

# Dossier

---

Epistemologias, metodologias  
e produção de conhecimento crítico  
de matriz qualitativa em Estudos sobre  
as Mulheres, de Género e Feministas –  
Coordenação de Cristina C. Vieira  
e Sofia Bergano

## MATERNIDADE TARDIA: DA CONSCIENCIALIZAÇÃO DO DESEJO À DECISÃO DE SER MÃE

*Maria Anabela Ferreira dos Santos\**, *Maria dos Anjos Pereira Lopes\*\**,  
*Maria Antónia Rebelo Botelho\*\*\**

### Resumo

O presente estudo é parte de uma investigação mais ampla que tem como objetivo compreender o processo de transição das mulheres em situação de maternidade tardia. Metodologia: *Grounded Theory* utilizando a entrevista semiestruturada, *Photovoice* e notas de campo. Apresentam-se os resultados de duas categorias: «Consciencializando o desejo de ser mãe» e «Escolhendo o momento certo». Conclusão: neste processo a identidade das participantes foi sofrendo alterações, passando de uma identidade questionada a uma identidade planeada, ajustando o antigo *self* independente e organizado em torno das próprias necessidades, realçando os aspetos positivos e abolindo os negativos.

**Palavras-chave:** Maternidade tardia, transição, identidade, enfermagem, grounded theory.

### Abstract

#### **Late Maternity: From Awareness of the Desire to the Decision to Be a Mother**

This study is part of a broader investigation that aims to understand the transition process of women in late maternity. Methodology: Grounded Theory using semi-structured interviews, Photovoice and field notes. The results are presented in two categories: «Awareness of the desire to be a mother» and «Choosing the right moment». Conclusion: In this process the identity of the participants was changed from a questioned identity to a planned identity adjusting the old, independent and organized self around their own needs, highlighting the positive aspects and abolishing the negative ones.

**Keywords:** Advanced maternal age, transition, identity, nursing, grounded theory.

### Resumen

#### **Maternidad tardía: de la conciencia del deseo a la decisión de ser madre**

Este estudio es parte de una investigación más amplia dirigida a comprender el proceso de transición de las mujeres en la maternidad tardía. Metodología: teoría fundamentada mediante entrevista semiestructurada, *Photovoice* y notas de campo. Presentamos los resultados de dos categorías: «Conciencia del deseo de ser madre» y «Elegir el momento

- 
- \* Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).  
Endereço postal: Av. Prof. Egas Moniz, 1600-190, Lisboa.  
Endereço eletrónico: afsantos@esel.pt  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1675-5227>
- \*\* Endereço eletrónico: maveiga@esel.pt  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7934-6423>
- \*\*\* Endereço eletrónico: rbotelho@esel.pt  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7356-2053>

adecuado». Conclusión: En este proceso, la identidad de las participantes cambió de una identidad cuestionada a una identidad planificada, ajustando el viejo ser independiente y organizado en torno a sus propias necesidades, destacando los aspectos positivos y aboliendo los negativos.

**Palabras clave:** Maternidad tardía, transición, identidade, enfermeira, teoría fundamentada.

## Introdução

O conceito de maternidade tardia adotado no presente estudo foi o de mães com mais de 35 anos, baseado na definição da *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO), embora recentemente esta organização aponte os 40 anos como a idade a partir da qual aumenta a probabilidade do feto sofrer de anomalias cromossómicas, do risco da gestante desenvolver complicações durante a gravidez, tais como o acréscimo do risco de diabetes em 50%, de distúrbios hipertensivos em 70% ou de parto pré-termo (FIGO n.d.).

O surgimento deste novo fenómeno social – a maternidade tardia – fez emergir novos problemas e desafios, até agora inexistentes ou com pouca expressão, como os problemas de (in) fertilidade (Subrat, Santa, e Vandana 2013), uma maior incidência de riscos e patologias maternas e fetais (Lampinen, Vehvilainen-Julkunen e Kankkunen 2009; Waldenström 2016), a necessidade de maior vigilância do ciclo gravídico- puerperal (Graça 2017) ou o decréscimo das taxas de natalidade e de fecundidade (Mendes *et al.* 2016). A aceitação da maternidade em idades tardias é uma realidade social que domina as decisões de maternidade das mulheres (Santos 2018) e, apesar da evidência e realidade biológica ser a redução da fertilidade e o aumento das complicações médicas, os discursos sociais impedem, ou pelo menos limitam e dificultam, as mulheres de reconhecerem esse facto. Os riscos médicos associados à idade materna avançada são subvalorizados pela noção de que as mulheres podem escolher quando começar uma família (Santos 2018). Associados a esta tendência não só estão em causa os problemas de sustentabilidade social decorrentes das alterações demográficas, em especial a não renovação geracional, com o conseqüente envelhecimento da população (Mendes *et al.* 2016; Santos 2018), como também o decréscimo do capital humano, quer em termos quantitativos, quer em termos qualitativos, no que diz respeito à eventual diminuição da inteligência humana sugerida por Kanazawa (2014) por serem as mulheres mais inteligentes, segundo esta autora, que optam por não serem mães.

A maternidade enquanto fenómeno social coexiste com a humanidade (Santos, Lopes e Botelho 2019). Contudo, como todos os outros fenómenos sociais, tem sofrido mudanças que decorrem do contexto, circunstâncias e cultura, dos atores envolvidos e da própria evolução da sociedade. O que é novo é o fenómeno

do adiamento da maternidade, uma tendência que se tem vindo a generalizar e a manter nos países desenvolvidos, incluindo Portugal (Mendes *et al.* 2016), por razões sociais, educacionais e económicas (Carolan e Frankowska 2011). O adiamento da maternidade é, em nossa opinião, uma tendência que irá continuar e até acentuar-se porque os fatores pessoais, sociais e culturais que a determinam continuam presentes (Santos, Lopes e Botelho 2019). Em particular, o controlo feminino da reprodução com o advento da pílula contracetiva permitiu escolher entre a maternidade e outras atividades, sem reprimir a sua sexualidade, libertando-as do peso da reprodução e do domínio masculino. Esta liberdade, da qual, em nosso entender, as mulheres não irão desistir, facultou o acesso a outras esferas, como a educação e o emprego, até há pouco exclusiva dos homens, empoderando-as e esbatendo as inequidades preexistentes.

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

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

Para os/as enfermeiros/as torna-se essencial conhecer e compreender aquela que foi considerada como a maior transição de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida (Mercer 2004): a maternidade, para que possam apoiar e ajudar as mulheres no complexo e exigente exercício do papel maternal (parental), de modo a realizarem uma transição bem-sucedida. De acordo com a teoria de Afaf Meleis, para desenhar e implementar um cuidado efetivo, há que conhecer a natureza, as condições e os padrões de resposta face à transição, os quais permitem identificar os tipos, as propriedades, as condições pessoais, sociais e da comunidade, bem como o processo envolvido e os resultados obtidos (Meleis 2010). A identificação destes fatores que afetam a transição para a maternidade depois dos 35 anos ajudarão a

compreender as diferenças individuais e o processo subjacente. Ter em conta as diferenças individuais na transição para a maternidade destas mulheres é essencial para planear e implementar intervenções que promovem a transição.

O presente estudo faz parte de uma investigação mais ampla que teve como ponto de partida a seguinte pergunta de investigação: *Como se desenvolve o processo de transição para a maternidade depois dos 35 anos?* Decorrentes desta, foram traçados os seguintes objetivos: Identificar os momentos-chave do processo da transição para a maternidade depois dos 35 anos; Compreender as facilidades e dificuldades no desempenho do papel maternal experienciadas pelas mães depois dos 35 anos; Compreender as estratégias/intervenções facilitadoras na adoção do papel maternal mais frequentemente usadas pelas mães depois dos 35 anos; Reconhecer os resultados de uma transição bem-sucedida para o papel maternal experienciadas pelas mães depois dos 35 anos.

## Metodologia

No paradigma qualitativo, a finalidade da investigação é a compreensão dos fenómenos através do raciocínio indutivo. Neste paradigma, que privilegia a descrição e compreensão da experiência humana, os investigadores reconhecem e valorizam a subjetividade (Streubert e Carpenter 2013). Como referencial metodológico, recorremos à perspetiva construtivista da *Grounded Theory* de Charmaz (2014). De acordo com esta perspetiva, houve o cuidado de explicitar as preconcepções das investigadoras porque estas influenciam e moldam a análise. O/A investigador/a faz interpretações subjetivas dos dados, fundamentadas na sua perspetiva, privilégios, posições, interações ou localizações geográficas (Charmaz 2014). Assim, os achados de quem faz investigação não são representativos de uma verdade, de uma realidade descoberta, mas interpretações de múltiplas realidades mutuamente construídas pelo/a investigador/a e pelo/a investigado/a/participante (Wertz *et al.* 2011). Nesta perspetiva, o conhecimento é visto como «construído num processo de intercâmbio social» (Flick 2014, 78), em que a presença do/a investigador/a no produto da investigação não é neutral, nem indesejável. A sua voz no resultado final da investigação não deve ser excluída, evitada ou escondida (Ramalho *et al.* 2015). Segundo esta perspetiva o papel dos/as participantes não é um papel passivo mas, pelo contrário, a teoria final gerada é uma coconstrução do/a investigador/a e participantes ou a construção do/a investigador/a acerca das construções dos/as participantes (Ramalho *et al.* 2015).

Na recolha de dados, utilizámos os seguintes métodos: a entrevista semiestruturada, o *Photovoice* (Wang e Burris 1997; Santos, Lopes e Botelho 2018) e as notas de campo. Estas técnicas de recolha de dados foram implementadas em simultâneo com todas as participantes. A recolha de dados decorreu entre 2015 e 2017. Para a seleção das participantes, utilizámos a amostragem inicial, abordando as

participantes numa maternidade durante o pós-parto e, posteriormente, a amostragem teórica. Os conceitos sensibilizantes ajudaram-nos a definir os critérios de inclusão para a amostra inicial, que foram: mães com mais de 35 anos, primíparas ou múltiparas, gravidez sem doença (prévia ou adquirida), parto eutócico, recém-nascido sem patologia ou malformação, mulheres que proporcionassem riqueza de informação não só pela vivência do fenómeno, mas também que tivessem gosto em partilhar a sua experiência e que aceitassem participar no estudo mediante a assinatura do consentimento informado. Participaram no estudo 21 mulheres com idades compreendidas entre os 35 e os 47 anos, de 6 nacionalidades, das quais 7 possuíam uma licenciatura. Para a maioria das participantes, este era o seu primeiro (7) ou segundo filho (7). Quanto ao tipo de parto, 11 das participantes tiveram um parto eutócico, 9 foram submetidas a cesariana e 1 a fórceps. Quanto às convicções religiosas, 16 das participantes afirmaram ser católicas, sendo 5 de outros credos.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, foi-lhes atribuído um número de código e foi feita a transcrição verbatim pela primeira autora. As transcrições foram inicialmente analisadas com o *software* QSR NVivo 11 e posteriormente de forma manual. As fotografias foram sujeitas ao mesmo processo de tratamento e análise das entrevistas, ou seja, após a recolha das fotos realizada pelas participantes foi realizada a sua elicitación, isto é, a narrativa acerca das fotos, obtida através de entrevista às participantes, foi sujeita a transcrição verbatim para posterior análise (Santos, Lopes, e Botelho 2018).

Na análise dos dados, foi utilizado o método das comparações constantes na codificação inicial, focalizada e teórica. No processo de codificação, estiveram envolvidas as três autoras. Foram realizadas 26 entrevistas a 21 participantes, no hospital ou no domicílio, com duração variável entre 30 a 120 minutos e recolhidas 35 fotografias de 6 participantes. Sinteticamente, a investigação seguiu os seguintes passos: após a explicitação da questão de investigação, desenhamos o estudo e pedimos os consentimentos éticos às várias instituições envolvidas (escola/universidade, hospital e Comissão Nacional de Proteção de Dados); fase de amostragem inicial em que definimos os critérios de inclusão das participantes, solicitámos os consentimentos éticos para a utilização das fotografias e das entrevistas, e realizámos a primeira fase de recolha de dados, de que foi feita a transcrição verbatim; a análise dos dados foi realizada em simultâneo com a recolha de dados, bem como a sua discussão e a seleção de novas participantes; fase de codificação inicial em que os dados transcritos foram analisados linha a linha e codificados, usando de preferência nesta fase os códigos *in vivo*; fase de codificação focalizada em que continuámos a interagir e comparar os dados, identificando os dados mais significativos, tendo construído categorias e subcategorias; fase de amostragem teórica e codificação teórica, em que as participantes foram selecionadas intencionalmente, recorrendo ao método «bola de neve» com objetivos claros de aprofundar determinadas categorias ou dados surgidos nas fases anteriores. Nesta fase em

que foi atingida a saturação teórica dos dados, desenvolveram-se e refinaram-se as categorias, tornando-as mais conceptuais, compararam-se as categorias entre si, fez-se um retorno à literatura e, tal como na fase anterior, continuámos a elaborar memorandos e diagramas; fase de construção da teoria específica do fenómeno – nesta última fase comparámos as categorias entre si, identificámos a categoria central e os conceitos-chave em torno dos quais se organizava a teoria, bem como da relação entre a categoria central com as restantes categorias. De modo a assegurar a qualidade e fiabilidade do estudo, procedemos à avaliação do rigor segundo Beck (1993), utilizando os critérios de credibilidade, auditabilidade e ajuste/transferabilidade, complementados com os critérios recomendados por Charmaz (2014) para avaliar estudos realizados com a metodologia da *Grounded Theory*: credibilidade, originalidade, ressonância, utilidade e estética.

## Resultados

As categorias que integram o processo de «Metamorfose em Mãe» e que representaram os momentos-chave reveladores de momentos críticos e indutores de mudanças interiores foram: «Consciencializando o desejo de ser mãe»; «Escolhendo o momento certo»; «Confrontando-se com o lado obscuro»; «Cuidando de si»; e «Ser outra». No presente artigo, pela limitação de espaço, apenas abordaremos as duas primeiras: «Consciencializando o desejo de ser mãe» e «Escolhendo o momento certo».

A categoria «Consciencializando o desejo de ser mãe» representa o desejo de ser mãe e a tomada de consciência desse desejo. É composta pelas seguintes subcategorias: despertando o relógio biológico, criando/alargando uma família, perpetuando-se, solidificando a relação do casal e idealizando uma maternidade romântica, conforme figura 1.

Para as participantes do estudo o desejo de ser mãe foi emergindo a pouco e pouco, ou, noutros casos, de forma abrupta, como se de um imperativo se tratasse. As mulheres descrevem-no como o «despertar do relógio biológico», uma tomada de consciência de um desejo até então inexistente, desconhecido ou meramente adormecido. Tornar-se mãe converte-se no objetivo prioritário das suas vidas, quer seja para deixar uma marca da sua passagem – a descendência, contribuindo para a propagação da espécie e deixar uma herança genética –, quer seja para fundar uma família, realizar um projeto do casal de ter um filho comum, ou realizar um sonho do companheiro. Também várias participantes pretendiam materializar a maternidade idealizada, cujo papel desde menina era esperado como um destino definido, tendo sido incutido, ensinado ao longo dos anos de forma indelével. Surgiram nos discursos a materialização do desejo de ser mãe, de se tornar mais completa, ter vontade de criar ou alargar uma família como algo de que se orgulhasse, solidificar e manter a união do casal e perpetuar-se. Perpetuar-se, significou deixar

**Figura 1.**

Categoria «Consciencializando o desejo de ser mãe» e respetivas subcategorias.

Fonte: Santos, Lopes e Botelho (2019).



a sua carga genética e prolongar-se na descendência como um reflexo de si a quem pudesse transmitir o modelo de relação mãe-filha vivenciado com a própria mãe, corresponder ao papel social esperado, bem como criar uma imagem positiva e duradoura de mãe perante os filhos. Vê-se assim que ser mãe é um processo de decisão pessoal, mas também inscrito numa matriz familiar e social que responde a anseios que não são exclusivos da mulher.

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

A figura 2 mostra os anéis de noivado e de casamento de uma das participantes e a sua narrativa espelha a importância de criar uma família e solidificar a relação: «Foi um momento importante. Casei depois do nascimento do meu primeiro filho [...] [representa] o símbolo físico de uma união [...] a felicidade



que sinto em estar casada com o meu marido [...]. Adoro as minhas alianças. Sou muito feliz!» (E18).

**Figura 2.**

Fotografia ilustrativa de «Criando ou alargando uma família/solidificando a relação».

Fonte: Santos, Lopes e Botelho (2019).



A segunda categoria, «Escolhendo o momento certo», diz respeito ao padrão de condições e motivações das participantes para engravidarem e inclui as seguintes subcategorias, conforme figura 3: encontrando o homem certo; ultimando projetos; alcançando a estabilidade financeira; sentindo a pressão social; sentindo a idade; avaliando o risco; e vivendo a gravidez como se fosse a última.

**Figura 3.**

Categoria «Escolhendo o momento certo» e respetivas subcategorias.

Fonte: Santos, Lopes e Botelho (2019).



A escolha do momento certo traduz-se pela conjugação de vários fatores, sendo uma das condições e, talvez a mais relevante, o facto de ter encontrado o homem certo/pai certo. Ter encontrado o parceiro certo, «encontrei uma pessoa que achei que realmente valia a pena» (E3), significa ter com ele uma boa relação afetiva e reconhecer ter encontrado a pessoa certa, mesmo ideal, com quem valerá a pena ter um filho. Esta condição é mais notória nas mulheres que tiveram relacionamentos conjugais anteriores de insucesso. A este propósito, uma das participantes comentou assim a foto da figura 4:

simboliza a ligação que é muito importante, o facto de o pai estar muito presente, de ser um pai presente. [...] ele é uma pessoa com uma sensibilidade grande e [...] o pai é um ponto muito importante [...] desta vez é tudo diferente para melhor! (E7)

**Figura 4.**

Fotografia ilustrativa de «Escolhendo o homem certo».

Fonte: Santos, Lopes e Botelho (2019).



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

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

A decisão de ser mãe surgiu também como resultado da pressão social para ter filhos:

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

Ser mãe foi o que deu significado e importância ao ser mulher; sem filhos ficavam esvaziadas de conteúdo, da funcionalidade para a qual foram educadas e preparadas. Para algumas participantes, a pressão social para terem filhos, de não quererem que o primeiro filho fosse filho único, bem como a noção de que o tempo de idade fértil se estava a esgotar e aquela poder ser a última oportunidade de serem mães, contribuiu também para a tomada de decisão de engravidarem: «então com a minha idade se não engravidar agora que já estou com 41, então não engravidado mais» (E15).

A idade foi percebida de modos diferentes pelas participantes: umas receavam pela idade e pela sua saúde ou por já não serem mães há muitos anos, outras preferiam ignorar a idade e as suas limitações, pensando e agindo como se fossem mais novas. O fator idade foi relativizado, sem, contudo, deixarem de se interrogar: «ser mãe aos 38, daqui a 10 anos vou ter 48, será que terei forças para brincar com o meu filho como agora?» (E2). Algumas participantes mostraram estar conscientes da inevitabilidade do seu envelhecimento e da perda de faculdades, referindo sentir o corpo gasto, o cansaço ser mais frequente e terem mais falta de vigor. Referiam sentir o tempo de vida a encurtar, facto que as impediria de acompanhar a vida e o crescimento dos filhos: «enquanto os nossos pais nos viram crescer e viram os netos e alguns têm a sorte de ver os bisnetos, nós o mais certo é não termos essa sorte» (E10). Lidar com os sinais físicos da idade como as rugas e os cabelos brancos, mesmo que aceites pelas participantes como naturais, contrariam a representação social da mãe jovem. Por esse motivo, a aparência, reveladora da idade avançada fê-las recear serem olhadas como «mães-avós» (E7). A força social e o receio de serem estigmatizadas pela idade avançada fez com que algumas se sentissem inibidas de amamentar em público, por esta imagem ser inusitada e poder chocar os outros.

O estarem conscientes de que corriam mais riscos do que em fases anteriores da vida, principalmente o de poderem ter um filho com anomalias ou problemas de saúde, levou-as a uma maior vigilância da gravidez e a serem mais prudentes na tomada de algumas decisões que podiam pôr em risco a gravidez. Outras participantes, estranhamente, negavam o risco da gravidez na fase mais extrema da vida reprodutiva, desconhecendo ou recusando assim a evidência científica. Procurando compreender a razão desta descrença na evidência científica, percebemos que acreditam na eficácia da natureza humana de conseguir eliminar anomalias. Assim, o aborto espontâneo era encarado como uma possibilidade de a natureza

humana exercer o seu papel seletivo. Esta convicção permitiu-lhes engravidar tardiamente sem viverem níveis de stress excessivos: «o próprio corpo rejeita a gravidez se as coisas não estiverem a acontecer bem e eu acho que isso é normal e é benéfico que assim seja, não é? (...), portanto eu encaro o aborto (como) uma coisa natural» (E18).

Constatou-se que a maternidade nesta faixa etária foi uma decisão que, sendo muito desejada, foi simultaneamente muito pensada e o seu planeamento bem escrutinado e ponderado. Planeada ou não, a confirmação da gravidez foi sempre recebida pelas participantes com surpresa e emoção, sendo referida como um dos momentos mais importantes da sua experiência de maternidade. A consciência de que esta poderia ser a sua última oportunidade de serem mães, levou-as a viverem intensamente a gravidez: «vivi-a intensamente [a gravidez] [...], é uma experiência única. Só quem passa pela experiência é que sabe mesmo dar o valor» (E2);

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

## Discussão

As duas categorias que integram o Processo de Metamorfose em Mãe (Consciencializando o Desejo de Ser Mãe; Escolhendo o Momento Certo), abordadas no presente artigo, descrevem a parte inicial do processo de transição e desenvolveram-se a par e passo com as fases descritas por Meleis (2010), nomeadamente: surgimento do evento crítico e reestruturação de objetivos. Neste processo, que culmina com a aquisição da identidade materna, a identidade das participantes foi sofrendo alterações, que denominámos, nestas primeiras duas fases, de identidade questionada e identidade planeada.

Os fatores desencadeantes deste processo centraram-se quer no desejo exclusivo da mulher (despertando o relógio biológico, criando/alargando uma família, perpetuando-se), quer no desejo de estabilidade da vida do casal (solidificando a relação do casal, idealizando uma maternidade romântica).

Os achados acerca do despertar do relógio biológico revelam que ser mãe se torna um imperativo porque o tempo para atingir tal objetivo se está a esgotar. Este achado está de acordo com estudos anteriores, como os de Tough, Vekved e Newburn-Cook (2012) e Keurst, Boivin e Gameiro (2016), quando referem que decisões sobre o momento de assumir e concretizar a maternidade das mulheres foram afetadas (e pressionadas) pela sensação de terem o tique-taque do relógio biológico a marcar o tempo.

Dar um sentido e manter a relação com o companheiro através de um projeto comum ou satisfazer o seu desejo de paternidade e perpetuar-se na descendência foram outras razões invocadas pelas participantes deste estudo que contribuíram para a consciencialização do desejo de ser mãe, iniciando assim a transformação da sua identidade e antecipando o papel materno (Santos, 2018).

Há cada vez mais mulheres a decidir não ter filhos, embora Craig *et al.* (2014) afirmem que a evidência científica sugere que muitas das mulheres da geração sem filhos na realidade desejava ter filhos, mas podem ter subestimado o seu relógio biológico ou a disponibilidade de potenciais pais, deixando-as sem filhos numa idade avançada. Para as mulheres que decidem manter-se deliberadamente sem filhos, as razões são várias e assentam na diversidade das suas trajetórias de vida e que, muitas vezes, escapam ao seu controlo. Tocchioni *et al.* (2015) apontam o desenvolvimento pessoal e as mudanças no contexto social como fatores interveientes na decisão de não ter filhos, embora considerem determinantes a sua história de vida afetiva com o parceiro, a educação e o emprego.

Segundo Peterson (2011), o estigma associado ao não ter filhos ou não desejar ter filhos apresenta-se atenuado no caso de a mulher ainda não ter encontrado o homem certo ou no caso de não poder ser mãe por problemas de infertilidade. O estigma de não ter filhos está fortemente associado ao género, sendo mais bem aceite que um homem não queira ter filhos do que a mulher, que é vista como estando a trair o seu género e o papel principal que a sociedade lhe atribui: a maternidade. Segundo Peterson (2015), o benefício de ficar sem filhos reside no sentimento de liberdade que daí advém, que se materializa em maiores oportunidades de autorrealização, melhores condições financeiras, diminuição das responsabilidades domésticas, maior mobilidade geográfica, possibilidade de novas experiências e maiores oportunidades de socialização. Contrariamente, a maternidade apresenta-se como consumidora de tempo, uma prisão, um risco para a saúde pela privação de sono e cansaço extremo que os cuidados permanentes à criança requerem (Santos 2018). Nesta perspetiva, a opção de não ter filhos está também relacionada com o manter a saúde, a independência e a autonomia. Para Lipovetsky (2017), o individualismo contemporâneo favoreceu e determinou o narcisismo e o hedonismo enquanto superinvestimento do *Eu*, que funciona à força do prazer e do bem-estar, mas também favoreceu os movimentos feministas ao retirar a mulher do seu estatuto de passividade e de resignação relativamente à procriação.

No nosso estudo, a decisão de que era o momento certo para ter um filho foi, para algumas participantes, influenciada pela pressão social exercida principalmente pelos familiares mais próximos, que lhes fizeram sentir estarem a fugir à norma, o que de certo modo as fez sentir estigmatizadas. Guedes *et al.* (2015) também identificaram a pressão social como uma das motivações para a parentalidade, embora Frejka *et al.* afirmem que ter filhos «é cada vez menos considerado como um dever para com a sociedade» (2008, 10). Daly e Bewley (2013) são de

opinião que a pressão social para ter filhos exercida sobre as mulheres, e percebida por elas, está relacionada com a necessidade de corresponder às normas da sociedade que mapeiam as expectativas sociais e culturais de, por exemplo, indicar a idade certa ou adequada para se ter filhos. No nosso estudo, também a pressão social esteve relacionada com a idade «certa» e socialmente aceite para se ter filhos. Porém, a condição mais relevante e determinante para «escolher o momento certo» foi a de «ter encontrado o homem certo», um pai certo para levar por diante um projeto desta envergadura. Também Cooke *et al.* (2010), Petersen *et al.* (2015) e Tough *et al.* (2012) enumeraram a falta de parceiro como a razão mais proeminente para permanecer sem filhos na idade avançada. Tough *et al.* (2012) salientam que o principal fator influenciador da decisão de ter filhos é a existência de uma relação afetiva estável. Aasheim *et al.* (2014) são de opinião que muitas mulheres adiam a decisão de ter filhos para dar prioridade à educação e à carreira, para ter segurança financeira e para encontrar o parceiro certo antes de tentar engravidar, tal como constatámos no nosso estudo. A necessidade de tempo para ultimar projetos de educação e carreira profissional foi outro fator decisivo para a escolha do momento certo para engravidar por parte das participantes do estudo, fatores também apontados por Benzies *et al.* (2006), Cooke *et al.* (2010) e Petersen *et al.* (2015).

No nosso estudo, a instabilidade económica, financeira e laboral resultante da crise económica do país foi outro fator que condicionou o adiamento da decisão de ter um filho, opinião também partilhada por Mendes *et al.* (2016). Também Berrington e Pattaro (2014) sugerem que a insegurança económica está associada à intenção de permanecer sem filhos, à incerteza sobre a dimensão pretendida da família e a concretização das intenções de fertilidade. O prolongamento dos estudos académicos e o intenso envolvimento numa carreira profissional são igualmente outras das razões apontadas por Mendes *et al.* (2016) para as mulheres portuguesas protelarem os seus percursos reprodutivos. A par da pressão social mencionada anteriormente, para as participantes, a noção de que o tempo de idade fértil se estava a esgotar e poderia ser a última oportunidade de serem mães contribuiu também para a tomada de decisão de considerar que era o momento certo para engravidar. Para Daly e Bewley (2013), a vulgarização do adiamento da maternidade para idades em que a reprodução se torna mais difícil e arriscada originou um conflito entre relógios biológicos e sociais.

## Conclusões

A tomada de consciência do desejo de ser mãe foi o evento crítico que desencadeou o processo de transição de Metamorfose em Mãe. Os fatores desencadeantes deste processo centraram-se quer no desejo exclusivo da mulher (desperutando o relógio biológico, criando/alargando uma família, perpetuando-se), quer

no desejo de estabilidade da vida do casal (solidificando a relação do casal, idealizando uma maternidade romântica). A segunda fase do processo foi a «Escolha do momento certo» e implicou a reestruturação de objetivos. Para a escolha do momento certo contribuiu a pressão social relacionada com a idade «certa» e socialmente aceite para se ter filhos. Porém, a condição mais relevante e determinante para «escolher o momento certo» foi a de «ter encontrado o homem certo», um pai certo para o filho idealizado e projetado. Neste processo inicial de aquisição da identidade materna, a identidade das participantes foi sofrendo alterações, passando por uma identidade questionada a uma identidade planeada. Ao tornarem-se mães, as mulheres sentiram que passaram a pertencer ao grupo das mães, por essa pertença lhes permitir reforçar aspetos positivos da sua identidade, como, por exemplo, desempenhar o papel feminino da maternidade e com ele responder à pressão social para ter filhos e dar continuidade aos genes e à espécie. Este sentido de pertença permitiu-lhes de igual modo subestimar ou abolir outras características, como, por exemplo, o antigo *self* independente e organizado, agora ajustado em torno das próprias necessidades.

A maternidade tardia é um fenómeno social crescente nos países desenvolvidos, que, pela sua atualidade e pertinência, se repercute na prática profissional dos/as enfermeiros/as, no ensino e na investigação. O seu aprofundamento conduzirá a um melhor conhecimento da natureza, condições e padrões de resposta face à transição, de modo a identificar tipos, propriedades, condições pessoais, sociais e da comunidade, tendo em vista desenhar e implementar um cuidado efetivo de enfermagem, facilitador da transição para a maternidade em idades tardias.

### Referências bibliográficas

- Aasheim, Vigdis, Ulla Waldenström, Svein Rasmussen, Birgitte Espehaug, e Erica Schytt. 2014. «Satisfaction with Life during Pregnancy and Early Motherhood in First-Time Mothers of Advanced Age: A Population-Based Longitudinal Study». *BMC Pregnancy and Childbirth* 14 (1): 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-86>
- Beck, Cheryl Tatano. 1993. «Qualitative Research: The Evaluation of Its Credibility, Fittingness, and Auditability». *Western Journal of Nursing Research* 15 (2): 263-266. DOI: <https://doi.org/10.1177/019394599301500212>
- Benzie, Karen, Suzanne Tough, Karen Tofflemire, Corine Frick, Alexandra Faber, e Christine Newburn-Cook. 2006. «Factors Influencing Women's Decisions about Timing of Motherhood». *JOGNN – Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 35 (5): 625-633. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00079.x>
- Berrington, Ann, e Serena Pattaro. 2014. «Educational Differences in Fertility Desires, Intentions and Behaviour: A Life Course Perspective». *Advances in Life Course Research* 21: 10-27. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2013.12.003>

- Carolan, Mary, e Dorota Frankowska. 2011. «Advanced Maternal Age and Adverse Perinatal Outcome: A Review of the Evidence». *Midwifery* 27 (6): 793-801. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.006>
- Charmaz, Kathy. 2014. *Constructing Grounded Theory*. 2.<sup>a</sup> ed. London: Sage.
- Cooke, Alison, Tracey A. Mills, e Tina Lavender. 2010. «'Informed and Uninformed Decision making'—Women's Reasoning, Experiences and Perceptions with Regard to Advanced Maternal Age and Delayed Childbearing: A Meta-Synthesis». *International Journal of Nursing Studies* 47 (10): 1317-1329. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.06.001>
- Craig, Benjamin M., Kristine A. Donovan, Liana Fraenkel, Verity Watson, Sarah Hawley, e Gwendolyn P. Quinn. 2014. «A Generation of Childless Women: Lessons from the United States». *Women's Health Issues* 24 (1): e21-27. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2013.09.005>
- Daly, Irene, e Susan Bewley. 2013. «Reproductive Ageing and Conflicting Clocks: King Midas' Touch». *Reproductive BioMedicine Online* 27 (6): 722-732. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.09.012>
- FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics. n.d. «Pregnancy: Risks and Complications». Available at <https://www.figo.org/pregnancy-risks-and-complications>
- Flick, Uwe. 2014. *An Introduction to Qualitative Research*. London: Sage.
- Frejka, T., J. Hoem, L. Toulemon e T. Sobotka. 2008. *Childbearing Trends and Policies in Europe: An Overview*. Norderstedt: Books on Demand.
- Graça, Luis Mendes. 2017. *Medicina Materno-Fetal*. 5.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Lidel.
- Guedes, Maryse, Marco Pereira, Raquel Pires, Paula Carvalho, e Maria Cristina Canavarro. 2015. «Childbearing Motivations Scale: Construction of a New Measure and Its Preliminary Psychometric Properties». *Journal of Child and Family Studies* 24: 180-194. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9824-0>
- Kanazawa, Satoshi. 2014. «Intelligence and Childlessness». *Social Science Research* 48: 157-170. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2014.06.003>
- Keurst, Anne, Jacky Boivin, e Sofia Gameiro. 2016. «Women's Intentions to Use Fertility Preservation to Prevent Age-Related Fertility Decline». *Reproductive BioMedicine Online* 32 (1): 121-131. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2015.10.007>
- Lampinen, Reeta, Katri Vehviläinen-Julkunen, e Päivi Kankkunen. 2009. «A Review of Pregnancy in Women over 35 Years of Age». *Open Nursing Journal* 3: 33-38. DOI: <https://doi.org/10.2174/1874434600903010033>
- Lipovetsky, Gilles. 2017. *A Era Do Vazio – Ensaios Sobre O Individualismo Contemporâneo*. Lisboa: Edições 70.
- Meleis, Afaf Ibrahim. 2010. *Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer.
- Mendes, Maria Filomena, Paulo Infante, Anabela Afonso, Andreia Maciel, Filipe Ribeiro, Lídia P. Tomé, e Rita B. Freitas. 2016. *Introdução ao Estudo – Determinantes da Fecundidade em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em <https://www.ffms.pt/publicacoes/grupo-estudos/1517/determinantes-da-fecundidade-em-portugal>
- Mercer, Ramona T. 2004. «Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment». *Journal of Nursing Scholarship* 36 (3): 226-232. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>



- Peterson, Helen. 2011. «Barnfri: En Stigmatiserad Position [Childfree: A Stigmatized Position]». *Sociologisk Forskning* 48 (3): 5-26. JSTOR: <https://www.jstor.org/stable/4169814>
- Peterson, Helen. 2015. «Fifty shades of freedom. Voluntary childlessness as women's ultimate liberation». *Women's Studies International Forum* 53: 182-191. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2014.10.017>
- Petersen, K. Birch, Hvidman, H. W., Sylvest, R., Pinborg, A., Larsen, E. C., Macklon, K. T., Andersen A. Nyboe e Schmidt L. 2015. «Family Intentions and Personal Considerations on Postponing Childbearing in Childless Cohabiting and Single Women Aged 35-43 Seeking Fertility Assessment and Counselling». *Human Reproduction* 30 (11): 2563-2574. DOI: <https://doi.org/10.1093/humrep/dev237>
- Ramalho, Rodrigo, Peter Adams, Peter Huggard, e Karen Hoare. 2015. «Literature Review and Constructivist Grounded Theory Methodology». *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* 16 (3): Art. 19. Disponível em <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/issue/view/53>
- Santos, Maria. 2018. «O Processo de Metamorfose da Mulher acima dos Trinta e Cinco Anos em Mãe: Uma Teoria Específica da Situação». Tese de Doutorado. Universidade de Lisboa.
- Santos, Maria, Maria Lopes, e Maria Botelho. 2018. «Photovoice as a Method of Data Collection in the Study of Motherhood over the Age of 35: The Power of Images». In *Computer Supported Qualitative Research. ISQR 2017. Advances in Intelligent Systems and Computing*, organizado por A. P. Costa, L. P. Reis, F. N. Souza, e A. Moreira, 316-326. Cham, Suíça: Springer. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-3-319-61121-1\\_27](https://doi.org/10.1007/978-3-319-61121-1_27)
- Santos, Maria, Maria Lopes, e Maria Botelho. 2019. «Do consciencializar a decidir ser mãe depois dos 35 anos: Um estudo de Grounded Theory». *Atas CIAIQ 2019: Investigação Qualitativa em Saúde*, 2: 31-40. Disponível em <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2001>
- Streubert, Helen, and Dona Rinaldi Carpenter. 2013. *Investigação Qualitativa Em Enfermagem – Avançando O Imperativo Humanista*. 5.<sup>a</sup> ed. Loures: Lusodidacta.
- Subrat, Panda, Singh A. Santa, e Jha Vandana. 2013. «The Concepts and Consequences of Early Ovarian Ageing: A Caveat to Women's Health». *Journal of Reproduction & Infertility* 14 (1): 3-7. Disponível em <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=280075>
- Tocchioni, Valentina, Monika Mynarska, Anna Matysiak, Anna Rybin, e Daniele Vignoli. 2015. «Diverse Paths into Childlessness over the Life Course». *Advances in Life Course Research* 25: 35-48. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2015.05.003>
- Tough, Suzanne, Monica Vekved, e Newburn-Cook, Christine. 2012. «Do Factors That Influence Pregnancy Planning Differ by Maternal Age? A Population-Based Survey.» *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 34 (1): 39-46. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)35132-5](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)35132-5)
- Waldenström, Ulla. 2016. «Postponing Parenthood to Advanced Age». *Upsala Journal of Medical Sciences* 121 (4): 235-243. DOI: <https://doi.org/10.1080/03009734.2016.1201553>
- Wang, Caroline e Mary Ann Burris. 1997. «Photovoice: Concept, Methodology, and Use for Participatory Needs Assessment». *Health Education & Behavior* 24 (3): 369-387. DOI: <https://doi.org/10.1177/109019819702400309>
- Wertz, F. J., K Charmaz, L. McMullen, R. Josselson, R. Anderson, e E. McSpadden. 2011. *Five Ways of Doing Qualitative Analysis: Phenomenological Psychology, Grounded Theory, Discourse Analysis, Narrative Research, and Intuitive Inquiry*. New York: Guilford Press.

**Maria Anabela Ferreira dos Santos.** Professora Coordenadora (ESEL) 2008. Doutoramento em Enfermagem (2018) UL/ESEL. Mestrado em Ciências de Enfermagem (1995) da UCP. Título de Especialista em Enfermagem da ESEL 2012. Especialização em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica (1993) – Esc. Pós-Básica de Lisboa. Coordenadora do Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica da ESEL. Orientação de teses (mestrados e doutoramento).  
Endereço eletrónico: afsantos@esel.pt

**Maria dos Anjos Pereira Lopes.** Enfermeira desde 1972, com 14 anos na prática de cuidados na UTIC. Professora Coordenadora na ESEL desde 1986. Doutoramento Ciências de Enfermagem no ICBAS (2007). Mestrado Enfermagem na UCP (1994). Coordenação do atual PE CLE da ESEL. Membro da C. Científica de doutoramento no projeto de parceria UL/ESEL. Participação em júris de douramento, mestrado e concurso de enfermeiro especialista. Membro da Ordem dos Enfermeiros e dos Órgãos Nacionais da C. de Especialidade de Enf. Médico-Cirúrgica, 1998.  
Endereço eletrónico: maveiga@esel.pt

**Maria Antónia Rebelo Botelho.** Professora Coordenadora (ESEL). Doutoramento em Filosofia (2003) U. Nova de Lisboa. Mestrado em Ciências de Enfermagem (1994) da UCP. Especialização em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica (1989) – Esc. Pós-Básica de Lisboa. Coordenadora do Doutoramento em Enfermagem da UL/ESEL. Coordenadora da Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem e Linha de Investigação Experiência Vivida e Epistemologia da Prática. Orientação de teses (doutoramento e mestrado). Presidente da Comissão de Ética da ESEL.  
Endereço eletrónico: rbotelho@esel.pt

*Artigo recebido a 02 de fevereiro e aceite para publicação a 01 de junho de 2020.*