalmente para as classes populares.

Assim não obstante não ser o trabalho propriamente uma “opção”, pois para algumas entrevistadas existe a necessidade de contribuir para o sustento da família, mesmo para essas mulheres a realização e o desenvolvimento pessoais são fundamentais em suas vidas.

Para NOLASCO (1993), o trabalho cumpre a função de nomear o mundo subjetivo dos homens, assim como a maternidade sempre cumpriu o papel de nomear a subjetividade feminina. Entretanto, como aludimos ao nos referirmos às mudanças no contexto familiar brasileiro, os valores tradicionais referentes a divisão de papéis, ao casamento e as funções materna e paterna vêm passando por revisões. Gostaríamos de acrescentar que o significado que as mulheres pesquisadas atribuem ao trabalho nos faz concordar com LO BIANCO (1985), quando afirma que a maternidade perdeu a sua dominância enquanto elemento definidor da identidade feminina.

Baseando-nos no conceito de reflexividade social de GIDDENS (1996) podemos afirmar que as mulheres conduzem suas vidas cotidianas de acordo com processos de “filtragem de relevâncias”. Esses processos, para além do que é definido como função feminina, introduziram outros elementos para integrar essas novas identidades, hoje “descobertas, construídas e sustentadas ativamente.” (GIDDENS, 1996)

Os relatos das mulheres entrevistadas nos mostra ainda, que a divisão de papéis dentro da estrutura familiar hoje está mais fluída. Hoje as atividades, antes consideradas “obrigações exclusivamente femininas”, decrescem em importância para as mulheres, que passaram a contar com a participação dos companheiros para a realização das mesmas. A maior parte do grupo entrevistado afirma preferir as atividades fora de casa.

*“As atividades domésticas as vezes sou eu que faço, as vezes ele, depende de quem chega mais cedo. Se eu estou de plantão aí é ele quem faz as coisas. Para ser sincera eu detesto o serviço de casa. Cozinhar então eu odeio, então é mais ele que faz a comida, porque ele adora isso, ir para cozinha ficar inventando coisas.” (Sheila, vive com o companheiro há 10 anos)*

*“O serviço de casa quem faz sou eu e meu marido porque eu pego meio dia no trabalho. Eu arrumo as coisas, almoço e vou para o trabalho. Quem faz a comida, arruma a cozinha é o meu marido, porque ele chega mais cedo que eu. Ele é ótimo, me ajuda muito. Agora então que ando muito enjoada, eu nem chego na cozinha, ele é que faz tudo.” (Sandra, casada há 15 anos)*

*“Ah, lá em casa a gente se vira, um faz uma coisa, outro faz outra. Dia de semana a gente só faz o essencial (comida, lava uma roupa, essas coisas), e no final de semana a gente faz a arrumação mais pesada, organiza todo o serviço que ficou da semana. Agora é que eu ando meio cansada, eu tive muito enjôo, então eu acho que fiquei meio fraca, sem disposição. Meu marido é que tem feito o serviço mais pesado. Ele ajuda muito.” (Ivanilda, vive com o companheiro há 6 anos)*

*“A maior parte do serviço de casa eu faço, porque eu saio mais tarde para trabalhar, mas no final de semana cada um faz uma coisa. Eu cozinho, ele arruma a casa, o quintal. Ele me ajuda muito quando pode. Até quando eu fiquei uns meses sem trabalhar (por causa da obra lá no consultório) ele me ajudava. Eu acho que tem que ajudar mesmo, porque o serviço de casa é muito pesado. Se a gente deixar, em casa é trabalho o dia todo, mas eu não sou fanática não, vou fazendo o que dá para fazer.” (Jacinéia, vive com o companheiro há 3 anos)*

*“Eu me viro com o serviço de casa, mas confesso que eu não gosto. Não dá nem para imaginar, ficar só em casa, ser uma dona de casa, rainha do lar. Deus me livre.” (Solange, solteira, vive sozinha)*

Não obstante, o fato deste quadro de mudanças ser significativo do ponto de vista do grupo pesquisado, é necessário esclarecer que esse processo não é homogêneo. Em alguns contextos familiares, a divisão entre as funções femininas e masculinas continua sendo marcante. Ainda que as mulheres estejam “engajadas fora de seus lares”, no trabalho assalariado, e permanecem a administrar, sozinhas, a casa, além de acumular a função de dividir com o homem as despesas da família.

A pesquisa do DATAFOLHA (1998) confirma esse fato e indica que estaria ocorrendo um “acúmulo de funções”, na medida em que hoje a mulher é provedora e também cuida da casa. Também indica que, nas famílias onde as mulheres assumiram esse novo perfil, o papel do homem/pai é enfraquecido, por um lado, pelas conquistas femininas, e por outro, pela ausência de mobilidade nessa nova estrutura familiar.

Assim, embora algumas entrevistadas contem com a colaboração dos companheiros e vivenciem situações que configuram uma divisão de papéis muito menos rígida, esse modelo ainda não pode ser considerado uma nova regra. Visto que a “autonomia”, para algumas mulheres entrevistadas, expressa-se apenas por sua “independência financeira”.

*“Eu só faço as coisas à noite. Faço uma comida, arrumo, essas coisas. É como eu te falei, eu fico muito pouco em casa. Nos fins de semana eu trabalho com vendas, quer dizer, então sobra pouco tempo para isso. Eu faço as coisas do jeito que dá, mas ele não ajuda, é mais na dele. Eu é que chego arrumo as coisas, a comida. As vezes ele ajuda mas só de vez em quando, não é um hábito. Ele é mais de ir para rua tomar uma cervejinha, conversar com os amigos.” (Tereza, casada)*

*“Eu é que faço o serviço de casa. Ele diz que está cansado e só fica vendo televisão. As vezes vai tomar uma cervejinha, só volta à noite. Eu já me acostumei com isso. Mesmo sendo pesado para mim, pelo menos eu tenho o meu dinheiro.” (Rosana, casada)*

### 3.2 – O PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ: “EU ESCOLHI SER MÃE” X “EU NUNCA QUIS TER FILHOS”.

Dando prosseguimento à análise, pudemos constatar que a maioria das mulheres optou por adiar a maternidade para o momento em que julgavam “mais adequado” para ter filhos. Conforme vimos, mudanças na estrutura familiar têm as marcas da sexualidade flexível, da coabitação, da plasticidade da divisão sexual do trabalho, e finalmente, da opção por ter filhos mais tarde ou mesmo por não tê-los.

Sob essa perspectiva, é possível afirmar que se confirma a tendência de que o “ter filhos”, hoje, decorre de uma decisão deliberada, na qual pesam três componentes – a maturidade, a independência financeira e o estabelecimento de um relacionamento afetivo “estável”.

Esse “adiamento do projeto de ser mãe”, vivenciado pelo grupo pesquisado, confirma nossas discussões anteriores, nas quais aludimos às mudanças no contexto das sociedades contemporâneas – inclusive no contexto brasileiro – e dos antigos “padrões familiares”. Conforme aponta LOYOLA (1992), ter um filho hoje, não necessariamente segue as normas da homogamia – logo após o casamento – e sim envolve expectativas ligadas a outros “projetos de vida”. A nosso ver o caráter de novidade presente nos relatos das entrevistadas, diz respeito à “combinação” do desejo de ser mãe com o investimento nas outras áreas da vida pessoal, e ainda, à necessidade de “preparação prévia” para assumir as responsabilidades inerentes à maternidade, o que as levou a adiá-la:

*“Nós planejamos, porque eu sempre sonhei em ser mãe, só não tive oportunidade ainda de realizar esse sonho. Mas graças a Deus as coisas agora tão dando certo na minha vida. Eu estou muito tranqüila, estou me sentindo muito segura, eu acho que eu estou vivendo a melhor fase da minha vida. Esse neném não podia chegar em melhor hora, porque com toda certeza, hoje eu posso dizer que estou preparada para ser mãe, em todos os sentidos.” (Jacinéia, 38 anos)*

*“Foi assim, eu durante um bom tempo tinha medo de engravidar e ele queria muito ser pai, mas eu não me sentia pronta. Ele sabia que tinha que ter paciência, e nesse ponto ele sempre teve. Ele foi muito compreensivo comigo, nunca me pressionou. Então no ano passado eu comecei a pensar: Pôxa eu já estou com 36 anos, se eu não tiver um filho agora, daqui a*

*pouco não dá mais, eu vou ficar muito velha, tem a menopausa, então é melhor eu engravidar logo. Aí eu parei de tomar a pílula, mas ainda demorou um pouquinho. Eu estava achando que estava com algum problema, mas em fevereiro eu engravidei. Nesse ponto ele me ajudou muito, porque eu precisei me preparar psicologicamente para ter esse filho. Precisei me sentir mais madura, enfim, para poder encarar as responsabilidades dessa gravidez.” (Sandra, 36 anos)*

*“Ah, essa gravidez foi planejada, tudo certinho. Foi uma decisão minha e do meu marido. Ele sempre quis ter filhos, mas não teve oportunidade, porque quando ele ficou viúvo ele foi viver com uma moça que era “ligada” (laqueadura tubária). Então, acho que é mais ou menos assim, nos dois estamos prontos para assumir esse filho, porque finalmente vamos realizar o nosso desejo.” (Ivanilda, 36 anos)*

*“Eu acho que para qualquer projeto de vida que se queira ter é fundamental se programar, planejar. Para ter um filho eu também acho que deve ser assim. A gente tem que ter maturidade, ter boa condição financeira para assumir essa responsabilidade, ainda mais no meu caso que o bebê é uma “produção independente.” (Solange, 38 anos)*

Para outras entrevistadas (duas no universo de nove) a gravidez não foi planejada, pois para elas o “ser mãe” nunca se manifestou como um “desejo a ser realizado”. Para elas a justificativa da opção de não ter filhos é o “estilo de vida”, já que são mulheres totalmente envolvidas com as atividades “fora do lar”, conforme ilustram os discursos a seguir:

*“Essa gravidez não foi planejada, porque eu abri mão de ter filhos. Eu não queria ter filhos por causa da luta, eu sempre trabalhei fora. Eu sempre tomei anticoncepcional por isso é que nunca tive problema. Tomei por 17 anos. Eu estava pensando em “ligar” mesmo sem ter filhos aí quer dizer, levei foi um susto com essa gravidez.” (Tereza, 37 anos)*

*“Quando eu soube que estava grávida levei um susto, no começo não gostei, porque eu nunca me imaginei como mãe. Eu não tenho a menor paciência. Não estou animada com a gravidez, porque eu nunca quis ter filho. Isso mudou minha vida, a gente estava construindo uma casa com calma e agora estamos fazendo tudo correndo, para acabar antes da criança nascer. O problema é que um filho hoje não se encaixa na vida que eu levo, então eu vou ter que dar um jeito.” (Sheila, 38 anos)*

Também consideramos importante destacar o comentário de BADINTER (1985) a respeito do “mito do amor materno”. Para essa autora, sempre se difundiu a idéia de que todas as mulheres “normais” querem ter filhos, ou possuem

incondicionalmente um “instinto maternal”. Entretanto, hoje parece-nos ser perfeitamente normal a mulher não possuir essa “pulsão” irresistível. Como vimos, um número cada vez maior de mulheres preferem não ter essa experiência, que hoje não figura mais como o objetivo principal das vivências femininas. Entretanto, embora as mudanças nos valores tradicionais sejam relevantes, alguns componentes normativos ainda se fazem presentes no imaginário social. Para FIGUEIRA (1987) é comum o sujeito aderir a dois modos de investimento, um “moderno” e outro “tradicional”. Assim, a maternidade ainda tem um 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 obrigatório.

Diante da gravidez indesejada, as mulheres revelaram um sentimento “ambíguo” – de culpa por não desejarem seus filhos e por acharem que têm que aceitá-los em virtude dos “deveres maternais”. Por outro lado, essas mulheres repensaram suas vidas e perceberam a necessidade de reestruturá-las frente a essa realidade.

*“Ah, eu pensava em ser mãe quando tinha 17, 18 anos, mas aí depois, é como eu te falei, a luta é muito grande, a gente se envolve com tanta coisa, tem várias preocupações e aí você vai esquecendo aquilo, né, e acaba tendo outras prioridades. A gente impõe um ritmo de vida em que um filho fica fora de cogitação. Aí, você acaba planejando viver de outro jeito, mas acabei engravidando, aí tive que repensar toda a minha vida, porque agora com uma criança dependendo da gente a coisa é diferente. Vou ter que rever principalmente a minha vida profissional, de modo que eu possa dar atenção ao neném. Afinal a criança não pediu para vir ao mundo. Então, é meu dever como mãe, tentar me adaptar a minha nova vida.”*  
(Tereza, 37 anos, 1ª gravidez)

*“Quando eu resolvi assumir essa gravidez eu percebi que muita coisa ia ter que mudar na minha vida, quer dizer, já está mudando. O esquema de fazer as coisas, trabalhar, cuidar da casa, tudo vai ter que mudar de agora em diante. Eu não queria ter esse filho, mas aí a gente acaba pensando, repensando, e acaba aceitando. Quando eu falava que nunca ia ter filhos, as pessoas achavam estranho uma mulher não querer ser mãe. Eu sempre tomei muito cuidado, mas agora que engravidei, vou deixar rolar. É o que devo fazer.”* (Sheila, 38 anos, 1ª gravidez)

### 3.3 – “O ALTO RISCO” E OS SIGNIFICADOS DA GRAVIDEZ APÓS OS 35 ANOS.

Quanto à gravidez acima dos 35 anos – para a medicina de alto risco – observamos que boa parte das entrevistadas não tem informações detalhadas sobre o assunto. Mas acham que esse tipo de gravidez é mais “perigosa” (principalmente para a criança) devido à idade “avançada”. As preocupações das entrevistadas foram expressas em algumas falas:

*“Dizem que é uma gravidez mais perigosa, que é alto-risco por causa da idade. Dizem que o bebê pode nascer com problemas.” (Jacinéia, 38 anos)*

*“Ah, ei sei que não é uma gravidez comum, normal, tem um risco maior devido a idade. É mais perigoso, acho que para mulher e para o neném.” (Tereza, 37 anos)*

*“Bom, o médico disse que pela minha idade a gravidez é de alto risco, ainda mais que é primeiro filho. Eu também sempre ouvi falar que não é bom ter filho muito velha, porque o neném pode nascer com problema.” (Rosana, 37 anos)*

*“Acho que devido a idade é uma gravidez de alto risco. O médico do posto disse que era alto risco. Eu acho que deve ser porque o neném pode nascer com problemas.” (Ivanilda, 36 anos)*

Refletindo sobre esses discursos, consideramos pertinente lembrar que o modelo médico vigente se encarrega de definir as regras a serem seguidas em relação à sexualidade e ao comportamento reprodutivo. Segundo CORREA (1997), a sociedade, e em especial, a medicina, sempre se preocupou em regular todos os processos que envolvem a reprodução humana – contracepção, aborto, gravidez, parto amamentação, etc. Apoiado em seu discurso terapêutico, o perito trata de definir “padrões de normalidade” para as condutas referentes à saúde/doença – particularmente no que concerne à reprodução.

É possível afirmar que a classificação das mulheres que engravidam após os 35 anos como “gestantes idosas” ou em “idade avançada” contribui muito mais no sentido de mistificar essas gestações, do que para garantir “prioridades” para essas mulheres. Nas falas a seguir confirmamos esse fato:

*“Se a gente parar para analisar friamente, sempre, bate uma*

*certa preocupação, porque sei lá, de repente o neném pode ter algum problema. Se bem que os médicos não explicam muito bem as coisas, só te dizem que é alto risco por causa da idade e pronto. Não tiram as dúvidas, não me perguntaram se eu estou ansiosa, enfim. Mas eu acho que isso não é impecilho para eu realizar meu sonho, me realizar como mulher.” (Ana Maria, 38 anos)*

*“O médico quando fez o encaminhamento disse que como eu engravidei numa idade muito avançada, que eu tinha que procurar um hospital mais preparado. Ele só falou isso. Aí a gente se preocupa, né? Porque ninguém me explicou direito o que pode acontecer.” (Jacinéia, 38 anos)*

*“Isso me preocupa um pouco, eu gostaria de entender melhor o que é essa coisa de alto risco, se tem perigo para mim e para o neném, o que é que pode acontecer. As vezes me dá um pouco de medo do neném nascer com algum problema ou de acontecer alguma coisa comigo, mas aí procuro pensar em outras coisas, em coisas boas mas a verdade é que eu estou cheia de dúvidas e o médico não explica nada. É por isso que eu estou um pouco apreensiva em relação ao parto, por causa da minha idade.” (Ivanilda, 36 anos)*

*“Ah, eu tenho muitas preocupações em relação a essa gravidez, porque é alto risco. Eu tenho medo de acontecer alguma coisa com o neném. Eu fico preocupada até quando o bebê passa dias sem mexer, fico logo pensando que pode ter acontecido alguma coisa. Eu fico pensando: será que se acontecer alguma coisa com ele eu vou sentir? Eu não sei explicar, esse medo, essa preocupação, acho que é instintiva mas também quando o médico falou para eu procurar um hospital com mais recursos, e tudo, acho que isso ficou na minha cabeça. Tenho medo que o neném nasça com algum problema. Eu acho também que é porque é o primeiro filho, e aí a gente não sabe bem como é que tudo vai correr.” (Tereza, 37 anos)*

Também consideramos importante dizer que, embora a gravidez seja um processo fisiológico, não se restringe apenas a esta dimensão, pois é vivida e representada de modo peculiar pelas mulheres. Para MALDONADO (1986), a experiência da gestação e a atribuição de significados, depende da história pessoal da grávida, do contexto em que ocorreu a gravidez, da vivência do processo assistencial, entre outros fatores. Assim, a gravidez e mesmo a maternidade podem ser encaradas com medo, resignação, satisfação ou entusiasmo.

Ao longo da análise, constatamos que as entrevistas apresentam expectativas e representações diferenciadas, tendo em vista as experiências subjetivas e vivências de cada uma das mulheres. Um outro segmento do grupo afirma não ter preocupações



referentes à gravidez. A possibilidade do nascimento do primeiro filho aparece como uma das ocasiões privilegiadas da vida dessas mulheres, que encaram de forma bastante otimista suas gestações, sendo consideradas, pela medicina, de alto risco. A influência das transformações socioculturais torna-se evidente, pois as próprias entrevistadas fazem referência a experiências que a mídia noticiou recentemente, e às mudanças nos padrões familiares. Enfim, referem-se às transformações na vida cotidiana, e mais especificamente, no contexto familiar.

Para elucidar esta análise, destaco as seguintes manifestações:

*“Dizem que a gravidez é mais perigosa por causa da idade. Mas acho isso tudo bobagem, um exagero dos médicos, porque as pessoas estão aí tendo filho mais velhas e não acontece nada. As coisas estão mudando, ora. Antigamente as mulheres tinham filho com 19, 20 anos. Hoje não, agora a gente está vivendo num mundo muito diferente. As pessoas estão casando mais velhas, estão demorando mais para ajeitar a vida. Acho que essa história de ter filho mais velha é bobagem. A gente tem que ter filho quando tem vontade.” (Sheila, 38 anos)*

*“Eu escuto falar um monte de coisas sobre ter filho na minha idade, mas nem penso nisso. Eu vejo tantas mulheres que tem filho mais tarde. Não vê a Xuxa, acho que tem uns 34, 35 anos e tá aí, toda feliz com a gravidez dela. Lá no meu trabalho tem duas, uma teve o primeiro filho agora, e já tem 40 anos e a outra já tinha um filho de 17 anos e teve uma menina, e tudo deu certo. Acho que os médicos tem é que se acostumar, porque daqui para a frente vai ser assim mesmo. As mulheres não querem se prender cedo não.” (Sandra, 36 anos)*

*“Quando engravidei achei super engraçado, porque me lembrei do Caetano Veloso que teve filho aos 50. Fiquei me lembrando de pessoas mais velhas, que tiveram esse tipo de experiência. Aí eu pensei: Pôxa, as coisas estão mudando, mesmo. Acho que isso é uma questão cultural.” (Solange, 38 anos)*

As falas das entrevistadas – guardadas as devidas proporções – confirmam a proposição de GIDDENS (1996) no que concerne ao processo de destradicionalização de todo o tecido social, inclusive da “população leiga”, que hoje busca emancipar-se dessas “normas”. Para o autor, é justamente a partir da “alta reflexividade social”, que as informações passam a ser “reinterpretadas” pelos indivíduos em seus cotidianos.

Assim, parece-nos pertinente afirmar que essa “nova ordem social” – onde tudo pode ser relativizado – permite a desconstrução dos discursos tradicionalmente legitimados. E concluímos que, ao atribuir um significado diferente à gravidez de alto risco, essa parcela do grupo pesquisado nos informa sobre a relação entre indivíduo e

sociedade, entre as definições do que é estabelecido/legitimado pela ordem médica como “normal” e “anormal”. Nos informa sobre o fato de que todos os processos que envolvem a reprodução humana, independente dos avanços técnico científicos, continuam sendo um “território” onde se articulam diferentes discursos, ações e reações.

E embora o próprio Ministério da Saúde (1991) considere a necessidade de dar prioridade a algumas situações de risco, como a gravidez após os 35 anos – isso não garante uma cobertura eficiente de pré-natal e/ou de possíveis complicações ou de vagas para a realização dos partos dessas mulheres. Não obstante, seja essa população alvo da medicalização, o “acesso universal à saúde” lhes é negado, pois não se atende à “demanda mínima” de mulheres incluídas no grupo de risco.<sup>1</sup> Mesmo numa unidade de saúde voltada para o atendimento à gravidez de alto risco, como o pré-natal do Hospital Universitário Pedro Ernesto, não há leitos suficientes para que as mulheres dêem a luz no local onde fizeram pré-natal. Esse problema gera ansiedades e expectativas na maior parte do grupo pesquisado:

*“Eu estou muito preocupada porque ouvi dizer que a gente não tem garantia de vaga na maternidade. Já pensou, na hora “H” eu ter que ficar batendo de porta em porta para ter o neném?” (Tereza)*

*“Eu estou preocupada de ter o neném aqui, eu queria que ele nascesse aqui, mas já falaram que as vezes não tem vaga, que tem que procurar outro hospital. Eu tenho medo de morrer, estou com medo do parto, eu acho que eu sou muito mole para dor, então eu penso: como é que eu vou agüentar, mas aí eu penso que para tudo Deus dá um jeito. As vezes eu sonho com o parto, que to com muito medo, que vai chegar na hora e não vai ter vaga.” (Maria de Lourdes)*

*“Quando me avisaram que aqui não garante a vaga para o parto e que eles nem levam para outro hospital, bateu aquele medo. Estou muito preocupada com isso, porque eu não tenho dinheiro para pagar uma clínica, então vou ter que me sujeitar, né?” (Rosana)*

*“Acho isso um absurdo, a gente faz o pré-natal, tudo certinho e na hora de ter o neném, não tem vaga. O médico não diz que é alto risco? Então isso está errado.” (Sheila)*

É importante destacar também as altas taxas de mortalidade materna, apesar da queda apontada pela Secretaria Estadual de Saúde (1997).<sup>2</sup> De acordo com FAÚNDES (1991), a partir dos 30 anos o problema passa a ser essencialmente grave, pois o coeficiente de mortalidade materna aumenta progressivamente, devido as

complicações da gravidez de risco.

Para CORRÊA (1997) essas mortes das mulheres poderiam ser evitadas através do controle da hipertensão arterial – em especial, no caso das mulheres que engravidam após 35 anos – e de outros procedimentos de “baixa complexidade” e “alta efetividade”. Incluímos também, a necessidade de se garantir que as mulheres realizem seus partos onde fizeram seu pré-natal ou em locais “previamente referendados”, sobretudo as de alto risco. Longe de serem “discriminadas”, as mulheres que engravidam após os 35 anos devem ter o direito de acesso a saúde **ampliado**.

### 3.4 – O CONTEXTO FAMILIAR DA GRÁVIDA: “PARTILHANDO RESPONSABILIDADES”.

Conforme mencionamos anteriormente, vários fatores exercem influência sobre a percepção e a vivência do período gestacional. Nestas circunstâncias, pode-se pensar que a gravidez desejada – ainda que a mulher escolha uma “produção independente” – pode despertar menos ansiedades e expectativas negativas.

Para QUEIROZ (1995), o apoio da família, do pai do bebê e até mesmo dos profissionais de saúde, ajudam a mulher a viver o momento da gravidez com mais tranquilidade. Segundo essa autora esse apoio dá à mulher mais segurança para enfrentar o desafio da transformação corporal, do parto e da expectativa de assumir as responsabilidades inerentes a esse novo papel social.

As falas das entrevistadas elucidam essa questão:

*“Meu marido está encarando super bem, ele sempre quis ter um filho. Ele está torcendo para ser um menino. Essa empolgação dele me faz sentir melhor ainda, porque eu sinto que ele vai dividir essa responsabilidade comigo. Eu acho isso importante porque por um filho no mundo, hoje em dia, é muita responsabilidade.” (Jacinéia)*

*“Ele está parecendo uma criança que ganhou um brinquedo novo, está todo bobo, acho até que ele está com jeito mais jovem. Ele está encantado com a idéia de ser pai agora. Ele já está com 49 anos, então ele esperou muito para realizar esse desejo e eu acho que ele está se sentindo orgulhoso. O entusiasmo dele me faz bem. Fico muito mais tranqüila, apesar da minha gravidez ser de risco.” (Ivanilda)*

*“O pai do bebê está super bem, para ele não é novidade, mas mesmo assim ele está empolgado porque ele já tem 49 anos. Ele é um paizão, já está imaginando como vai ser o filho ou a filha, as coisas que vai fazer. Tenho certeza de que mesmo sem morarmos na mesma casa, que é uma coisa que eu não abro mão, ele vai participar muito da educação dessa criança. É isso que me dá a segurança para encarar o fato de que vou ser uma “mãe solteira” por minha própria opção. Acho que mesmo fora dos “padrões sociais” meu filho tem o direito de ter um pai. O apoio dele, e essa coisa toda, me dá segurança.” (Ana Maria)*

Algumas entrevistadas mencionam que os companheiros não participam de maneira efetiva do processo gestacional, comportamento que os homens apresentam mesmo quando coabitam com as mulheres. Assim, embora estejamos frente a um novo modelo, de papéis sociais dentro da família – em que homens “compartilham” as experiências cotidianas com as mulheres – muitos homens ainda permanecem segregados do universo feminino. Para NOLASCO (1993) essa segregação decorre da instituição histórica do lugar do homem e da mulher no casamento: a imagem de homem seria o pai provedor, do ponto de vista econômico, mas, do ponto de vista afetivo, desinteressado do cotidiano de sua própria família.

As falas a seguir confirmam esse fato:

*“Ele está encarando numa boa, ele é um pouco desligado e ele também já tem um filho. Então para ele não é novidade, mas para mim é. Ele sempre diz que vai dar tudo certo, que é para eu não esquentar a cabeça. Quando eu soube que estava grávida, ele não teve a mesma reação, ele nem esquentou. Do jeito que ele é, eu me preocupo com a gravidez, porque se eu tiver qualquer problema ou a criança, eu sei que vai pesar para mim.” (Tereza)*

*“Quando ele soube que eu estava grávida não falou nada, não manifestou nenhum tipo de reação. Mas ele sempre foi assim mesmo. A gravidez já não foi uma coisa assim, certinha, planejada, porque eu não queria. Com essa reação dele, me desanima mais ainda.” (Sheila)*

Segundo a pesquisa do DATAFOLHA (1998), mesmo com a revisão de valores familiares e a crescente autonomia feminina, as mulheres têm “acumulado funções”, pois sua presença na família, em muitos casos, é mais intensa; e tão pouco o ideal da divisão de tarefas e de responsabilidades, já se concretizou totalmente.

É oportuno lembrar que além de ser a gestação um período complexo para a mulher – na medida em que faz emergir uma gama de sensações, muitas vezes ambivalentes –no caso do grupo pesquisado o fator de “risco”, aumenta a ansiedade nessas gestantes. Desta forma, seus desânimos e preocupações são compreensíveis, posto que ainda que partilhem a vida com seus companheiros, estão vivenciando a gravidez como um momento de solidão, pois terão que enfrentar sozinhas as angústias da gestação e as responsabilidades de gerar uma vida.

### 3.5 – A PERCEPÇÃO DA IDADE: “ESTOU ENCANTADA COMIGO MESMA” X “EU NÃO GOSTO DE ME SENTIR VELHA”.

Boa parte das entrevistadas não mostra grandes preocupações no que se refere à idade.

Segundo GIDDENS (1996), as mudanças no estilo de vida têm contribuído para desmistificar os valores referentes à idade. Assim, hoje já não há um rígido estabelecimento de fases da vida para o casar-se, o ter filhos, enfim, para a realização dos projetos pessoais.

O autor também argumenta, que o fenômeno do “prolongamento da vida”, resultante em parte dos avanços da ciência, contribui para prolongar também a adolescência, e conseqüentemente, para a ampliação da recusa aos papéis predeterminados. E o adiamento da maternidade, também se dá nesse contexto, pois a “destraditionalização” da vida familiar promove o surgimento de novas modalidades de relacionamentos – mais flexíveis, por possibilitarem a coabitação, a maternidade tardia, o reordenamento das funções femininas. E finalmente, confere um peso diferenciado para as idades. Algumas falas traduzem esses fenômenos:

*“Não tenho nenhum tipo de problema com a minha idade, até porque só tenho 37 anos. Hoje em dia as pessoas custam mais a envelhecer.” (Tereza, 37 anos)*

*“Eu sei que daqui a pouco vou fazer 40 anos e me orgulho muito disso. Além do mais a gravidez parece que rejuvenesce a gente.” (Sandra, 36 anos)*

*“A idade é o que menos me preocupa, porque eu acho que o mais importante é a cabeça que a gente tem, é o modo de encarar a vida, ou seja, se você é uma pessoa otimista, alegre, “para cima”, eu acho que a idade tem até um peso menor na sua vida. Eu agora me sinto capaz, saudável porque tenho capacidade de procriar de ter um filho, me realizar. Estou encantada comigo mesma.” (Ana Maria, 38 anos)*

Para outras entrevistadas a necessidade de se manterem atualizadas para não se sentirem velhas é uma preocupação. As entrevistadas mencionam inclusive que a valorização dos homens mais velhos e a desvalorização das mulheres de meia idade, são traços de nossa cultura.

*“Estou encarando bem, não me preocupo com isso não e não me sinto velha. Apesar de já estar com 38 anos, me sinto bem jovem. Isso para mim não é problema. O negócio é você se cuidar, se manter atualizada, sempre por dentro das mudanças para não envelhecer rápido. O negócio é não perder o pique, principalmente a mulher que é logo discriminada.” (Sheila, 38 anos)*

*“Não estou me achando velha para fazer qualquer coisa, e muito menos para ter filho. Mas eu malho, me cuido, porque não gosto de parecer velha. A mídia, a sociedade, toda nossa cultura exige que a mulher seja sempre jovem, permaneça bonita, “inteira”. Isso é muito mais cobrado da mulher. Os homens quanto mais velhos, mais interessantes eles ficam. Já com a mulher a coisa não funciona bem assim.” (Solange, 38 anos)*

*“O que me irrita é essa história de senhora. Você não tem nem 30 anos e essa garotada já começa a te chamar de velha. Eu procuro me tratar porque tenho medo de envelhecer.” (Ivanilda, 36 anos)*

Analisando as falas das entrevistadas, é possível dizer que se o mundo moderno trouxe a possibilidade de prolongamento da vida e da adolescência – mencionados por GIDDENS – promoveu também o surgimento de uma relação, entre o indivíduo e a sua própria idade, que tende a ser normativa. Para GIDDENS (1996) os traços culturais, divulgados pela propaganda de massa e pela mídia, influenciam gostos, hábitos e estilos e são “padronizadores”, ainda que insistam na diversidade das identidades pessoais.

A nosso ver, os efeitos desse novo contexto cultural, podem vir a ser negativos, se engendrarem a intolerância ante a perspectiva do envelhecimento, ou se mistificarem a convivência entre as diversas gerações, possíveis graças à ampliação da “longevidade”. Convivem no imaginário dessas mulheres sentimentos ambivalentes quanto à idade. A gravidez as leva a se sentir mais jovens, não obstante sintam-se, por vezes, socialmente desvalorizadas.

### 3.6 – A MATERNIDADE TARDIA: “ESTOU PRONTA PARA SER MÃE”.

Ao discutirem suas expectativas quanto ao ser mãe após os trinta e cinco anos, as entrevistadas mencionaram preocupações quanto a convivência da maternidade e trabalho. A nosso ver esses sentimentos “conflituosos” derivam, em parte, de suas representações referentes às exigências do papel materno e do papel feminino – a maior parte do grupo pesquisado mostrou uma certa tensão entre o ser mãe e o ser mulher – trabalhadora. Paradoxalmente, as entrevistadas compartilham a percepção de estarem na fase ideal de suas vidas para serem “boas mães”, pois hoje aliam autonomia financeira, estabilidade afetiva e maturidade, que julgam necessária para o bom exercício da maternidade:

*“Eu tenho pensado muito nisso, no ser mãe nessa fase da vida e acho isso fantástico, porque hoje eu me sinto madura e pronta para ter esse filho. Consegui conjugar tudo que eu acho fundamental para realizar esse projeto de vida: primeiro a estrutura econômica, e segundo, a maturidade emocional. E tinha que ser assim, porque eu não vou ter a participação paterna. Mas eu estou muito determinada e consciente do que estou fazendo. A maternidade está me dando muita força.”*  
(Solange)

*“Eu acho que para a gente ter um filho hoje em dia tem que pensar muito. No meu caso, eu precisei me preparar emocionalmente e sentir que tinha segurança, não só financeira, mas na vida, para encarar essa responsabilidade e ser boa mãe.”* (Sandra)

*“Eu penso o seguinte, embora as pessoas achem que é bom ter filho cedo, eu acho que não, porque com a idade que eu estou agora eu me sinto muito menos ansiosa, e com certeza isso é devido à idade. Já aproveitei muito, tenho meu trabalho. Tudo que eu passei até hoje, me deu maturidade para ser uma boa mãe.”*(Rosana)

Seguindo a mesma linha de argumentação, é oportuno lembrar a hipótese de estarmos diante de um novo ethos <sup>3</sup> da maternidade. Consideramos que os depoimentos das entrevistadas, confirmam a afirmação de LO BIANCO (1985), de que a maternidade perdeu a sua dominância, como elemento definidor da identidade feminina. Hoje o papel da mulher não se confunde mais com o papel de mãe – ainda que não se possa considerar essa vinculação “totalmente extinta”. Por outro lado, não



se pode deixar de pensar que a maternidade continua tendo um valor social, que vem adquirindo característica “de um projeto devidamente controlado até a determinação do momento adequado para procriar.” (CORRÊA, 1997:30) 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 o prazer de ser mãe leva as mulheres a valorizarem essa experiência, mas também a relativizá-la.

*“Eu não tenho pretensões de ser uma super mãe porque isso é uma utopia. Não vou ser daquelas que superprotege o filho. Vou ser uma boa mãe para o meu filho, mas ele vai ter que ter maturidade cedo porque é necessário. Eu não vou ficar o tempo todo com ele, eu vou ter que trabalhar, e ele vai ter de se adaptar ao meu estilo de vida, porque eu vou ter um filho que é muito desejado, sem dúvida, mas a minha vida não vai parar por isso. Eu acho que o desafio vai ser eu criar bem esse filho e conseguir conciliar com a minha vida profissional, que também é uma coisa fundamental para mim, porque eu amo a minha profissão. Na verdade eu vou ter que saber me doar para as duas coisas, para o meu filho e para a minha profissão. Tenho planos, depois vou investir numa pós-graduação ou num mestrado.” (Ana Maria)*

*“Para mim, ser mãe é muito importante e pretendo dar o melhor de mim para o meu filho, cuidar bem dele e acho que principalmente participar da vida dele. Eu mesmo trabalhando, vou querer cuidar dele, fazer tudo que eu puder para ficar com ele, dar atenção carinho. O importante não é o tempo que eu vou ficar com ele, se eu fico o dia inteiro ou se eu trabalho, mas como eu vou dar atenção a ele. Sei que voltar para o trabalho vai ser duro, mas não quero ficar frustrada cuidando só de filho dentro de casa.” (Sandra)*

*“Estou louca para o bebê nascer, para me sentir realmente mãe. Sei que não vai ser fácil conciliar um filho com o meu ritmo louco de vida, dando aula em três colégios. Mas com o tempo ele vai se adaptar e eu também. Vai ter que ser assim, porque não posso e não quero abrir mão do meu trabalho.” (Solange)*

Não obstante a transformação do ethos da maternidade seja evidente – ainda que não se possa falar em homogeneidade na redefinição do papel materno – a retórica da “boa mãe” continua patente. BADINTER (1985) comenta que no século XIX a maternidade passou a ser vista como um sacerdócio e que a idéia de “boa mãe” vinculava-se ao incondicional devotamento e à abdicação de si.

Na representação de algumas entrevistadas ainda está presente a figura da

mãe idealizada, semelhante a “mãe mistificada” a que se refere BADINTER. Para algumas entrevistadas, a solução encontrada para “minimizar o conflito” entre a dedicação ao trabalho ou à maternidade, foi eliminar as atividades fora do lar, ainda que temporariamente.

Os “sacrifícios” inerentes à maternidade – que reiteram os tradicionais imperativos da função materna e dos papéis femininos – aparecem nas falas a seguir:

*“Eu acho que ser boa mãe é cuidar bem da criança, se dedicar, tratar bem, eu acho que é isso. Não maltratar a criança, saber conversar, colocar no colégio, para poder dar a ele oportunidade de ser alguém na vida. Eu me preocupo com essas coisas, porque a gente não tem estudo, e sem estudo a vida é muito difícil, então meu filho e minha filha eu quero colocar na escola direitinho. No começo eu vou até parar de trabalhar para cuidar dele, porque eu não vou deixar meu filho com qualquer pessoa enquanto ele for pequeno. Meu marido trabalha de dia e de noite, dá para gente segurar. Agora eu tenho que fazer um sacrifício e cuidar do meu filho que é o mais importante. Ser mãe é isso.” (Maria de Lourdes)*

*“Em primeiro lugar, acho que uma mãe tem que ser dedicada à criança, saber dar carinho, dar atenção se dedicar “totalmente” à criança. Eu pretendo parar de trabalhar, dar um tempo no trabalho, porque eu não quero meu filho em creche, não acho justo. E também acho que vou me enrolar, trabalhar, cuidar de casa e de filho acho que não vai dar. Alguma coisa vai ser prejudicada e eu não quero que seja o meu filho. Mesmo não querendo ser mãe, não tendo planejado essa gravidez a criança não tem culpa.” (Sheila)*

## NOTAS

<sup>1</sup> Em julho de 1998, a chefia do ambulatório de pré-natal do HUPE determinou que as gestantes acima de 35 anos, sem riscos clínicos, procurassem unidades de saúde voltadas para o baixo risco. Em caso de “extrema necessidade” essas gestantes seriam encaminhadas aos hospitais de grande porte para a realização de exames complementares e/ou internação. Entretanto, a carência de leitos é grande e que mesmo aquelas realizam o pré-natal no próprio hospital não recebem garantias de internação. A nosso ver, o problema é bastante complexo, dadas as elevadas taxas de mortalidade na faixa dos 35 aos 49 anos, apontadas por FAÚNDES (1991).

<sup>2</sup> No município do Rio de Janeiro, o coeficiente de mortalidade materna em 1990 foi de 66,21 óbitos por 100.000 nascidos vivos e em 1995 caiu para 51,6 óbitos por 100.000 N.V.. Secretaria Estadual de Saúde (1977).

<sup>3</sup> Para VAZ (1993), ethos tem o sentido de permanente, habitual, costume, estilo de vida, ação. É o espaço construído pelos hábitos, costumes e valores de uma época.

**CAPÍTULO IV**  
**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Inicialmente gostaríamos de ressaltar que este estudo reforçou algumas de nossas hipóteses, quanto aos possíveis nexos entre o processo de destradicionalização social e o surgimento de um novo ethos da maternidade.

Parece-nos pertinente pensar que o processo de modernização, e as conseqüentes mudanças sociais, intensificaram o desenvolvimento da reflexividade e a própria destradicionalização da ordem social, e influenciaram a vida cotidiana. As mudanças mais significativas – referem-se à reestruturação dos valores, dos costumes.

Com o questionamento dos padrões preestabelecidos, as transformações das experiências cotidianas, das relações afetivas e familiares se tornaram possíveis. A substituição progressiva das relações tradicionais entre os sexos, por uma sexualidade plástica e um modelo de relacionamento afetivo conjugal mais fluente guarda estreita relação com a expansão do processo de destradicionalização social. Na medida em que os próprios relacionamentos amorosos assumem um novo perfil – mais democrático, com papéis e funções sociais menos rígidos – imprimem suas marcas também na experiência da maternidade. Se no passado o exercício da sexualidade feminina e de ser mãe se baseavam nas estritas normas da homogamia, hoje um crescente número de mulheres escolhem não ter filhos, ou adiar a maternidade para o momento que julgam mais adequado, independente da idade.

Nessa perspectiva, o processo de “revisão de valores” deslocou a centralidade do papel materno, no sentido de integrá-lo a outros investimentos. Pode-se dizer que, em grande parte as transformações nos valores familiares acompanham a incorporação da mulher ao sistema produtivo, o crescente peso da escolarização e a dissociação entre o exercício da sexualidade e reprodução.

Cabe acrescentar que essas mudanças presentes e marcantes na família brasileira – ampliaram a autonomia feminina, não obstante tenham levado a um “acúmulo de funções”, pois as mulheres passaram a dividir com o homem o sustento da casa e a exercer as “novas funções maternas”.

Conforme vimos, cada vez um número maior de mulheres brasileiras vem escolhendo exercer alguma atividade profissional – independente do nível de escolaridade. Constatamos através da pesquisa, que justamente por ter possibilitado a autonomia feminina, o trabalho tende a ser muito valorizado pelas mulheres. Ainda que não possamos “generalizar” os resultados da pesquisa, sublinhamos que todo o grupo apresentou uma visão positiva de sua atividade profissional. Boa parte das mulheres entrevistadas referiram-se ao trabalho como fonte de realização pessoal ou como parte dos projetos de vida – não obstante algumas terem começado a trabalhar

muito cedo em decorrência de necessidades econômicas.

Constatamos constituir-se a autonomia financeira no principal objetivo de todas as mulheres entrevistadas, ainda que não se possa ignorar a necessidade de contribuir para o sustento da família. Como vimos, as mulheres brasileiras passaram a dividir com os homens a responsabilidade pela manutenção da família, em especial, nas camadas médias e populares.

Acrescentamos que para algumas mulheres o trabalho pode ser considerado como “um dos aspectos definidores da identidade feminina”, já que tem contribuído para a redefinição do papel da mulher frente à família e a própria sociedade. Sob nosso ponto de vista, a novidade reside no fato de que a busca da felicidade e da auto-realização não se restringe mais ao binômio casamento-maternidade, mas inclui o desejo de investir na profissão, mesmo se desacompanhado de um investimento no capital escolar – principalmente entre as classes populares.

É oportuno lembrar que em todas as áreas da vida pessoal, é acentuado o processo de destradicionalização. O amor, o casamento, a constituição da família e a maternidade antes vivenciados segundo os moldes preestabelecidos, passaram a conviver com outros projetos individuais, criando assim, novas demandas e novas ansiedades. Partindo dessas mudanças no “estilo de vida”, parece-nos ser hoje perfeitamente normal a mulher não desejar ser mãe. E embora o “ser mãe” não figure mais como o único objetivo das mulheres, a maternidade continua tendo um peso considerável no imaginário social. Cabe sublinhar que as transformações na cultura reprodutiva contribuíram no sentido de reduzir o “peso” dessa experiência, antes quase obrigatória.

Se o desejo de ter filhos não pode ser considerado propriamente uma novidade, o ideal de “ser mãe por opção” implica numa ruptura com as aspirações fundadas em ideais arcaicos – de dedicação materna exclusiva e obrigação da maternidade. É a singularidade frente a esse desejo que legitima a reedição do exercício da função materna, hoje harmonizado com as mudanças nos papéis femininos. Contudo, se a definição do papel materno vem mudando, esta mudança não se dá sem restrições. Algumas mulheres percebem a convivência dos novos papéis – o de mãe e o de mulher trabalhadora – de maneira ambígua, em virtude do que consideram ser “deveres maternos” – maior dedicação à família e aos filhos, em detrimento das atividades fora do lar, mesmo se provisoriamente.

As transformações socioculturais imprimem suas marcas no desejo de ser mãe, em especial, após os trinta e cinco anos. Por outro lado, todos os processos que

envolvem a reprodução humana continuam sendo alvo da regulação médica. Assim, as gestações acima de trinta e cinco anos ainda são consideradas “tardias”. Com seu discurso terapêutico, o perito define o “normal” e o “anormal” nos comportamentos reprodutivos, define como e quando se deve ter filhos. Embora o objetivo da intervenção médica seja a prevenção dos “possíveis riscos”, nem sempre esse objetivo suplanta a tendência normatizante da medicina. Conforme vimos, através dos índices de mortalidade materna, a medicalização do processo reprodutivo não garante à mulher o direito à saúde, mesmo quando a gravidez cabe na visão de risco.

As gestações após os trinta e cinco anos continuam sendo consideradas de alto risco. Entretanto, essas gestações podem ser vivenciadas com menos angústias e ansiedades, na medida em que se desmistifiquem para as mulheres, a gravidez, o parto e o puerpério, e lhes ofereça uma assistência digna.

Cada vez um número maior de mulheres vem adiando a maternidade, pois hoje é comum decidir sobre o ter filhos. Decisão na qual pesam a situação social e econômica, a maturidade e a criação de relações afetivas mais estáveis. Por outro lado, a idealização das novas funções femininas e das relações amorosas gera de expectativas mais intensas e contribui para que algumas mulheres julguem necessário adiar a realização do desejo de ser mãe para um momento ideal.

Se as mudanças aceleradas nos contextos familiares e nos papéis sociais exigem transformações no plano da subjetividade e das identidades pessoais, a idade e o critério de risco, não devem ser barreiras para o investimento em novos projetos de vida.

Acreditamos que o acesso à assistência à saúde carece ser ampliado de forma a atender as demandas femininas, e possibilitar a vivência da gravidez após os trinta e cinco anos em sua plenitude.

## BIBLIOGRAFIA

- BADINTER, E.**, 1986 – **Um amor conquistado: O mito do amor materno.** São Paulo: HUCITEC.
- BENFAM**, 1996 – **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Relatório Preliminar**, Rio de Janeiro, Brasil.
- BERMANN, M.**, 1990 – **Tudo que é sólido desmancha no ar.** São Paulo: Ed. Schwarcz.
- BOLTANSKI, L.**, 1989 – **As Classes Sociais e o Corpo.** Rio de Janeiro, 3ª ed.: Graal,.
- CORRAL, T.**, 1996 – **Controle da População no Brasil: o fracasso de um sucesso.** IN: Tecnologias Reprodutivas, São Paulo: ed. UNESP.
- CORRÊA, M. V.**, 1997 – **A Tecnologia a Serviço de um Sonho: Um Estudo sobre a Reprodução Assistida.** Tese de Doutorado apresentada ao IMS/UERJ, Rio de Janeiro.
- COSTA, J. F.**, 1989 – **Ordem Médica e Norma Familiar.** Rio de Janeiro: Graal.
- FAUNDES, A., CECATTI, J.G.**, 1991 - **Morte Materna: uma tragédia evitável.** 2ª ed. Campinas: Editora UNICAMP.
- FIGUEIRA, S. A.**, 1987 – **O “moderno” e o “arcaico” na nova família brasileira: notas sobre a dimensão invisível da mudança social.** IN: Uma Nova Família, Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- GIDDENS, A.**, 1996 – **Para além da Esquerda e da Direita**, São Paulo: ed. UNESP.
- \_\_\_\_\_, 1993 - **A Transformação da Intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas.** São Paulo: ed. UNESP.
- GIFFIN, K.**, 1992 – **Modernidade Perversa e Reprodução Humana no Brasil.** IN: Saúde Ambiente e Desenvolvimento. São Paulo e Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO.
- GUARESCHI, P. A. E JOVCHELOVITCH, S.** (orgs), 1995 – **Textos em Representações Sociais.** 2ªed. Petrópolis: Vozes.
- GRASSI, RAGGIO E MONTEZ**, 1994 – **Normatização dos Comportamentos Reprodutivos e Paradigmas Médicos. Estudo de casos em instituição de saúde para camadas médias.** IN: Alternativas Escassas: Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina. São Paulo, PRODIR/FCC, Rio de Janeiro, ed. 34.
- HERZLICH, C.**, 1991 – **A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo a Doença.** IN *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva.* Volume 1, número 2, Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Relumé – Dumará.



- LACRETA, O.; MARETTI, M., 1982 - **Mortalidade Materna.** IN: **Revista Brasileira de Medicina**, vol.. 39.
- LO BIANCO, A. C., 1985 – **A Psicologização do Feto.** IN: *Cultura da Psicanálise*, São Paulo: Brasiliense.
- LOYOLA, M. A., 1992 – **Sexualidade e Reprodução.** IN: *Physis Revista de Saúde Coletiva*, vol. 2, nº 1.
- \_\_\_\_\_, 1992 – **Sexo e Sexualidade na Antropologia.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- MALDONADO, M. T. P., 1987 – **Psicologia da Gravidez.** 9ª ed., Petrópolis: Vozes.
- MINAYO, M. C. S. (org), 1994 – **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 2ª ed., Petrópolis: Vozes.
- \_\_\_\_\_, 1994 - **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo: HULITEC ABRASCO.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991 - **Gestação de Alto Risco**, Brasília.
- \_\_\_\_\_, 1995 – **Plano de Ação para Redução da Mortalidade Materna**, Brasília.
- \_\_\_\_\_, 1994 – **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**, Brasília.
- \_\_\_\_\_, 1984 – **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ações programáticas**, Brasília.
- \_\_\_\_\_, 1991 – **Programa de Assistência à Saúde Perinatal: bases programáticas**, Brasília.
- MIRANDA, A. T. C., 1988 - **Gravidez após os 34 anos: Estudo Epidemiológico do Risco Perinatal através dos Modelos log. Lineares**, Dissertação (Tese de Livre Docência), UERJ.
- MITJAVILA, M. e ECHEVESTE, L., 1994 – **Sobre a Construção Social do Discurso Médico em Torno da Maternidade.** IN: *Alternativas Escassas: Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina.* São Paulo: PRODIR/FCC, Rio de Janeiro.
- NOLASCO, S., 1993 – **O Mito da Masculinidade.** Rio de Janeiro: Rocco.
- OLIVEIRA, F., 1996 – **Expectativas, falências e poderes da medicina da procriação: gênero, racismo e bioética.** IN: *Tecnologias Reprodutivas*, São Paulo: ed. UNESP.

- PALMA, I. M. e QUILODRÁN, C. L., 1994 – Respostas à Gravidez entre Adolescentes Chilenas de Estratos Populares.** IN: Alternativas Escassas: Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina. São Paulo: PRODIR/FCC, Rio de Janeiro, ed. 34.
- PAULINO, F. M. e HERNANDES, A. J., dezembro de 1998 – Mãe: de Dona-de-Casa a Dona da Casa.** Caderno Família, Folha de São Paulo. São Paulo: Caderno Família, p.p. 1-16.
- QUEIROZ, A. B., 1995 – Práticas Educativas com Gestantes: Representações no Pós-parto.** Dissertação (mestrado em Enfermagem), EEAN, Rio de Janeiro: UFRJ.
- RESENDE, J. B.; MONTENEGRO, C. A. B., 1992 - Obstetrícia Fundamental.** 6ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- SIQUEIRA, A. A. F.; TANACA, A. C. A.; SANTANA, R. M. & ALMEIDA, P. A. M., 1984 - Mortalidade Materna no Brasil; 1980.** IN: Revista de Saúde Pública, São Paulo.
- VANCE, C., 1995 – A Antropologia Redescobre a Sexualidade.** IN: Physis – Revista de Saúde Coletiva: vol. 5, nº 1.
- VAZ, L., 1993 – Ética e Cultura. Escritos de Filosofia II.** São Paulo: Edições Loyola.
- VEJA, 1998 – Ser Mãe Perto dos 40.** Revista Veja, 2 de dezembro, p.p. 130-137.
- ZIEGEL, E. F.; CRAMLEY, M. S., 1986 - Enfermagem Obstétrica.** 8ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

## **ANEXOS**

## **ROTEIRO DA ENTREVISTA**

### **I – SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA / TRABALHO**

- 1) Aonde você nasceu? Em que cidade?
- 2) Você estudou até que série?
- 3) Aonde você reside agora? Você é casada?
- 4) Você trabalha ou já trabalhou? Desde quando?
- 5) Como é a sua relação com o trabalho? Você gosta ou não gosta da atividade que realiza? Porque?
- 6) O que você acha mais importante no fato de você trabalhar?
- 7) Qual a renda familiar?
- 8) E as atividades de casa, quem faz? Como seu companheiro participa disso?

### **II – ATENDIMENTO PRÉ-NATAL / GRAVIDEZ DE ALTO RISCO**

- 1) Como você chegou ao pré-natal? Através de quem?
- 2) O que você sabe sobre a gravidez acima dos 35 anos?
- 3) E sobre o fato de sua gravidez ser considerada alto risco, o que você pensa?
- 4) Quais são suas expectativas em relação a isso?
- 5) Em relação ao pré-natal, quais são suas expectativas?

### **III – HISTÓRIA DA GRAVIDEZ. REPRESENTAÇÕES SOBRE GRAVIDEZ E MATERNIDADE**

- 1) Essa é a sua 1ª gravidez? Você já teve algum aborto?
- 2) Essa gravidez foi planejada?
- 3) E o seu relacionamento com o pai do bebê (companheiro) como é?
- 4) Como você encara o fato de estar grávida nessa fase da vida?
- 5) Como seu companheiro está encarando a gravidez?
- 6) Como você percebe / encara esse momento de sua vida, ou seja, a idade que você tem agora?
- 7) E sobre o fato de ser mãe nessa fase da vida (expectativas, dúvidas, anseios, perspectivas)?