

MESTRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

O nascimento de uma mãe em
contexto migratório: experiências de
mulheres de nacionalidade brasileira.
Maria Carolina Ellery Corrêa

M

2023



Universidade do Porto

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**O NASCIMENTO DE UMA MÃE EM UM CONTEXTO MIGRATÓRIO:
EXPERIÊNCIAS DE MULHERES DE NACIONALIDADE BRASILEIRA**

Maria Carolina Ellery Corrêa

Junho de 2023

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pelo Professor Doutor *Joaquim Luís Braga dos Santos Coimbra* (FPCEUP) e coorientada pela Professora Doutora *Mariana Teixeira Lopes Veloso Martins* (FPCEUP).

Avisos legais

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Joaquim Coimbra, pela orientação e inspiração acadêmica.

À Professora Doutora Mariana Veloso Martins, pela sua disponibilidade, estímulo e segura orientação.

À todas as entrevistadas, pela disponibilidade na partilha de suas ricas histórias, permitindo o desenvolvimento desta dissertação de mestrado.

À Ana Sofia, minha filha, que esteve presente no meu ventre em grande parte do caminho.

Ao Natan, meu esposo, que me acompanhou em todas as noites em claro, me motivando a nunca desistir do sonho de ser psicóloga.

Aos meus pais, Ana e Márcio, que se fizeram presentes na distância, sempre apoiando e guiando em todas as minhas decisões.

Às minhas irmãs, Giovana e Isabela, pela compreensão e suporte em todo o caminho.

Aos meus avós, Celina e Guilherme, pelos conselhos e fomento pelo amor à academia.

À Ana Maria, minha sogra, pela constante presença e apoio.

À minha madrinha, Anelise, por ser inspiração enquanto ser humano e profissional.

Resumo

A entrada na maternidade é um processo singular em cada mulher, mas igualmente desafiador pelas adaptações inerentes ao novo cenário experienciado. No período perinatal a mulher vivencia novas sensações físicas, sociais e psicológicas, sendo este estágio descrito pela bibliografia como a segunda adolescência. A presente dissertação desenvolve um estudo qualitativo de mulheres brasileiras que residem em solo português, migrantes, e que se tornaram mães do(a) primeiro filho(a), com o objetivo de compreender de que modo essa mulher lida com todo o processo da maternidade. A pesquisa foi realizada através do relato de nove participantes, captando as percepções e vivências de mulheres nesse momento de suas vidas, distantes de seu país de origem e de seus grupos familiares e afetivos. Para o levantamento sociodemográfico e a realização das entrevistas semiestruturadas foram utilizadas as ferramentas *Google Forms* e *Google Meet*, respectivamente, aplicando o software *NVivo* para a categorização e análise de conteúdo. Como resultado, o estudo apresenta uma análise dos fatores relacionados à adaptação ao contexto português, ao desejo de ser mãe, à entrada na maternidade e às expectativas face ao futuro do(a) filho(a), concluindo-se que o fator mais evidenciado se associa ao distanciamento familiar, sendo este elemento de proteção para a entrada na maternidade e possíveis implicações psicológicas.

Palavras-chave: Maternidade; Desejo de ser mãe; Apoio Social; Brasil; Portugal; Migração.

Abstract

Entering motherhood is a unique process for each woman, but equally challenging due to the inherent adaptations to the new scenario presented. In the perinatal period, women experience new physical, social and psychological sensations, and this stage is described in the literature as the second adolescence. This dissertation develops a qualitative study of Brazilian women living in Portuguese soil, who are migrants, and have become mothers of their first child, aiming at understanding how this woman deals with the whole process of motherhood. The research was carried out through the report of nine participants, capturing the perceptions and experiences of women at that moment in their lives, far from their country of origin, from their family and affective groups. For the sociodemographic survey and the semi-structured interviews, Google Forms and Google Meet were used, respectively, applying the NVivo software for categorization and content analysis. As a result, the study presents an analysis of factors related to adaptation to the Portuguese context, desire to be a mother, entry into motherhood and expectations regarding the future of the child, concluding that the most evident factor is associated with family distance, being this element of protection for entry into maternity and possible psychological implications.

Keywords: Maternity; Desire to be a mother; Social support; Brazil; Portugal; Migration.

Résumé

L'entrée dans la maternité est un processus unique pour chaque femme, mais tout aussi difficile en raison des adaptations inhérentes du nouveau scénario vécu. Dans la période périnatale, les femmes éprouvent des nouvelles sensations physiques, sociales et psychologiques, et cette phase est décrite dans la littérature comme la deuxième adolescence. Cette mémoire de maîtrise développe une étude qualitative des femmes brésiliennes qui vivent sur le sol portugais, migrantes, et qui sont devenues mères de leur premier enfant, dans le but de comprendre comment cette femme s'occupe de tout le processus lié à la maternité. La recherche a été menée à travers les rapports de neuf participantes, capturant les perceptions et les expériences des femmes à ce moment de leur vie, loin de leur pays d'origine et de leurs groupes familiaux et affectifs. Pour l'enquête sociodémographique et les entretiens semi-structurés, les outils Google Forms et Google Meet ont été utilisés, respectivement, aussi bien que le logiciel NVivo pour la catégorisation et l'analyse de contenu. En ce sens, l'étude présente une analyse des facteurs liés à l'adaptation au contexte portugais, au désir d'être mère, à l'entrée dans la maternité et aux attentes concernant l'avenir de l'enfant, concluant que le facteur le plus évident est associé à l'éloignement familial, étant cet élément protection à l'entrée dans la maternité et les éventuelles implications psychologiques.

Mots clés : Maternité ; Désir d'être mère; Bien-être; Brésil; Le Portugal; Migration.

Índice

Introdução

Capítulo I – Enquadramento teórico

1. Novo conceito da maternidade
2. Maternidade ao longo do tempo
3. A entrada na maternidade
4. A mudança na mulher após a transição para a maternidade
5. Multifunções e o adiamento da gravidez
6. Relação conjugal
7. Suporte Social
8. Migração

Capítulo II - Estudo Empírico

- 1) Objetivo
- 2) Metodologia
 - a) Procedimento
 - b) Instrumentos
- 3) Resultados
 - a) Adaptação ao contexto português
 - b) Desejo de ser mãe
 - c) Entrada na maternidade
 - a) Expectativas face ao futuro do(a) filho(a)
- 4) Discussão
- 5) Conclusão

Referências bibliográficas

Anexos

Introdução

O nascimento do primeiro filho representa a passagem de um estágio a outro na vida da mulher. Neste momento nasce não só uma criança, mas uma mãe, sendo descrita na bibliografia como mãe recém-nascida (Albuquerque & Guedes, 2021), assim como bebê recém-nascido. Essa transição é descrita por Rheingold (1964) como um “degrau na feminilidade”, sendo um passo importante para o desenvolvimento dessa mulher.

A entrada na maternidade não só é vista como um traço na feminilidade, mas também um evento de esfera biopsicossocial que necessita de um novo nível de organização e equilíbrio, sendo comparado com a puberdade, estudado por Erik Erikson e Jean Piaget. (Breen, 1975).

O desejo de ter um filho é sentido por muitas mulheres, sendo resultante de forças biológicas e ambientais, envolvidas nas fantasias nascidas desse sentimento. A representação da “imortalidade simbólica” (Barreto & Moreira, 2014) e a continuidade do seu eu em outro ser são também motivação para o desejo de ser mãe.

Desta forma, a presente dissertação de mestrado tem como objetivo estudar sobre a entrada na maternidade - nas esferas fisiológicas, psicológicas e sociais - e as futuras perspectivas face ao filho em contexto migratório, estabelecendo conexões com as etapas da pré-maternidade, gravidez e pós-parto.

O estudo foi apoiado nos aspectos teórico e empírico, trazendo como contribuição os olhares e as vivências das entrevistadas para encontrar caminhos para reduzir os impactos negativos desse processo.

Embora a maternidade seja um processo compartilhado por muitas mulheres, experiências únicas são sentidas, sendo difícil fazer generalizações precisas. (Rice & Else-Quest, 2005 cited in Worell & Goodheart, 2005). De acordo com análises estatísticas brasileiras de 2015, (IBGE, 2015), 42,3% das famílias brasileiras são constituídas por casais com filhos, 19,9% casais sem filhos, 16,3% mães monoparentais, 2,2% pais monoparentais, 7,3% unipessoal feminino e 7,2% unipessoal masculino.

Tais estatísticas demonstram a heterogeneidade da população, havendo diferentes perspectivas face a cada contexto, havendo uma imensidão de outras variáveis a serem analisadas

para além do tamanho do agregado familiar. Contudo, a fim de avaliar perspectivas mais abrangentes da população geral, foi considerada amostra de casais heterossexuais, sendo avaliado seu processo de entrada de maternidade em contexto migratório.

Segundo Jean Hanford (1968), não importa o quanto a mãe queira ter um filho, aspetos negativos serão experienciados no decorrer da maternidade. Estudos revelam que mesmo quando as mulheres conseguem engravidar após procedimentos artificiais, como Inseminação Artificial (IA) ou Fertilização em Vitro (FIV), estas apresentam maior risco de depressão durante a gravidez e nos puerpérios (Olshanky & Sereika, 2005 cited in Corrêa et al., 2007). Relativamente a gravidez indesejada, esta está associada a comportamentos de risco no período gestacional (Brown & Eisenberg, 1995; Crissey, 2005; Joyce et al., 2000; Maxson & Miranda, 2011; Mohllajee et al., 2007; Koreman et al., 2002; Santelli et al., 2009 cited in Natividade et al., 2020), sendo importante compreender os impactos que poderão ocorrer na transição para a maternidade.

Portanto, após a compreensão do processo vivenciado antes, durante e depois do teste positivo de gravidez, este estudo também salienta a compreensão das atitudes face à maternidade, assim como a resiliência sobre a nova experiência vivida. Como enquadramento teórico, fatores como: (1) Novo conceito da maternidade, o estudo da (2) Maternidade ao longo do tempo, (3) A entrada na maternidade, (4) A mudança das mulheres após a transição para a maternidade, (5) Multifunções e o adiamento da gravidez (6) Relação conjugal, (7) Suporte Social e (8) Migração, serão aspetos aprofundados no primeiro capítulo.

No segundo capítulo, serão analisadas as hipóteses deste estudo, assim como a caracterização do procedimento de recolha de dados, análise dos resultados, discussão e considerações finais.

1. Novo conceito da maternidade

Atualmente, ser mãe não é mais um processo em que se precise de um parceiro, assim como não é mais visto como um requisito de ideais sociais (Rocha-Coutinho, 2015 cited in Natividade et al., 2020). Portanto, ser mãe pode ser uma escolha, sendo permitido através de Inseminação Artificial (IA), Fertilização in Vitro (FIV) ou uso de métodos contraceptivos, em caso de não desejo.

De acordo com Langdridge et al. (2005), após a reformulação de estudos de Hoffman et al. (1978) sobre desejo de ter filho, foi realizado uma escala com 11 níveis, detalhando as razões de casais optarem ou não, ter filhos (Natividade et al., 2020). Enquanto as razões para querer ter um filho: (1) sentir-se realizado ao criar um filho; (2) para satisfazer o desejo do cônjuge; (3) construir uma família; (4) cumprir o impulso biológico; (5) ser capaz de dar à criança uma boa casa e (6) considerar a criança uma parte dos dois pais. Já as razões de não ter filhos são: (1) noção de que há outras importâncias na vida; (2) restrição da liberdade; (3) falta de desejo do parceiro de ter crianças; (4) interferência na carreira e (5) preocupação com a superpopulação do planeta.

Antes de compreender sobre as mudanças que existem na mulher após a entrada na maternidade, é crucial estudar o processo de tomada de decisão de ter um filho, para além se esse existiu. De acordo, ainda, com os dados estatísticos do IBGE de 2015, 19,9% das famílias brasileiras são caracterizadas por casais sem filhos, havendo impacto positivo no seu rendimento económico, caracterizando-se por: 39,71% no grupo sem rendimentos ou até 1 salário mínimo, 49,38% mais de 1 até 5 salários mínimos e 10,93% mais de 5 salários mínimos, representando o grupo familiar com maiores rendimentos, sendo os outros “casal com filhos”, “mulher com filhos” e “homem com filhos”. Implicitamente, tais resultados já demonstram uma das razões em que casais e/ou mulheres e/ou homens desejam não ter filhos, sendo também justificado por estudiosos (Rocha-Coutinho, 2015 cited in Natividade et al., 2020) que uma das razões da diminuição da fecundidade de 2,32 filhos em 2000 para 1,80 filhos por mulher em 2015 resulta de ter filhos não ser mais requisito para cumprir os ideais sociais (Rocha-Coutinho, 2015 cited in Natividade et al.,

2020), para além dos métodos contraceptivos (Ajzen & Klobas, 2013; Santos, 2013; Travassos-Rodriguez & Féres-Carneiro, 2013 cited in Natividade et al., 2020).

Dessa forma, com tantas variáveis que afetam o desejo de ter filho, como o impacto económico, não “obrigação” social e a oferta de contraceptivos seguros, atualmente, a criança vem acompanhada por mais planeamento, resultando de uma transição mais previsível, mas igualmente desafiadora. Pesquisas mostram que a probabilidade de ser mãe está relacionada com o aumento da idade e o número de filhos anteriores, havendo uma diminuição com o aumento das mesmas; enquanto a probabilidade é aumentada em mulheres casadas satisfeitas com a distribuição do trabalho doméstico, sendo mais provável em relacionamentos conjugais entre 5 e 9 anos ((Mencarini et al., 2015; Schoen et al., 1999 cited in Natividade et al., 2020).

Mesmo acreditando que com o avanço dos métodos contraceptivos e a psicoeducação sobre cuidados para prevenção de uma gravidez não desejada, ainda esta existe, sendo associada a pior saúde psicossocial da mãe e do bebé, início tardio do pré-natal, menor intenção de amamentar, comportamento fumante, nascimento prematuro, baixo peso do recém-nascido e até fim da gestação (Brown & Eisenberg, 1995; Crissey, 2005; Joyce et al., 2000; Maxson & Miranda, 2011; Mohllajee et al., 2007; Koreman et al., 2002; Santelli et al., 2009 cited in Natividade et al., 2020).

Conforme mencionado anteriormente sobre a singularidade de cada gestação, também existe o grupo de mulheres que só conseguem se tornar mães após procedimentos de fertilização artificial. De acordo com a WHO (1992), citado em Corrêa et al. (2007), infertilidade é diagnosticada não havendo concessão após, pelo menos, um ano de relações sexuais regulares sem proteção, visto que estatisticamente 85% dos casais concebem no primeiro ano sexual e apenas 5% após mais um tempo de tentativa (Febrasgo, 1997; Pizarro, 1991 cited in Corrêa et al., 2007). Importante ressaltar que, normalmente, antes do processo da fertilização ou inseminação, existe o processo de tentativa, sendo diagnosticado a possível infertilidade após a não concepção.

Como procedimento artificial de fertilização, há a Inseminação Artificial (IA), método de fertilização que consiste na introdução de espermatozoides diretamente no útero feminino, de maneira não natural, durante o período de ovulação da mulher. Apesar dos resultados demonstrarem facilitar a união dos gametas e, conseqüentemente, a formação de um embrião, no decorrer do processo a mulher é submetida a injeções diárias com o intuito de haver uma

estimulação ovárica, processo em que aumenta a possibilidade de sucesso do procedimento, mas que torna a transição para a maternidade mais desafiadora.

Havendo muita similaridade com a Inseminação Artificial, a Fertilização in Vitro (FIV) tem como diferença o procedimento de retirada, em que ambos os gametas são coletados e fecundados artificialmente, sendo introduzido na mulher após a formação de um embrião. Em ambas circunstâncias, existem vários impactos que precisam ser levados em consideração, como financeiro (o Sistema Nacional de Saúde oferece um número limitado do tratamento psicológico, entre outros). Newton et al. (1990) citado em Corrêa et al. (2007), resultaram, após vários estudos, na relação entre infertilidade e o impacto emocional na mulher e/ou no homem, havendo como sintomatologia a ansiedade, culpa, depressão, alienação e perda da autoestima.

2. Maternidade ao longo do tempo

Ao falar de maternidade, torna-se necessário refletir sobre a construção histórico-social marcada pelo primeiro símbolo materno, Maria, representação religiosa fundamental para a cultura ocidental cristã como ideal de maternidade, estereotipando também, a feminilidade (Vásquez, 2014).

Segundo Susan Pedersen (1993), a família ideal é constituída por um homem assalariado, uma mulher dependente e crianças (Cova, 2012). Ainda em pinturas do século XX, estas ilustram mulheres a exercer a sua função de mãe como única, sendo observada na obra de Eliseu Visconti, “Maternidade”, de 1906 representada na Figura 1. Visconti (1906) pintou sua esposa Louise Visconti e seus filhos, em um cenário de relação mãe-bebê, em que Louise só tem olhos e atenção voltados para o filho. De acordo com análises do quadro impressionista, é descrito “nada mais importa, só a condição e necessidades do bebê” relativamente à relação materna com o filho (Imbroisi, 2017).

Figura 1

Maternidade (Visconti, 1906)



No decorrer dos anos, a emancipação da mulher estabeleceu novos padrões, trazendo desafios maiores para as novas mães que desejavam e pretendiam exercer seu papel maternal de forma plena. Contudo, até o momento presente, vários desafios foram enfrentados, sendo marcados pela luta das mulheres a favor dos seus direitos laborais e de escolhas emancipatórias. No primeiro movimento feminista, a maternidade não foi questionada, sendo naturalizada representando o pensamento da população feminina e masculina da época; este período foi marcado em países como o Estados Unidos, Inglaterra, França, Noruega e Suécia como a medicalização do parto (Martins, 2011 cited in Vásquez, 2014), tornando a maternidade e a infância um alvo de políticas públicas.

Na segunda onda do feminismo, a maternidade foi vista como a principal forma de dominação (Vásquez, 2014), sendo questionados conceitos de família ideal, como descrito por Susan Pedersen (1993). No decorrer, ainda, deste período também houve o chamado feminismo radical, em que percecionava a maternidade com outros olhos. Este movimento teve como tentativa conciliar o feminismo e a maternidade, ressaltando que a maternidade é uma “fonte de poder exclusivamente do feminino” (Vásquez, 2014).

Como intuito do movimento feminismo, a maternidade foi alvo de questionamento e reflexão, almejando defender um cenário sem discriminação e com mais poder de decisão, vinculados ao direito reprodutivo, laboral e familiar, como o divórcio. (Alves & Pitanguy, 2003 cited in Vásquez, 2014).

A reestruturação e o reajustamento perante as novas dimensões enfrentadas como a mudança de identidade, a definição dos novos papéis e as mudanças socioeconômicas são fatores normativos da maternidade em tempos atuais. Segundo as categorizações de Albuquerque & Guedes (2021), as mães atualmente enfrentam os seguintes desafios: (1) Desafio da Casa-Mãe - sendo relacionado ao desafio da rede social direta; (2) Desafio da Tribo - associado ao desafio do círculo de amigas e da vida social; (3) Desafio Romântico - vinculado ao desafio em relação ao pai da criança e (4) Desafio do Eu Integral - que diz respeito ao desafio perante a nova versão de mulher após o nascimento do filho.

3. A entrada na maternidade

De acordo com Ferreira (2019), citado em Canavarro (2001), “a maternidade é uma função indispensável à reprodução da espécie humana e refere-se não apenas à gestação e parto de um novo ser humano, mas também ao conjunto de cuidados que ele requer logo após o seu nascimento.” A gravidez transcende o momento da concepção, assim como a maternidade transcende ao momento do parto (Canavarro, 2001).

Todavia, o autor também descreve que a experiência da maternidade depende do significado que lhe é atribuído (Canavarro, 2001). Deste modo, há a diferenciação no francês das nomenclaturas *Maternité* e *Maternalité*, em que o primeiro se refere ao evento biológico do nascimento e o segundo, ao psicológico e desenvolvimental da mulher (Racamier, 1967 as cited in Breen, 1975).

Na esfera da *Maternalité*, nos aspetos psicológico e desenvolvimental, a mulher tem como tarefas, ainda no período da gravidez, a aceitação da mesma e do feto, a revalidação da relação com os seus pais e companheiro, a aceitação do bebé como um ser separado e a aceitação da nova realidade agora experienciada (Colman & Colman, 1994).

Dessa forma, as perturbações emocionais presentes tanto no decorrer da gestação como no puerpério são resultantes da não adaptação da mulher às novas tarefas citadas por Colman & Colman (1994). As consequências podem desencadear o *baby blues*, a depressão pós-parto, humor depressivo mórbido e persistente e as psicoses pós-partos.

Contudo, é de extrema importância normalizar comportamentos de perda de interesse sexual, alteração do apetite, fadiga, ansiedade, confusão, irritabilidade, assim como, abatimento, crises de lágrima, sentimento de vergonha, incapacidade, intolerância e rejeição em relação ao bebé; visto que estes são sintomatologias do *baby blues*, síndrome que se manifesta em 39% a 85% das mulheres que dão a luz, podendo durar horas até dias – estendendo-se até 14 dias após o parto (Tavares, 1990).

A sua continuidade pode ocasionar uma depressão pós-parto, decorrente da gestação e de todas as modificações que se tem neste período, tanto no âmbito físico, social, quanto no psicológico. A sintomatologia é semelhante à depressão e *baby blues*. A diferenciação dos três tipos de diagnóstico são no âmbito temporal: *baby blues* é presente até a segunda semana de gestação, a depressão pós-parto até semanas ou meses (Lemperième et al, 1984c cited in Tavares, 1990) e a depressão, em qualquer período da vida de um ser humano.

4. A mudança na mulher após a transição para a maternidade

Quando nasce um bebé, também nasce uma mãe. Juntamente com esse nascimento, crenças são modificadas e uma adaptação se torna necessária.

O processo de resiliência define-se, de acordo com Pinheiro (2004), como “a capacidade que tem um ser humano de se recuperar psicologicamente, quando é submetido às adversidades”. Assim como na adolescência, na maternidade há alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, sendo vista como uma transição de adversidades que necessitam de equilíbrio para permitir a execução das novas funções exigidas pela chegada de um filho.

De acordo com Hoekzema et al., citados em Albuquerque e Guedes (2021), o período de gestação desencadeia alterações na estrutura cerebral, gerando modificações profundas no funcionamento cerebral da mulher, transformando como se relaciona e interage com o mundo, tornando-se mais atenta e empática a permitir uma melhor compreensão das necessidades do bebê.

Para além das transformações biológicas, as alterações físicas, relacionadas com o corpo; alterações emocionais, resultantes das alterações hormonais; e alterações do eu pessoal, consequentes da mudança da forma como essa mulher lida consigo mesmo e com o mundo ao seu redor, são enfrentadas dando início no período da gestação (Albuquerque & Guedes, 2021), não havendo previsão do retorno da estabilidade, mesmo que este seja definido diferentemente do início do processo.

O suporte social, neste período de transição, é um importante fator na adaptação da mãe à maternidade, a permitir que se sinta mais satisfeita e disponível para o seu novo papel como mãe, a fornecer bases para a construção de uma vinculação segura (Belsky, Sligo, Jaffee, Woodward, & Silva, 2005; Boernstein, Hendricks, Hahn, Haynes, Painter, Tamis-LeMonda, 2003; Feldman, 2000; Goldstein, Diener, & Mangelsdorf, 1996; Kaitz, & Katzir, 2004; Knauth, 2000; Mercer, & Ferketich, 1994; Pancer, Pratt, Hunsberger, & Gallant, 2000; Pridham, Lin, & Brown, 2001 cited in Bárcia & Veríssimo, 2010).

Contudo, com o passar dos anos, a individualização e desagregação da mulher (Albuquerque & Guedes, 2021) tem modificado esse processo, podendo desencadear mais implicações psicológicas e menos apoio social.

5. Multifunções e o adiamento da gravidez

Após o movimento feminista, vários conceitos sobre a maternidade foram questionados, havendo uma maior receção de opiniões não conservadoras. Contudo, mesmo com todo o avanço, mulheres ainda enfrentam a necessidade de provar à sociedade que mesmo sendo boas profissionais podem, também, se tornar mães (Scavone, 2001 cited in Fiorin, 2012). Atualmente, trabalhar não representa apenas contribuir financeiramente com as despesas familiares, mas como uma via de realização de projeto pessoal. Para tais mulheres, permanecer no trabalho doméstico representa estagnação, desperdício de talento e tempo (Losada & Rocha-Coutinho, 2007 cited in Fiorin, 2012).

Estudos revelam que o estresse feminino tem aumentado ao longo do tempo, comparado ao masculino. Tais resultados são justificados pela dupla jornada; após o expediente de trabalho a mulher se encontra no início de uma nova jornada doméstica, enquanto o homem não (Doyle & Hing, 1998 cited in Fiorin, 2012).

O dia-a-dia das mães em tempos atuais que continuam a exercer sua função laboral, mesmo após a maternidade, é marcado por diversas atribuições ocasionando uma culpa de não se dedicar plenamente em todas as suas funções (Biasoli-Alves, 2000; Rodrigues, 2008 cited in Fiorin, 2012). Dessa forma, a gravidez muitas vezes é adiada, em função de outros projetos pessoais.

A decisão do adiamento de um filho, muitas vezes, é incentivada, também, pelo parceiro, uma vez que se encontra envolvido em projetos individuais (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007 cited in Fiorin 2012), ocasionando uma concentração dos nascimentos em torno de um pequeno intervalo etário, sendo estes em mulheres cada vez mais velhas; embora ainda permaneçam altas as taxas de fecundidade entre as adolescentes no Brasil (Fernandes et al., 2019).

O adiamento gestacional pode gerar consequências negativas, sendo associado a complicações com a mãe e o bebê (Fiorin, 2012). Como sintomatologia frequente, há o aumento maior de peso, pré-eclampsia, diabetes, miomas, hemorragias, trabalho de parto prematuro, abortos espontâneos; assim como possíveis má-formações congênitas do bebê (Fernandes et al, 2019).

O uso de técnicas de reprodução assistida, como citado no tópico “Novo conceito de ter filho”, podem diminuir alguns riscos, havendo a possibilidade do congelamento de óvulos, procedimento em que os óvulos são captados da mulher fértil e submetidos a um congelamento de vitrificação mantendo a integridade da célula, permitindo o uso do mesmo em momentos futuros. O descongelamento pode ser feito sem contraindicação de tempo, sendo o material utilizado em Inseminação Artificial (IA) ou/e Fertilização in Vitro (FIV).

Dessa forma, observa-se que atualmente a mulher não é mais associada apenas aos papéis que envolvam a maternidade, uma vez que estas podem decidir prorrogar este período e investir somente em seus projetos pessoais ou conciliar ambos papéis, mesmo que estes sejam alvo de estresse (Fiorin, 2012). A dificuldade em que hoje as mulheres relatam em encontrar espaço para serem mães pode ser diluída com o apoio conjugal, quando existente, não determinando as funções

às diferenças biológicas dos géneros (Bandinter, 1985; Beauvoir, 1980; Meyes, 2003; Louro, 2007 cited in Fiorin, 2012).

Em suma, Badinter (2011), citado em Manente e Rodrigues (2016) menciona que “a mulher contemporânea convive com uma multiplicidade de papéis, nos quais alguns ajustes são importantes neste período, principalmente ao considerarmos que as responsabilidades na vida doméstica e familiar ainda são desiguais em relação aos homens.”.

6. Relação conjugal

De acordo com Tavares (1990) “mulheres que experienciam níveis elevados de estresse durante a gestação e após o parto e/ou que carecem de um cônjuge confidente e disposto a auxiliar nas tarefas familiares e cuidados com o bebé, parecem ser particularmente vulneráveis ao desenvolvimento da depressão pós-parto”. Sintomas de culpa, acompanhado com sentimentos positivos ao retorno das funções sociais, para além da maternidade, são também comuns, sendo permitidas devido ao apoio conjugal e/ou familiar (Beltrame & Donelli, 2012).

O apoio social na ajuda dos cuidados domésticos e com o bebé, cuidado afetivo, assistência para a mulher, companhia, encorajamento e disponibilidade são fatores de proteção da maternidade. Em simultâneo, é de extrema importância o não julgamento, a interferência desautorizando comandos destas e o intrometimento na relação mãe-bebé (Filha et al. 2016; Gutman, 2010 cited in Manente & Rodrigues, 2016).

No que visa os tempos atuais, os pais, após o nascimento da criança, se veem na responsabilidade de substituir o papel social exercido pelo cônjuge enfrentando desafios no processo de aceitação dos novos papéis. O aumento da presença parental no pós-parto e educação da criança é resultante da mudança da mentalidade da sociedade, assim como apoios formais como licenças mínimas obrigatórias e a permissão para os pais assistirem ao parto, contribuindo para o suporte conjugal neste momento tão único e de proteção de consequências psicológicas pós-natais na mulher (Albuquerque & Guedes, 2021).

Assim, a satisfação conjugal pode ser afetada por vários aspetos da relação, tais como comunicação, afetividade, compatibilidade sexual, atividades sociais, diferenças de valores. Na maternidade, outros aspetos são levados em consideração: (1) Tempo que o pai passa com a

criança, (2) Frequência com que ajuda a alimentar, dar banho, mudar fraldas, brincar, (3) Tempo com que se ocupa nas demais tarefas familiares (4) Apoio afetivo dado à cônjuge (Tavares, 1990).

7. Suporte social

A chegada de um novo membro na família pode ser vista como um evento desafiador através do olhar do sistema ao seu redor, mas igualmente de contentamento pela expectativa da chegada do bebê. As mudanças na dinâmica familiar, quebra de rotina, sentimentos de alegria misturados com culpa, saudade da vida existente a priori são comportamentos comuns na iniciação da maternidade (Beltrame & Donelli, 2012).

Dessa forma, o suporte social, de acordo com Rapoport & Piccinini (2006) é de extrema importância no período pós-parto, puerpério (Maldonado, 1990) e no retorno da mulher ao trabalho, (Rapoport, 2003), fornecendo cuidados regulares aos bebês na ausência ou período de adaptação da mãe.

Segundo Falceto (2002) citado em Rapoport & Piccinini (2006), a rede de apoio social é constituída desde a família extensa, amigos, colegas de trabalho, relações comunitárias, podendo fornecer apoios como: emocional, ligados a expressão de conforto e cuidado; informacional e instrumental, vinculados à provisão de recursos, serviços e soluções de problemas.

Após o retorno das demandas profissionais, a sobrecarga da mulher tende a aumentar, podendo haver a participação parcial do pai da criança no cuidado do bebê e nas tarefas domiciliares, mesmo que essas tarefas ainda continuem a ser cargo da mulher. (Parke, 1996).

O apoio social, como já visto anteriormente, é um elemento facilitador na transição da mulher para as novas demandas exigidas, porém, de acordo com Goldstein et al. (1996), citados em Rapoport (2003), este pode não ser benéfico, quando não necessário ou desejado. Segundo Peters (1999), citado em Rapoport & Piccinini (2006), o apoio exige planejamento e empenho emocional, podendo se tornar delicado e complexo inerente às personalidades das pessoas.

8. Migração

Em contexto de migração o apoio social da família de origem pode ser desejado e não ofertado, devido ao distanciamento físico destas mulheres com os seus membros familiares. Por definição, migração é o movimento de saída de pessoas do seu país de origem e entrada em outro,

havendo foco do presente estudo na migração de brasileiros para Portugal, país em que determinados fatores não precisam serem considerados, como mudança de idioma e isolamento da cultura de seu país de origem, visto que ambos falam a mesma língua e possuem algumas influências culturais em comum, diminuindo parcialmente os impactos de adaptação no novo país.

Ainda assim, as mulheres migrantes tendem a ser mais vulneráveis, necessitando de uma atenção diferenciada perante os profissionais de saúde (Niño, 2020), uma vez que o apoio social está relacionado com a proteção frente às situações de risco (Pierce et al., 1996 cited in Rapoport & Piccinini, 2006), uma vez não havendo, aumentam as complicações psicofisiológicas.

A mulher migrante na maternidade, mais especificamente no pós-parto, é influenciada pelos seus padrões culturais o que pode levar a conflitos, tornando as suas vivências ainda mais intensas, a necessitar um suporte na transição. (Pedroso et al., 2020)

Em contrapartida, o processo de individualização tem alterado as dinâmicas de auxílio de familiares após a chegada da criança, podendo ser consequente de ausência de suporte social mesmo na presença física. A separação física não necessariamente será empecilho de apoio social familiar, assim como a proximidade física de apoio social familiar. Ainda, mesmo em um país diferente de onde nasceu, o sistema de apoio social pode existir, sendo proporcionado por outros membros sociais para além dos familiares. Ademais, em muitas situações as famílias podem migrar juntas ou, em contextos delicados como o parto, podem se deslocar ao país da migrante com o objetivo de dar suporte.

Desse modo, como dissertação de mestrado, foi decidido estudar, em uma perspectiva qualitativa, as relações entre as variáveis citadas, havendo posteriormente a recolha de dados, com o objetivo de quantificar essas diferenças. Ainda no esclarecimento da metodologia aplicada, serão detalhados, a seguir, o método e os instrumentos de avaliação utilizados.

1. Objetivo

O presente estudo teve como objetivo principal aprofundar o conhecimento acerca da transição para a maternidade em contexto migratório. Pretendeu-se, com a investigação empírica, analisar as vivências específicas de mulheres brasileiras residentes em Portugal no ajustamento psicológico e social à maternidade. O melhor entendimento das experiências desta população permitiu delinear as condições específicas necessárias para um melhor ajustamento à transição, e consequentemente, a um melhor desenvolvimento das crianças nascidas.

2. Metodologia

A metodologia qualitativa, de acordo com Darlington e Scott (2002), é fulcral para a exploração de questões que se referem ao significado das experiências, assim como o conhecimento e complexidade do comportamento humano. O estudo destas experiências individuais do sujeito é contemplado mediante depoimentos ou outras formas de relato, pretendendo obter descrição acerca dos momentos significativos de vida e sua percepção acerca destes. Nesta investigação, tendo em conta as especificidades da amostra, por tratar de um tema com caráter muito sensível e com percepções e vivências completamente distintas acerca do tema, considerou-se pertinente adotar a metodologia qualitativa.

Enquanto procedimento referente à metodologia, este visa a recolha, categorização e descrição de acontecimentos históricos com vista à sua interpretação e construção de um quadro relevante à ciência através de múltiplas fontes informativas. No que visa as etapas essenciais para o processo, são definidas a (1) recolha de dados empíricos; (2) codificação; (3) desenvolvimento de conceitos; (4) modificação e integração de conceitos e (5) produção do relatório de investigação.

a. Procedimentos

Foi definido, enquanto critério para a construção da amostra, a inclusão de mães brasileiras “recém-nascidas” com filho de até 2 anos nascidos em Portugal, residentes legais em território

português, sem familiares residentes no país para além do companheiro e com faixa etária entre 18 e 45 anos.

No que visa ao país de acompanhamento gestacional e pós-parto, houve como critério de seleção estar em contexto português, considerando como exceção apenas uma entrevistada denominada por KC1995 que iniciou o pré-natal no Brasil e finalizou em Portugal, ocorrendo o nascimento da criança em contexto migrante. Este critério de seleção foi aplicado com o objetivo de analisar, também, as mudanças de funções após o nascimento, sendo complexo analisar ao haver a alteração de residência; contudo, como esta já possuía relação com Portugal, iniciando o pré-natal em contexto brasileiro e concluindo em Portugal, foi considerada como representativa da amostra.

No mesmo raciocínio, foi permitida a análise da entrevistada MESJ1988 que, apesar de hoje residir no Brasil, possui relação com Portugal e permaneceu em contexto português no pré-natal, parto e pós-parto, sendo avaliada apenas a sua perceção acerca do momento vivenciado no período perinatal em contexto migrante.

As participantes foram selecionadas através do método “Bola de Neve”, referido por Coleman (1958) e Goodman (1961), citado em Dewes (2013), como aquele que utiliza rede de amizades de membros existentes na amostra para a recolha dos dados. As entrevistas foram executadas de forma online, através da ferramenta *Google Meet*, procurando não interferir no funcionamento rotineiro da vida das participantes (Stake, 1995). Antecipadamente à entrevista, foi enviado o termo de Consentimento Informado, havendo enquanto descrição: (1) a finalidade e objetivo do estudo, (2) a natureza voluntária da participação, (3) a confidencialidade no tratamento dos dados e o (4) anonimato na apresentação de resultados. Juntamente com este, foi enviado um questionário (Anexo 1) através do *Google Forms*, a ser preenchido com informações sociodemográficas pertinentes a serem coletadas, o será posteriormente abordado com mais detalhes (Anexo 2).

A delimitação da amostra de nove entrevistadas decorreu da saturação teórica na coleta de dados, considerada enquanto conceito metodológico, quando os elementos encontrados no estudo permitem compreender na totalidade o fenómeno estudado e suas contribuições (Fontanella et al., 2008).

Com o intuito de guiar o processo, foram aplicadas seis fases de análise propostas por Braun e Clarke (2006): (1) familiarização com os dados, (2) codificações iniciais, (3) procura de temas nos dados, (4) revisão dos temas, (5) definição e nomeação dos temas, e (6) produção do relatório. A fim de dar apoio ao processo, foi utilizado o software *NVivo*, a permitir a categorização e análise dos resultados obtidos nas entrevistas realizadas.

b. Instrumento

Com o objetivo de compreender informações sociodemográficas e validar critérios da amostra, foi aplicado um questionário acompanhado do Termo de Consentimento Informado. No questionário, foram abordadas questões referentes à idade, estado civil, agregado familiar, país de residência, país de acompanhamento gestacional e pós-parto, profissão, situação profissional, data de nascimento do(a) primeiro filho(a) e quando decidiu(ram) ter o filho(a) (Anexo 1). No que refere ao último ponto, este foi abordado com o intuito de compreender se houve planeamento na gestação, avaliando a relação com outras variáveis a serem estudadas.

No que concerne à entrevista semiestruturada, foram definidas questões abertas a partir de um roteiro previamente definido, que permitisse ao participante expressar de modo mais espontâneo e livre seus relatos de vivências. As questões abordadas consistiram em: (1) Como foi para você o processo de entrada na maternidade? (2) O que sente que mudou por estar no contexto português? (3) Você poderia me falar um pouco acerca das relações sociais que estão construindo aqui? Mudou alguma coisa com a maternidade? (4) Quais as suas expectativas em relação ao contexto cultural para o seu filho? (Anexo 3).

3. Resultados

Foram entrevistadas nove participantes do sexo feminino (N=9), brasileiras, casadas, residentes legais em território português, com idades compreendidas entre os 23 e 39 anos (M=30,5), mães “recém-nascidas” com filho até 24 meses (M=12,8). Interessante destacar em relação a decisão de ter um filho, todas evidenciaram interesse no período pandêmico, com exceção de uma que relata “*tomava anticoncepcional e engravidei*” (TOLF1999), mas que ao considerar a idade do filho, também se categoriza nestas características. Observa-se, também, que todas são brasileiras, sendo que duas possuem dupla nacionalidade (N=2) - além da brasileira, italiana e portuguesa.

A tabela 1 mostra de forma detalhada as informações recolhidas acerca dos dados sociodemográficos.

Tabela 1

Características sociodemográficas dos participantes

	Idade	Sexo	Nacionalidade	Estado Civil	Agregado familiar	País de residência	País acompanhamento gestacional e pós-parto	Profissão	Situação profissional	Data nascimento do filho	Quando decidiu(ram) ter um filho(a)
CTM1993	29	F	Brasileira	Casada	Eu, companheiro(a) e filho(a)	Portugal	Portugal	Auxiliar administrativo	Trabalho para outrem	05/04/2021	2020
FGR1988	34	F	Brasileira e Portuguesa	Casada	Eu, companheiro(a) e filho(a)	Portugal	Portugal	Gestora de alojamento local	Trabalho para outrem	13/12/2022	2021
CMSFD1992	30	F	Brasileira	Casada	Eu, companheiro(a) e filho(a)	Portugal	Portugal	Design de unhas	Trabalhadora independente	29/07/2021	2020
VSMV1995	27	F	Brasileira	Casada	Eu, companheiro(a) e filho(a)	Portugal	Portugal	Atendendo de escritório	Licença maternidade	20/09/2022	2021
KC1995	27	F	Brasileira	Casada	Eu, companheiro(a) e filho(a)	Portugal	Brasil e Portugal	Técnica de nutrição	Desempregada	25/06/2022	2020
LGF1989	32	F	Brasileira	Casada	Eu, companheiro(a) e filho(a)	Portugal	Portugal	Empresária	Trabalhadora independente	04/04/2021	Pandemia
MESJ1988	34	F	Brasileira	Casada	Eu, companheiro(a) e filho(a)	Brasil	Portugal	Psicóloga e professora universitária	Trabalho para outrem e independente	03/07/2022	2021
TOLF1999	23	F	Brasileira	Casada	Eu, companheiro(a) e filho(a)	Portugal	Portugal	Empresária	Trabalhadora independente	06/12/2021	Tomava anticoncepcional e engravidou.
CSG1983	39	F	Brasileira e Italiana	Casada	Eu, companheiro(a) e filho(a)	Portugal	Portugal	Arquiteta	Licença maternidade	03/12/2021	2020

Enquanto análise das entrevistas realizadas, foram desenvolvidos quatro grandes temas, treze grandes categorias, trinta categorias e doze subcategorias (Figura 2). Os temas e respetivas grandes categorias, categorias e subtemas serão descritos e analisados posteriormente.

Figura 2

Temas, grandes categorias, categorias e subcategorias

<u>Adaptação ao contexto português</u> rf=29,41% E= 9	<u>Desejo de ser mãe</u> rf= 22,35 E= 9	<u>Entrada na maternidade</u> rf= 25,88 E= 9	<u>Expectativas face ao futuro do filho (a)</u> rf= 22,35 E= 9
Apoio Social rf= 9,41% E= 8	Aceitação gestacional rf=8,23% E= 7	Aspetos biológicos rf= 7,05%E= 6	Cultura rf= 8,23% E= 7
Deslocamento da avó ao contexto perinatal rf=4,70% E= 4	Boa aceitação rf=3,52% E= 3	Gestação rf= 3,52%E= 3	Afastamento cultural brasileiro rf= 1,21% E= 1
Suporte do esposo rf= 5,88% E= 5	Choque rf=2,35% E= 2	Oscilação de humor rf=2,34% E= 2	Contexto sociopolítico e económico rf= 1,17% E= 1
Conciliação multifunções rf= 9,41% E= 8	Não aceitação rf=1,17% E= 1	Enjoos rf= 1,17% E= 1	Segurança rf= 2,35% E= 2
Adaptativa rf=1,17% E= 1	Pensamento abortivo rf=1,17% E= 1	Pós-parto rf= 4,02%E= 4	Sistema educacional rf= 2,35% E= 2
Dificuldade em conciliar multifunções rf= 4,70% E= 4	Tentativa gestacional rf= 5,88% E= 5	Dor rf=2,01% E= 2	Distanciamento familiar rf= 5,88%E= 5
Perda da individualidade rf= 4,70% E= 4	Perda gestacional rf=1,17 E= 1	Privação de sono rf=2,01% E= 2	Oportunidades rf= 3,52%E= 3
Sistema Nacional Saúde rf= 10,58% E= 9	Problemas com fertilidade rf=1,17% E= 1	Aspetos psicológicos rf= 9,41% E= 8	Diversidade rf= 1,17% E= 1
Boa experiência rf= 7,05% E= 6	Tomada de decisão rf= 10,5% E= 9	Ansiedade rf= 1,17% E= 1	Idioma rf= 1,17% E= 1
Preconceito rf= 2,35%E= 2	Gravidez não planeada rf= 2,33% E= 2	Medo rf= 2,35%E= 2	Proximidade europeia rf= 1.17% E= 1
Violência obstétrica rf= 1,17% E= 1	Gravidez desejada rf= 1,16% E= 1	Sentimento de vazio e tentativa de suicídio rf= 1,17% E= 1	Preconceito rf= 4,7%E= 4
	Gravidez não desejada rf= 1,16% E= 1	Aspetos sociais rf= 9,41% E= 8	
	Gravidez planeada rf=8,16% E= 7	Relacionamentos após a chegada do(a) bebé rf= 7.05% E= 8	
	Desejo rf= 4,66% E= 4	Adaptativos ao contexto rf= 2.22% E= 3	
	Idade rf= 2,33% E= 2	Afastamento rf= 1,62% E= 2	
	Pedido cônjuge rf= 1,16% E= 1	Apoio de amigas rf= 4,07% E= 5	
		Sentimento de solidão rf=3,52% E= 3	

a) Adaptação ao contexto português

Tabela 3.1

Adaptação ao contexto português

Grande Categorias	Categorias	Definição	Citações
Apoio Social	Deslocação da avó ao contexto perinatal	Refere contar com o suporte afetivo e operacional de uma referência materna familiar.	CSG1983 “<i>Sim, eu no primeiro banho pedi para minha mãe dar, porque eu não tinha muita segurança, fiquei olhando, então eu tive esse apoio que me ajudou bastante.</i>” CTM1993 “<i>com 4 meses, minha sogra também veio, que também deu uma ajuda, me deu um apoio. Mas conseguir dar conta de tudo, a gente não consegue.</i>” TOLF1999 “<i>minha mãe sem saber quem ela ia acudir... quando o meu filho nasceu a minha mãe ficou um mês aqui, né?</i>” MESJ1988 “<i>eu tive o privilégio da minha mãe ir pra Portugal, ela ficou 45 dias comigo, e se não fosse ela eu não sei como daria conta emocionalmente.</i>”
	Suporte do esposo	Corresponde à confiança de ter o apoio do parceiro na partilha de tarefas operacionais da criança.	CSG1983 “<i>(esposo) me ajuda muito, quando eu falava que estava cansada, que não tinha dormido, ele me ajudava, e nos afazeres de casa, o que tira aquela carga</i>” CTM1993 “<i>Então era muito difícil porque estávamos sozinhos, só eu e o (esposo), noites em claro, sem saber o que fazer, sem saber o porque estava chorando, então é muito difícil, mas depois com apoio familiar, muda muito.</i>” FGR1988 “<i>Tenho muito apoio dele também, isso sem dúvida já ajuda a gente a não surta, mas tem sido prazeroso.</i> LGF1989 “<i>Quando eu engravidei eu não quis família aqui, não quis ninguém na minha casa, foi só eu e meu marido</i>” MESJ1988 “<i>como eu tinha o suporte da minha mãe e do meu marido, eu conseguia</i>

			<i>ter uns soninhos ao longo dia, que davam um certo descanso para corpo, mas é um desprendimento emocional muito grande que você tem.”</i>
Conciliação multifunções	Adaptativa	Capacidade de compatibilizar a nova função de mãe com a vida profissional.	LGF1989 “ <i>eu chamei uma menina para ficar aqui em casa com ele 2 vezes na semana e 2 vezes na semana eu atendia num salão</i> ”
	Dificuldade em conciliar multifunções	Representa as expectativas de sair do círculo fechado da maternidade e vivenciar outros papéis e funções.	CMSFD1992 “<i>gente se vê só trabalhando e cuidando dele, não faço mais nada de diferente. No final do ano a gente estava conversando e decidimos que tinha que tirar um tempo para mim também... Eu estou tentando fazer isso e ele também... ter um hobby, não só as obrigações, sabe? Tentar ter um extra (ainda não conseguiu)</i>” TOLF1999 “<i>e junto com a gravidez veio o enjoo, né? Então eu não conseguia cozinhar, eu sou cozinheira, e então eu não conseguia cozinhar, também não conseguia me alimentar, né? Então a gente teve que fechar esse negócio que estava caminhando super bem, né?... então tem sido difícil conciliar essas novas demandas desde que ele chegou então? É, ainda sim.</i>” VSMV1995 “<i>e eu estou indecisa se eu volto a trabalhar ou se eu paro por um ano porque eu fico pensando... eu não quero começar a introdução alimentar dela antes dos 6 meses, mas se eu voltar a trabalhar vai ter que ser antes, ou vai ser antes ou eu vou ter que entregar esse momento para outra pessoa e eu acho que é muito especial para eu abrir mão disso, não é?</i>” KC1995 “<i>eu já tinha pedido demissão quando eu fiquei sabendo da gravidez porque o intuito desde quando a gente conversou era ficar esses primeiros anos com criança. São muitas novidades... difícil conciliar tudo.</i>”

	Perda da individualidade	Retrata o dilema maternal entre a dedicação à criança e o pensar e cuidar de si mesma.	CMSFD1992 “perde um pouco da individualidade em prol dele, tudo gira em torno dele” CSG1983 “sentir que tinha de voltar a me cuidar, a pensar mais em mim, demorou 1 ano, acho que por questões de hormônio mesmo... você tem que pensar em toda uma rotina nova para sua vida, e cada mês vai mudando... e você acaba se perdendo em tudo.” CTM1993 “Isso tudo vai ficando de lado, tanto a nossa vida, eles demandam muito, demandam 24 horas, então agente acaba se excluindo muito” MESJ1988 “você se perde, deixa de existir, você é só uma pessoa responsável em fazer o outro existir”
Sistema Nacional de Saúde	Boa experiência	Relato da vivência positiva da assistência hospitalar da gestante em contexto perinatal.	CTM1993 “foi super bom, sempre mantendo contato com o paciente, nunca me deixaram na mão. Fui sempre super bem atendida.” FGR1988 “também já não tenho o que reclamar, aqui eu fui muito acolhida.” LGF1989 “Na maternidade, simplificando, parecia que eu estava num filme. Foi tudo um sonho, porque eu nunca quis ter filho e depois dessa experiência eu tô pensando em ter mais uns 4. Assim, o pessoal da limpeza, as enfermeiras, os médicos, a toda a equipe não tenho nada do que reclamar.” MESJ1988 “graças a Deus eu não tenho o que queixar da minha assistência.” TOLF1999 “Ela (médica) foi muito maravilhosa, quando eu cheguei lá ela ligou para psicólogo na hora, e me mandou para uma assistente social”. VSMV1995 “Ela nasceu de parto normal, foi um parto muito intimista, foi só eu, o pai dela e a parteira na sala, mais ninguém... a luz baixa... Se eu tivesse ido para o particular provavelmente eu não teria tido essa experiência.”

	Preconceito	Refere à intolerância manifestada, sob diferentes formas, aos estrangeiros, gerando situações de constrangimento e inadequação.	LGF1989 “Não conseguia passar da recepção... Quando nota-se que é brasileira piora a situação... a menina estava dizendo que não tinha vaga e nesse momento o médico entrou na recepção e aí ele falou para ela porque ela estava fazendo aquilo, né? Porque eu estava grávida, acho que com 6 meses, e para grávida não se podia dizer que não tinha vaga porque era a prioridade.” TOLF1999 “E ela foi super grossa comigo, então eu acabei partindo para a grosseria com ela também, porque ela falou, - não tenho como ficar aqui conversando com você sendo que eu tenho um parto para fazer - eu falei, - desculpa, se você tem um parto para fazer, então o que você está fazendo na emergência?”
	Violência obstétrica	Representa um tipo de violência, física e/ou psicológica, cometida contra a mulher na hora do parto.	CSG1983 “A minha experiência não foi muito boa. E eu não tinha informação nenhuma, eu estava sozinha, e tem aquele pico que você não, não sabe nem quem é você direito né!... eles fizeram aquele procedimento que aperta a barriga, ela botou o cotovelo na minha barriga, perto da costela e empurrava. Não tem um nome esse tipo de processo, método, eu não gravei o nome, então ela fazia tanta força aqui, que o bebê descer, que até depois eu descobri que não é muito indicado, que existe outras formas, que pode machucar o pescocinho ter torcicolo e tudo mais, e era tanta força, que eu me concentrava em tirar a mão da enfermeira, do que em fazer o bebê sair, foi péssimo. Aí não saiu, foi feito um corte, sem avisar, e foi chamado as médicas para usar o instrumento. Sim não se falou nada, fez tudo sem meu consentimento, só que tem que se falar, tudo bem pode ser que teria que ter sido feito, mas antes a escolha tinha que ser minha, pelo menos avisar, sabe?”

No que concerne à adaptação ao contexto português, tema com maior número de referências, surgem três grandes categorias e oito categorias, não havendo qualquer subcategoria, sendo descrito com mais detalhes na tabela 3.1, apresentada anteriormente.

Dentro deste tema, as participantes destacaram, primordialmente, a deslocação da avó materna ao contexto perinatal e o suporte do esposo a fim de exemplificar a grande categoria, apoio social. A partir disso, a categoria deslocação da avó materna ao contexto perinatal diz respeito à presença do suporte afetivo e operacional de uma referência materna familiar. Neste caso, as participantes referem que foi crucial o apoio que usufruíram após o nascimento do bebé, dispondo da assistência emocional de suas figuras de vinculação materna. Uma das participantes menciona o apoio da sogra neste período, relatando “*com 4 meses, minha sogra também veio, que também deu uma ajuda, me deu um apoio.*”. Relativamente à confiança em terem o apoio do parceiro e poder compartilhar a experiência da maternidade, as participantes descrevem a presença do esposo no decorrer da maternidade e após o nascimento como essencial.

Com base na grande categoria conciliação multifunções, destacam-se o processo de conciliação adaptativa, a dificuldade em conciliar multifunções e a perda da individualidade. No que se refere à primeira categoria, conciliação adaptativa, esta consiste na capacidade de conjugar a nova função de ser mãe com a vida profissional, sendo declarada pela participante a necessidade de recorrer à alguém para ajudá-la neste novo processo enquanto se encontra no trabalho. Na dificuldade em conciliar estas multifunções, as participantes externam suas sensações de esgotamento quando se referem em dispor apenas do trabalho e da vida materna, sendo que a maioria não trabalha mais devido a este impasse.

Por fim, destaca-se a experiência do apoio do Sistema Nacional de Saúde em positivo, uma vez que as participantes alegam ter tido de uma boa experiência e em negativo, onde estas mencionam a presença do preconceito e da violência obstétrica. Na categoria boa experiência, as participantes declararam a vivência da assistência hospitalar como um suporte significativo por parte das profissionais de saúde, médicas e enfermeiras, revelando o acolhimento preciso que dispuseram na maternidade e sua satisfação enquanto pacientes. Em contrapartida, no apoio negativo, duas participantes referem seu descontentamento ao preconceito, ou seja, à intolerância manifestada, sob diferentes formas direcionadas aos estrangeiros, gerando situações de constrangimento e inadequação. Estas mencionam o estereótipo existente à nacionalidade

brasileira por parte dos profissionais de saúde com base em suas experiências no contexto hospitalar. Ademais, uma das participantes refere ainda como uma experiência negativa a violência obstétrica física e psicológica que vivenciou no decorrer do parto. Esta declara não ter sido consultada, pautando a ausência de ética e profissionalismo médico.

b) Desejo de ser mãe

Tabela 3.2

Desejo de ser mãe

Grande Categorias	Categorias	Subcategorias	Definição	Citações
Aceitação gestacional	Boa aceitação		Corresponde à boa receptividade frente à maternidade	CSG1983 <i>“eu tive uma gravidez plena, então ela foi muito desejada.”</i> MESJ1988 <i>“foi uma surpresa natural, uma surpresa leve, foi olha - estamos grávidos e agora a vida vai mudar.”</i> FGR1988 <i>“Foi uma gravidez muito tranquila. Todo o processo. Eu não tive muitos enjoos, eu não engordei, então assim, foi realmente uma gestação prazerosa e a nível psicológico também.”</i>
	Choque		Expressão que denota a perplexidade e diante da descoberta da gravidez.	KC1995 <i>“Foi um choque, um choque grande. Mas, como a gente já esperava então foi uma ansiedade junto”</i> VSMV1995 <i>“foi a única tentativa, eu nunca imaginei que ia dar certo tão rápido, inclusive quando eu fiz o teste de gravidez e deu positivo eu pensei... - está errado isso daqui, é um cisto, com toda a certeza do mundo é um cisto.”</i>
	Não aceitação		Reação negativa diante da constatação da gravidez.	LGF1989: <i>“o processo da gravidez, para mim foi complicado no início. Porque eu nunca tive o desejo de ser mãe, nunca quis ter filhos. Eu fui educada para não ter filho eu tinha vergonha de estar grávida. Os seis meses eu não aceitava de jeito nenhum que eu estava grávida.”</i>

	Pensament o abortivo		Dilema da grávida na descoberta de uma gravidez não planeada.	TOLF1999 “ <i>eu tinha ficado grávida em um momento não muito legal, né? O meu marido... a gente também não estava bem no relacionamento...eu não queria ter um filho, o meu marido também ficou muito surpreso, mas a gente tem um amor pelo outro e era uma terceira pessoa do fruto desse nosso amor, então a gente não tinha motivo, né? Para abortar, assim, grave sabe? Algo assim... a não, vai atrapalhar nossa vida? Vai, mas a gente sabe que tudo se adapta, tudo se dá um jeito, então não foi uma opção... a depressão agravou, tentei suicídio, né? Novamente. Eu não queria ter filho, mas a opção de abortar... abortar não foi uma opção, né?</i> ”
Tentativa gestacional	Perda gestacional		Refere ao trauma causado por complicaçõ es na gravidez que inviabilizam o nascimento do bebê com vida.	CSG1983 “ <i>Então, antes do nascimento do ***, vocês tiveram uma perda gestacional? Sim. Eu sofri muito...</i> ”
	Problemas com fertilidade		Dificuldade s do casal, ou de um dos parceiros, para engravidar geradas por distintas causas.	CMSFD1992: “ <i>Tive alguns problemas para engravidar... a gente fez indução de indutor de ovulação, para poder conseguir engravidar se não tivesse dado certo íamos partir para inseminação. No segundo mês da toma do indutor conseguimos engravidar.</i> ”
Tomada de decisão	Gravidez não planeada	Gravidez desejada	Significa a reação positiva diante da	MESJ1988 “ <i>a minha gravidez não foi muito planejada, não foi uma gravidez indesejada também, foi algo que aconteceu no meio do caminho, eu e</i>

			possibilidade e de gerar um filho, mesmo sem planejamento.	<i>meu marido já conversamos sobre a possibilidade de uma gestação, mas não chegamos a ter aquela conversa oficial.”</i>
		Gravidez não desejada	Significa a reação negativa diante da possibilidade e de gerar um filho.	TOLF1999 <i>"estávamos dando super certo, e veio o bebê, né? E a gente também não estava num momento muito bom do nosso relacionamento, a gente estava bem na questão de trabalho, né? ... porque eu não queria ter um filho."</i>
	Gravidez planejada	Desejo	Corresponde ao desejo intrínseco à maioria das mulheres de ser mãe, de dar continuidade e às suas gerações, a cuidar de um outro ser.	CTM1993 <i>“então, como foi uma gravidez desejada, a gente se planejou para isso.”</i> CSG1983 <i>“ele foi planejado e desejado.”</i> VSMV1995 <i>“Em setembro eu decidi que era... que estava na hora de começar a tentar para eu conseguir ter um bebê no verão”</i> FGR1988 <i>“ela foi muito desejada porque já é uma relação longa, estamos juntos...”</i>
		Idade	Relata um fator relevante no planejamento familiar ligado às chances de concepção da mulher na idade fértil.	CMSFD1992 <i>“diante da idade se aproximando.”</i> KC1995 <i>“conversamos e nós planejamos para ter um filho. Levamos em consideração a idade e nosso financeiro, e decidimos que após a pandemia iríamos ter um filho.”</i>
		Pedido Cônjuge	Realça o desejo da maternidade não ser exclusivo da mulher.	LGF1989 <i>“eu e meu marido aqui e ele sempre teve o desejo de ser pai a vida toda, nós já estamos casados vai fazer doze anos, a vida toda foi ele me pedindo um filho e na pandemia eu resolvi aceitar essa proposta. Só que assim, eu fui tão descrente...”</i>

No que concerne ao desejo de ser mãe surgem três grandes categorias, oito categorias e cinco subcategorias, sendo descrito com mais detalhes na tabela 3.2, apresentada anteriormente.

Dentro deste tema, as participantes destacaram, preliminarmente, a aceitação gestacional sendo esta subdividida em boa aceitação, estado de choque, não aceitação e pensamento abortivo. No que se refere à boa receptividade frente à maternidade, as participantes revelaram uma experiência prazerosa no período gestacional. Para o estado de choque ou perplexidade diante da descoberta da gravidez, as participantes expressam suas angústias e mostram-se surpreendidas, negativamente, com a nova função de ser mãe. A categoria de não aceitação, destaca a reação negativa diante da constatação da gravidez em que a participante dispôs, apontando o não desejo de ser mãe e a vergonha que deteve nos seis primeiros meses de gestação. Além disso, destaca-se o pensamento abortivo como dilema para uma gravidez não planejada, onde a participante menciona ter experienciado período depressivo e reconhecendo não ser a hora para gerar um filho, mas que abortar nunca foi opção.

Com base na segunda grande categoria, tentativa gestacional, esta subdivide-se no trauma causado por complicações na gravidez que inviabilizam o nascimento do bebê com vida, ou seja, a perda gestacional e nos problemas com fertilidade causados pelas dificuldades do casal, ou de um dos parceiros, para engravidar gerados por distintas causas. As participantes de ambas categorias mencionaram experienciar momentos difíceis neste período de perda e adversidade gestacional.

Por fim, destaca-se a grande categoria tomada de decisão, onde esta assinala dois tipos distintos de experiência gestacional, a gravidez não planejada e a gravidez planejada. Relativamente ao não planejamento, este menciona haver subgrupos como a gravidez desejada e não desejada como reação diante da possibilidade de gerar um filho. Diante disso, é possível haver uma gravidez desejada, mas não planejada, bem como, haver uma gravidez não desejada e nem planejada. No que concerne ao planejamento, este subdivide-se no desejo intrínseco à maioria das mulheres de ser mãe, de dar continuidade às suas gerações e de cuidar de um outro ser, sendo a idade um fator relevante no planejamento familiar ligado às chances de concepção da mulher na idade fértil e no pedido do cônjuge, realçando em externar que o desejo pela maternidade não é exclusivo da mulher.

c) Entrada na maternidade

Tabela 3.3

Entrada na maternidade

Grande Categorias	Categorias	Subcategorias	Definição	Citações
Aspetos biológicos	Gestação	Oscilação de humor	Evidencia alterações súbitas de humor, geralmente naturais e saudáveis, ocasionadas, na maioria das vezes, pelas mudanças hormonais ocorridas na gravidez.	CSG1983 “foi uma experiência ruim... chorava na gravidez e depois já estava bem” MESJ1988 “então oscilava muito de humor”
		Enjoos	Reporta a sintomas comuns na gestação, especialmente no primeiro trimestre, que podem ter a ver também com os hormônios.	TOLF1999 “eu estava tendo muito problema de enjoos, né? Eu estava passando muito mal e eu não conseguia comer nada, eu fiquei assim até uns cinco, seis meses, tanto que eu emagreci 10kg”.
	Pós-parto	Dor	Consiste em sensações inevitáveis, sendo normais essas no pós parto, especialmente as cólicas e nos mamilos, por conta das contrações uterinas quando estimulados.	CSG1983 “eu tive muitos pontos e ficou muito dolorido, eu não conseguia sentar, eu fiquei um mês, sem conseguir sentar, tive hemorroidas, muitos sangramentos, os pontos foram saindo e doendo muito” CTM1993 “questão do leite, aquela questão que machuca o peito e tudo mais, até eles aprenderem como que suga”

		Privação de sono	Corresponde à interrupção do sono da mãe, associado a grande demanda do bebê, tanto nas necessidades físicas como alimentação e troca de fraldas ou não físicas.	CSG1983 “ <i>privação do sono, que era muito forte no começo, você não consegue raciocinar.</i> ” LGF1989 “ <i>Principalmente com a situação do sono, é muito cansativo.</i> ”
Aspetos psicológicos	Ansiedade		Representa um sentimento normativo, associado ao medo e à expectativa frente ao novo.	KC1995 “... a cada momento a gente pesquisa no google o que está acontecendo, se é certo, se não é. Aquela constante ansiedade.”
	Medo		Associado a diversos fatores, a ocorrência do medo é normativo, quando não excessivo, vinculado ao momento do parto e ao novo ciclo a enfrentar com o nascimento do bebê.	VSMV1995 “ <i>eu sempre tive muito medo, muito medo porque é um outro ser humano, não é? Depende 100% da gente... eu tinha medo de perder toda a minha liberdade, liberdade em todos os sentidos, não é? Tanto de ir e voltar quanto até financeiramente, tudo... eu tinha muito medo de ter depressão pós-parto. Dizem que quando nasce uma mãe, nasce um medo.</i> ” KC1995 “ <i>É o constante medo, né? Depois que se tem um bebê, é o constante medo de saber se está tudo ok com aquela criança.</i> ”
	Sentimento de vazio e tentativa de suicídio		Sentimento que pode conduzir algumas gestantes à depressão e, em alguns casos, à tentativa de suicídio. O vazio que acomete as mulheres neste período decorre de um aumento da sensibilidade, às	TOLF1999 “ <i>E a gente entra em um mundo totalmente diferente... você se sente meio vazia ainda, né? Realmente, meu Deus, é muito pequeno, é muito frágil, entende? E você fica... “eu ainda não estou sentindo aquele amor”. É estranho, é... não sei,</i>

			alterações de humor e de expectativas e receios diante do novo.	<i>sabe? É meio que um vazio, mas os dias vão passando, as coisas vão melhorando, né? ... E agravou, tentei suicídio, né? Novamente.”</i>
Aspectos sociais	Relacionamentos após chegada do bebê	Adaptativos ao contexto	Depoimentos apontam para a capacidade de adaptação do grupo de amigos à chegada do bebê e à nova rotina do casal.	CSG1983 “Eu acho que as pessoas continuaram as mesmas porque muitas ou gostam de filho ou tem filhos.” FGR1988 “Por enquanto está da mesma forma, dos amigos que nós temos aqui. Já não é mais farra, e tudo, eles sabem que agora os programinhas vão começar a ser durante o dia, vão ser piqueniques, vão ser festinhas infantis, mas não mudou, assim, ainda são muito próximos, muito ligados.” MESJ1988 “A gente fez um círculo de amizade pequeno, mais restrito, mas foram amizades muito fortes que nós fizemos, mesmo que em pouca quantidade... nossos amigos para nos incluir se adaptaram, então era bem bacana. Eles já convidavam querendo saber as exigências do bebê.”
		Afastamento	Refere ao distanciamento social das pessoas do anterior círculo de amizade.	CTM1993” Tínhamos alguns amigos já, mas, aqueles amigos que tem horas que não podemos contar, na verdade sempre fomos mesmo só nós dois, sempre, sempre, e depois que ela nasceu não foi diferente.... Nosso meio de convívio muda muito, não

				tenha dúvida.” VSMV1995 “eu sinto mesmo que eles se afastaram da gente e eu fiquei um pouquinho chateada.”
		Apoio de amigas	Remete ao apoio social pontual concedido por amigas, inclusive através das redes sociais.	CTM1993 “Claro que teve algumas amigas que vieram algum dia, fizeram alguma comida, me deram aquele apoio, mas também cada um tem sua vida, então conseguem dar aquele apoio que a gente precisa.” FGR1988 “Fizemos grandes amigos então eu tive chá de bebê, estou tendo as visitas para a neném...” KC1995 “Eu tenho conversado bastante com meninas do grupo de mães no Facebook, tem sido uma ajuda grande porque convívio social a gente não tem muito de sair, de conhecer as pessoas. “ MESJ1988 “agente fez um círculo de amizade pequeno, mais restrito, mas foram amizades muito fortes que nós fizemos, mesmo que em pouca quantidade... eles chegavam já com lanche, sem querer nos preocupar.” TOLF1999 “Então, a gente fazia um piquenique e levava as crianças da gente, né? Isso no verão, a gente fez isso, pelo menos uma vez no mês, duas vezes no mês a gente se encontrava, então

				<i>eu conheci outras mães, né?”</i>
	Sentimento de solidão		Corresponde à tristeza e isolamento que sentem devido à distância e à ausência de parentes e amigos próximos.	CMSFD1992 “Não conhecemos poucas pessoas aqui, diferente do Brasil. Me sinto muito só. “ LGF1989 “Não, a gente não conhecia ninguém cá. Continuamos sem conhecer... (olhar triste)” TOLF1999 “Eu acho que não, porque assim, a gente não tem tantas amizades. Antes do bebê, até no Brasil, a gente não foi muito de amizade, mas a gente era muito família, né? Porque a gente tinha nossa família ali.”

No que concerne à entrada na maternidade surgem três grandes categorias, sete categorias e sete subcategorias, sendo descrito com mais detalhes na tabela 3.3, apresentada anteriormente.

Dentro deste tema, as participantes colocaram aspetos biológicos associados à gestação, tais como oscilação de humor e enjoos presente do terceiro trimestre, sintomas estes comuns nesta fase, correlacionados na maioria das vezes às alterações hormonais sofridas e, ao pós-parto, relacionados à dor como sensações inevitáveis como, por exemplo, o incômodo dos mamilos e privação de sono, relacionados aos desdobramentos do parto e às demandas do bebê. Relatos estes fornecidos pelas participantes.

No que se refere aos aspetos psicológicos foram nomeados a ansiedade como um sentimento normativo associado ao medo e à expectativa frente ao novo, o medo como um fator normativo, contudo, podendo vir a ser prejudicial quando excessivo face ao procedimento do parto e para ultimar esta grande categoria, o sentimento de vazio e tentativa de suicídio que está associado a depressão e a sensibilidade existente neste período que pode vir ocasionar, em alguns casos, a tentativa de suicídio. Segundo o relato das participantes, é possível evidenciar que estas grandes categorias, categorias e subcategorias estão correlacionadas, validando ser resultantes de

mutações hormonais e de receios no enfrentamento do novo cenário, com as responsabilidades e funções alargadas com a chegada de um novo membro na família.

Por fim, quanto aos aspetos sociais, foram enfatizados os relacionamentos após a chegada do bebé, compreendendo aqueles adaptativos ao contexto designado pela capacidade de adaptação do grupo de amigos à chegada do bebé e à nova rotina do casal, o afastamento como o distanciamento social das pessoas do anterior círculo de amizade e o apoio das amigas denominado como o apoio social pontual concedido por amigas. Com base no relato das participantes, observa-se uma tendência ao distanciamento dos círculos sociais, em função dos novos papéis e das solicitações do bebé, sendo também citado o sentimento de solidão, correspondendo à tristeza, isolamento que sentem devido à distância e à ausência de figuras de vinculação.

d) Expectativas face ao futuro do(a) filho (a)

Tabela 3.4

Expectativas face ao futuro do filho(a)

Grande Categorias	Categorias	Definição	Citações
Cultura	Afastamento cultural brasileiro	Reporta à tentativa de aculturação, de aproximação dos valores e contextos pátrios.	LGF1989 “ <i>Eu afasto dele de tudo que é do Brasil, a gente tenta falar o máximo da linguagem daqui</i> ”
	Contexto sociopolítico e económico	Menciona a preocupação com o cenário sociopolítico e económico onde o bebé vai viver.	MESJ1988 “ <i>nível social, político e económico, nós gostaríamos de favorecer esse contexto para ele crescer</i> ”
	Segurança	Aborda a questão da violência e segurança em Portugal, comparando-a com o país de origem.	CSG1983 “ <i>a gente consegue proporcionar aqui em Portugal para ele é muito bom, a segurança é que um dos motivos que a maioria das pessoas vem pra cá, os brasileiros né, que é o motivo que saímos do país (Brasil). Eu acho que o pior é a questão da violência</i> ” CTM1993 “ <i>Então a gente pensa muito que um dos principais motivos para não</i>

			<i>querer voltar para o Brasil é a questão da segurança, e a educação, aqui agente tem um apoio, as escolas são melhores, e não precisamos pagar, porque a escola publica e muito boas”</i>
	Sistema educacional	Remonta à valorização da educação, à excelência do ensino público no país e sua importância na criação do filho.	CTM1993” e a educação, aqui a gente tem um apoio, as escolas são melhores, e não precisamos pagar, porque a escola publica e muito boas” VSMV1995 “Eu estou muito confortável com essa ideia porque eu gosto muito daqui e eu acho que a educação aqui, as pessoas, a cultura, é maravilhosa também e eu acho que foi a melhor escolha, eu acho que até foi por isso que eu me senti mais confortável para ter um filho aqui em Portugal”
Distanciamento familiar		Descreve sentimentos ambíguos em relação à distância dos familiares e as possibilidades que morar em outro país podem propiciar.	FGR1988 “... a dificuldade só foi realmente estar longe da família ... eu acho que é mais difícil do que estar realmente morando fora, né? Essa distância.” CTM1993 “Então essa parte de morar longe dos pais, isso também pesa muda.” MESJ1988 “É uma expectativa favorável, de que vamos proporcionar um bom futuro, mas pesar que alguns vínculos familiares serão feitos a distância, isso é uma coisa que o imigrante vai carregar para sempre, uma vez que existe uma experiência fora, existe sempre questionamentos acerca dos dois mundos, né?” TOLF1999 “Toda a geração da minha família, pelas minhas tias, exemplo, são todas uma nova geração, então tem a faixa etária de um ano, dois anos, três anos, quatro anos, até os sete anos mais ou menos. Então teria muita interação, também, né? Da parte das crianças e também seria uma coisa de fácil acesso para eu falar, “fica com meu filho, cuida do meu filho”, né? “ VSMV1995 “eu fico pensando que ela está crescendo e não está conhecendo os

			<i>avós, avôs maternos dela, e a minha irmã, as minhas primas. Às vezes até afasto o pensamento, sabe? Porque acaba se tornando menos doloroso.”</i>
Oportunidades	Diversidade	Reconhece o respeito à diversidade como um importante valor no país.	TOLF1999 “Então, a única coisa que eu acho muito legal aqui, é a questão da diversidade...”
	Idioma	Refere ao acesso democrático a distintos idiomas, além do pátrio, a todos os segmentos sociais.	TOLF1999 “... essa questão de outras línguas, de aprender outras línguas, não é? Porque aqui a gente sabe que a maioria... muitos dos portugueses falam inglês, né? A gente vê até vídeo engraçado, tipo, um morador de rua pedindo dinheiro, você finge outra língua e ele fala outra língua.”
	Proximidade europeia	Constata a importância estratégica, do ponto de vista espacial, do país em relação ao acesso a toda a Europa.	CSG1983 “você estar na Europa e eu gosto da cultura europeia, de estar perto de outros lugares, poder passear, poder dar essa oportunidade para ele.”
Preconceito		Reporta novamente ao preconceito e seus efeitos, à possibilidade de xenofobia, desta vez em relação ao filho.	CTM1993 “mas pode ser que algum dia ela sofra algum preconceito dentro da escola, isso a gente sabe que acontece muito, mas esse é um dos desafios que nos preocupa, sim.” FGR1988 “vão ter algumas dificuldades às vezes pelo meio do caminho porque nós somos brasileiro, né? Por mais que tenhamos já nacionalidade portuguesa nós somos brasileiros, nosso sotaque é brasileiro e a gente sabe que às vezes acontece casos de xenofobia e tudo, e ela na escola ela sempre vai ser “filha de brasileiros” LGF1989 “Até porque já puxando por uma outra preocupação minha que é a preocupação no âmbito escolar, que é uma realidade daqui, há uma discriminação muito grande disso, então eu não quero que ele se veja como brasileiro, não quero. Eu coloco na cabeça dele que o brasileiro somos nós, os pais dele, mas ele não é, para que ele

			<i>também não chegue a sofrer um dia com isso no âmbito escolar, que já é uma realidade bem pesada aqui, não é?”</i> TOLF1999 “ <i>Tem as mães que falam, que sofreram xenofobia, que o filho está sofrendo porque é filho de brasileiro ou porque o filho veio do Brasil e chegou aqui, está sofrendo com os professores e está sofrendo com os alunos, que é agredido, né? Eu até falo que futuramente, mais pra frente, eu vou botar o meu filho numa luta para ele... a autodefesa, né?”</i>
--	--	--	---

No que concerne às expectativas face ao futuro do(a) filho(a), surgem quatro grandes categorias e sete categorias e nenhuma subcategoria, sendo descrito com mais detalhes na tabela 3.4, apresentada anteriormente.

Dentro deste tema, as participantes patentearam o papel da cultura e sua denominação como uma das grandes categorias, abrangendo o afastamento cultural brasileiro, o contexto sociopolítico e econômico, a segurança e o sistema educacional como categorias a serem consideradas pelas as participantes em função de uma maior adequação do(a) filho(a) aos valores e culturas locais e ao contexto sociopolítico e econômico existente, bem como, um maior aproveitamento do sistema público citado como de qualidade, além da segurança oportuna pelos baixos índices de violência.

Uma outra grande categoria abordada refere-se ao distanciamento familiar, onde as participantes destacaram seus sentimentos ambíguos em relação à distância dos familiares e as possibilidades que morar em outro país podem propiciar, como por exemplo, obter um futuro melhor.

Relativamente à terceira grande categoria, oportunidade, esta subdivide-se em categorias como a diversidade, o idioma e a proximidade europeia, sendo todas consideradas como grande relevância para o futuro do filho. De acordo com a diversidade, as participantes mostraram e destacaram respeito à heterogeneidade como um importante valor no país. Consoante ao idioma, as participantes revelaram dispor do acesso democrático a distintos idiomas, para além do pátrio, como uma regalia.

Por fim, a quarta grande categoria corresponde ao preconceito e seus efeitos face aos filhos, sendo destacado pelas participantes o receio que estes possam vir a sofrer alguma discriminação por sua ascendência estrangeira, como a xenofobia, mesmo tendo nascido no país.

4. Discussão

A presente dissertação de mestrado buscou explorar as narrativas de mulheres a experienciar a entrada na maternidade em contexto migratório, sendo categorizados quatro temas de acordo com os relatos das participantes entrevistadas. Estes foram designados como (1) adaptação ao contexto português, (2) desejo de ser mãe, (3) entrada na maternidade e (4) expectativas face ao futuro do(a) filho(a), a permitir uma compreensão alargada da experiência destas mulheres.

Percebeu-se que de um modo geral os resultados obtidos foram ao encontro dos objetivos e da bibliografia consultada, sendo evidenciado no tema (1) adaptação ao contexto português, o suporte social como elemento de proteção para implicações psicológicas, algo comprovado empiricamente com a recolha de resultados (N=4), *“eu tive o privilégio da minha mãe ir pra Portugal, ela ficou 45 dias comigo, e se não fosse ela eu não sei como daria conta emocionalmente.”*, (MESJ1988) e conceitualmente, com a perspetiva dos pensadores Rapoport & Piccinini (2006). Em contrapartida, foi observado a não necessidade de tal apoio familiar (N=1), como descrito por LGF1989 *“Quando eu engravidei eu não quis família aqui, não quis ninguém na minha casa, foi só eu e meu marido”*, salientando a prioridade do não julgamento e da interferência na relação mãe-bebé (Filha et al. 2016; Gutman, 2010 cited in Manente & Rodrigues, 2016), em comparação ao apoio social anteriormente citado.

Ainda neste tema, foram observadas através da grande categoria conciliação multifunções, diferentes perspetivas face aos enfrentamentos das novas funções, sendo ressaltado a perda da individualidade, como citado por CMSFD1992 *“perde um pouco da individualidade em prol dele, tudo gira em torno dele”* e a dificuldade na conciliação de funções *“a gente se vê só trabalhando e cuidando dele, não faço mais nada de diferente. No final do ano a gente estava conversando e decidimos que tinha que tirar um tempo para mim também... Eu estou tentando fazer isso e ele também... ter um hobby, não só as obrigações, sabe? Tentar ter um extra (ainda não conseguiu)”*, indo ao encontro de Albuquerque & Guedes (2021) no conceito do Desafio do Eu Integral, referindo ao desafio perante a nova versão de mulher após o nascimento do(a) filho(a).

Enquanto última grande categoria deste tema, (1) adaptação ao contexto português, foi relevante observar que na esfera das experiências menos positivas, foram identificadas 22% de vivências preconceituosas (N=2), sendo justificado por uma das entrevistadas, LGF1989 *“Quando se nota que é brasileira piora a situação”*. Todavia, de acordo com Niño (2020), as mulheres migrantes tendem a ser mais vulneráveis, necessitando de uma atenção diferenciada perante os profissionais de saúde, algo não evidenciado nestas vivências (N=2).

No que concerne ao segundo tema, (2) desejo de ser mãe, os dados obtidos verificaram as relações entre as categorias. Posto isto, foi constatada a não aceitação gestacional como mais acentuada em gestação não planeada, representando 33% da amostra (N=3), todavia, não havendo relação com outros fatores. Assim, mesmo que haja uma maior dificuldade em aceitar a gestação quando esta não é planeada, não foi verificada relação com outras implicações fisiológicas, psicológicas ou sociais.

Dentro deste tema, a grande categoria tentativa gestacional evidenciou experiência de perda gestacional e problemas com fertilidade, sendo caracterizada por algumas das complicações ocasionadas pelo adiamento gestacional, de acordo com Fiorin (2012). Por fim, no que visa este tema, a tomada de decisão face ao desejo de ter um filho, foram identificadas na recolha de dados razões similares às descritas por Natividade et al. (2020), nomeadamente para satisfazer o desejo do cônjuge, como ressaltado por LGF1989 *“eu e meu marido aqui e ele sempre teve o desejo de ser pai a vida toda, nós já estamos casados vai fazer doze anos, a vida toda foi ele me pedindo um filho e na pandemia eu resolvi aceitar essa proposta. Só que assim, eu fui tão descrente...”*, para além das subcategorias desejo e idade. Em contrapartida, no que visa às razões de não ter filhos, estas também foram ao encontro, nomeadamente no que concerne à restrição da liberdade citado por VSMV1995 *“eu sempre tive muito medo, muito medo porque é um outro ser humano, não é? Depende 100% da gente... eu tinha medo de perder toda a minha liberdade, liberdade em todos os sentidos, não é? Tanto de ir e voltar quanto até financeiramente, tudo... eu tinha muito medo de ter depressão pós-parto. Dizem que quando nasce uma mãe, nasce um medo.”*

No que diz respeito ao terceiro tema (3) entrada na maternidade, este foi categorizado nas esferas biológicas, psicológicas e sociais, uma vez que a maternidade é compreendida como um evento na esfera biopsicossocial que necessita de um novo nível de organização e equilíbrio, sendo comparado com a puberdade, estudado por Erik Erikson e Jean Piaget. (Breen, 1975). Foram

observadas implicações psicológicas como estresse, medo e ansiedade, sendo verificadas como uma diminuição do auxílio e apoio social (N=6), ressaltando a importância do suporte como referenciado por Goldstein et al. (1996), citados em Rapoport (2003), descrita como grande categoria do tema (1) adaptação ao contexto português.

Para ultimar a categorização dos temas, nas (4) expectativas face ao futuro do(a) filho(a), foi observada uma preocupação referente ao distanciamento familiar devido ao contexto migratório, algo a ser compreendido uma vez que o suporte social é de extrema importância para o apoio à mãe e ao desenvolvimento do bebê, contudo, podendo este ser constituído desde a família extensa, amigos, colegas de trabalho e relações comunitárias, desempenhando apoio, mesmo em contexto de afastamento dos familiares. No que visa a quarta grande categoria Preconceito, esta foi evidenciada como elemento de preocupação face ao futuro da criança (N=4), sendo consequente do preconceito em relação aos brasileiros em Portugal (Marques e Góis, 2015; Padilla, 2006 cited in Fernandes & Oltramari, 2021), havendo indício de uma crescente intolerância.

5. Conclusão

Em suma, o presente estudo partiu de uma fundamentação literária no âmbito da exposição das perspetivas de mulheres migrantes em seu processo de entrada na maternidade e da coleta e análise de vivências heterogêneas acerca de suas experiências, implicações e possibilidades face ao futuro.

No que visa às dificuldades na elaboração da tese, foram encontrados poucos estudos sobre a mulher migrante em contexto de maternidade, havendo restrita literatura disponível sobre o tema. Ademais, uma dificuldade em construir uma amostra representativa para o estudo, uma vez que existem vários contextos de migração, assim como experiências prévias vivenciadas no Brasil, contando com mulheres de diferentes origens brasileiras, originárias de contextos diversos e com experiências muito heterogêneas.

Ressalto como ponto positivo, a oportunidade de aprofundamento acadêmico e o desafio de discorrer sobre um tema que envolve múltiplas variáveis, algumas previamente expectáveis e outras não, ensejando contribuir para estudos futuros sobre o tema, a partir da correlação entre maternidade e migração na perspetiva do olhar da genitora brasileira residente em Portugal. Destaco, ainda, a relevância da coleta de vivências ricas em contextos que irão compor a minha

trajetória profissional, e que demandaram um intenso compromisso de registo factual, permitido por meio de uma escuta ética, empática e respaldada no espírito investigativo.

Enquanto sugestão para futuros estudos é proposto, como objetivo principal, aprofundar o conhecimento acerca da transição para a maternidade em contexto migratório e a associação de psicopatologias, havendo uma vinculação entre migração e probabilidade de depressão no período perinatal, ansiedade patológica e doenças associadas, visto que esta população se demonstra vulnerável (Niño, 2020), nem sempre contando com o auxílio necessário perante os profissionais de saúde.

Por fim, é de extrema importância o investimento em capacitação das equipes técnica e de apoio do Sistema Nacional de Saúde, notadamente na acolhida da migrante com suas especificidades, limitações, possibilidades e seus diferenciais culturais e de idioma, dada a alta densidade migratória brasileira em Portugal.

Referências bibliográficas

- Albuquerque, M. & Guedes, G. (2021) O lado emocional da maternidade: um guia de preparação para os desafios mentais da gravidez e pós-parto. *Editorial Presença*.
- Bárcia, S., & Veríssimo, M. (2010). A importância da massagem do bebê para as atitudes face à maternidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11(2), 271-281.
- Barreto, B. C. R., & Moreira, M. A. (2014). Vivência da maternidade no puerpério e sua interferência nas práticas de autocuidado. *Arquivos de Ciência da Saúde*, Itabuna, 1(21), 29-35.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Beltrame, G. R., & Donelli, T. M. S. (2012). Maternity and career: challenges forward to reconciliation of roles. *Aletheia*, (38-39), 206-217.
- Benedek, T. (1949). The psychosomatic implications of the primary unit: mother-child. *American Journal of Orthopsychiatry*, 19(4), 642.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Breen, D. (1975). The birth of a first child.
- Brito, R. C., & Koller, S. H. (1999). Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. *O mundo social da criança: natureza e cultura em ação*, 115-129.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento. *Psicologia da gravidez e da maternidade*, 17, 49.
- Colman, L.L. & Colman, A. (1994). Gravidez- a experiência psicológica. Lisboa:Colibri.
- Corrêa, K. R. F. D. C., Vizzotto, M. M., & Cury, A. F. (2007). Avaliação da eficácia adaptativa de mulheres e homens inseridos num programa de fertilização in vitro. *Psicologia em Estudo*, 12, 363-370.

Cova, A. (2012). História da Maternidade: em que ponto estamos?. *Cadernos de História*, 12, 163-185.

Darlington, Y. & Scott, D. (2002). *Qualitative research in practice: Stories from the field*. Australia: Allen & Unwin.

Dewes, J. O. (2013). Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling: uma descrição dos métodos.

Falceto, O. G. (2002). A influência de fatores psicossociais na interrupção precoce do aleitamento materno.

Fernandes, D., Peixoto, J., & Oltramari, A. P. (2021). A quarta onda da imigração brasileira em Portugal: uma história breve. *Revista Latinoamericana de Población*, 15(29), 34-63.

Fernandes, F. C. G., Santos, E. G., & Barbosa, I. R. (2019). A idade da primeira gestação no Brasil: dados da pesquisa nacional de saúde. *Journal of Human Growth and Development*, 29(3), 304.

Ferreira, A. M. D. S. (2011). A depressão no processo de maternidade-estudo prospectivo de mulheres da 36.ª semana de gravidez, 2.ª e 6.ª semana pós-natal.

Ferreira, F. M. C. (2019). Diferentes modelos de maternidade e suas implicações: Motivações, expectativas e realidades de mães portuguesas.

Fiorin, P. C. (2012). Representações da mulher contemporânea: saúde, maternidade e trabalho.

Flaherty, J. A., Gaviria, F. M., & Pathak, D. S. (1983). The measurement of social support: The Social Support Network Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 24(6), 521-529.

Flick, U. (1998). *An introduction to qualitative research*. London: Sage Publications.

Fonseca, A., & Canavarro, M.C., (2015) Escala de Atitudes face à Maternidade (EMA)

Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de saúde pública*, 24, 17-27.

Genesis Reprodução Humana (2022). *Congelamento de óvulos para adiar a gravidez*.
<https://genesispf.com.br/congelamento-ovulos-gravidez/>

Goldstein, L.H., Diener, M.L. & Mangelsdorf, S.C. (1996) Maternal characteristics and social support across the transition to motherhood: Associations with maternal behavior. *Journal of Family Psychology*, 10(1), 60-71.

Hanford, J. M. (1968). Pregnancy as a state of conflict. *Psychological reports*, 22(3_suppl), 1313-1342.

Hoffman, L. W.; Thornton, A.; Manis, J. D. (1978). The value of children to parents in the United States. *Journal of Population*, 1(2), 91-131. <https://doi.org/10.1007/BF01277597>

Hopkins J, Campbell S (2008) Development and validation of a scale to assess social support in the postpartum period. *Arch Womens Ment Health* 11:57–65

Hopkins, J. (1984). Social support and postpartum depression. University of Pittsburgh: Unpublished doctoral dissertation

IBGE. (2015) Retrieved from Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística:
<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/ArranjosFamiliares.pdf>

Imbroisi, M. (2017) A Maternidade, Eliseu Visconti.
<http://www.historiadasartes.com/sala-dos-professores/a-maternidade-eliseu-visconti/>

Langdridge, D.; Sheeran, P.; Connolly, K. (2005). Understanding the reasons for parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(2), 121-133.
<https://doi.org/10.1080/02646830500129438>

Maldonado, M.T. (1990). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. Rio de Janeiro: Vozes.

Manente, M. V., & Rodrigues, O. M. P. R. (2016). Maternidade e trabalho: associação entre depressão pós-parto, apoio social e satisfação conjugal. *Pensando famílias*, 20(1), 99-111.

Natividade, J. C., Londero-Santos, A., Carvalho, N. M. D., Mello, R. M. D., Machado, R. N., & Féres-Carneiro, T. (2020). Desire to have children: validity evidence of an instrument. *Psicologia Clínica*, 32(2), 273-294.

- Niño, J. A. F. (2020) Saúde de migrantes gestantes: o caso das venezuelanas na Colômbia.
- Parke, R. D. (1996). *Fatherhood* (Vol. 33). Harvard University Press.
- Pedroso, A. C., Carvalho, A. R., Mocho, B., Mendes, C., Teixeira, J., & Reis, A. (2020). EXPERIÊNCIAS DE MATERNIDADE DE MULHERES MIGRANTES–UMA SCOPING REVIEW. *Revista da UI_IPSantarém-Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 57-67.
- Pedersen, S. (1993). *Family, dependence, and the origins of the welfare state: Britain and France, 1914-1945*. Cambridge University Press.
- Pereira, M., Cardoso, M., Albuquerque, S., Janeiro, C., & Alves, S. (2016). Escala de Resiliência para adultos (ERA). *Instrumentos de avaliação familiar*, 2, 37-62.
- Peters, J. K. (1999). *Mães que trabalham fora: segredos para conciliar a vida profissional e familiar*. São Paulo: Mandarin.
- Pierce, G. R., Sarason, B. R., Sarason, I. G., Joseph, H. J., & Henderson, C. A. (1996). Conceptualizing and assessing social support in the context of the family. In *Handbook of social support and the family* (pp. 3-23). Springer, Boston, MA.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em estudo*, 9, 67-75.
- Rapoport, A. (2003). Da gestação ao primeiro ano de vida do bebê: Apoio social e ingresso na creche.
- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Journal of Human Growth and Development*, 16(1), 85-96.
- Rheingold, J. C. (1964). The fear of being a woman: A theory of maternal destructiveness.
- Rodriguez, M. S. & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of Mental Health*, 3, 535-544 cited in Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em estudo*, 13(2), 381-388.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Tavares, L. (1990). Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e o pós-parto. *Análise Psicológica*, 8(4), 389-398.

Tratamento de Fertilidade IVI (s.d.) *Fertilização in Vitro (FIV)*. <https://ivi.pt/tratamentos-procriacao-assistida/fertilizacao-in-vitro/>

Tratamento de Fertilidade IVI (s.d.) *Inseminação Artificial (IA)*. <https://ivi.pt/tratamentos-procriacao-assistida/inseminacao-artificial/>

UNESCO. (2017). Retrieved from United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/internationalmigration/glossary/migrant/?fbclid=IwAR1gsmUSULZMq9RtqxvmqNc5_EWh9To8mLUVW0jY4p2n2W1fZHNvC620Y

Vázquez, G. (2014). Maternidade e Feminismo: notas sobre uma relação plural. *Revista Trilhas da História*, 3(6), 167-181.

Visconti, E. (1906). *Maternidade*. Pinacoteca de São Paulo

Worell, J., & Goodheart, C.D. (Ed.). (2005). Manual de saúde psicológica de meninas e mulheres. Imprensa da Universidade de Oxford.0

Estado civil *

A sua resposta

Pessoas que vivem no seu agregado familiar *

☐ Eu e meu filho(a)

☐ Eu, companheiro(a) e filho(a)

☐ Outra:

País de residência *

☐ Portugal

☐ Brasil

☐ Outra:

País de acompanhamento gestacional e pós-parto *

☐ Portugal

☐ Brasil

☐ Outra:

País de acompanhamento gestacional e pós-parto *

☐ Portugal

☐ Brasil

☐ Outra:

Profissão *

A sua resposta

Situação profissional *

☐ Trabalho para outrem

☐ Trabalhadora independente

☐ Licença maternidade

☐ Desempregada

☐ Outra:

Data de nascimento do primeiro filho(a) *

DD MM AAAA

/ /

Profissão *

A sua resposta

Situação profissional *

☐ Trabalho para outrem

☐ Trabalhadora independente

☐ Licença maternidade

☐ Desempregada

☐ Outra:

Data de nascimento do primeiro filho(a) *

DD MM AAAA

/ /

Quando decidiu(ram) ter um filho(a) *

A sua resposta

Enviar

Limpar formulário

Nunca envie palavras-chave através dos Google Forms