

Departamento de Sociologia

Viver o pós-parto como adaptação

Maria Madalena d’Avelar

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Sociologia

Orientadora:  
Professora Doutora Graça Carapinheiro, Professora Catedrática,  
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Coorientadora:  
Professora Doutora Sónia Pintassilgo, Professora Auxiliar,  
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2018

Departamento de Sociologia

## Viver o pós-parto como adaptação

Maria Madalena d’Avelar

Trabalho de projeto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Sociologia

Orientadora:  
Professora Doutora Graça Carapineiro, Professora Catedrática,  
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Coorientadora:  
Professora Doutora Sónia Pintassilgo, Professora Auxiliar,  
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2018

## **Agradecimentos**

Quero agradecer, em primeiro lugar, a todos os professores com quem tive o prazer e privilégio de aprender ao longo da minha carreira estudantil, uma vez que é graças a estes que adquiri não só o conhecimento e competências que foram aplicadas na produção desta dissertação, mas também o entusiasmo e alegria que vêm com desbravar da realidade social e fazer uso da imaginação sociológica. Um agradecimento muito especial em particular à minha orientadora, Professora Graça Carapinheiro, e à minha co-orientadora, Professora Sónia Pintassilgo, que me acompanharam ao longo deste percurso e com quem tanto aprendi. Foram as suas críticas e apreciações, e todas as discussões e reflexões pertinentes e estimulantes que surgiram em momentos de reunião, que constituíram as fundações que criaram a base e sustentaram o crescimento deste projeto. Obrigada pela exigência e rigorosidade, pelas críticas construtivas sempre que necessárias, e pela atenção e ternura mesmo nesses momentos.

Não posso deixar de agradecer aos meus pais, à minha família e amigos, os quais foram absolutamente essenciais durante este período, como em tantos outros da minha vida, e que me deram o apoio e motivação necessários para que esta dissertação tenha sido terminada. Sem querer desdobrar-me numa enumeração de nomes, existem alguns que não posso deixar de aqui mencionar, pela sua importância – mana, Luísa e Patrícia, e Mariana. Obrigada por transformarem mesmo os momentos mais desafiantes em barreiras suplantáveis.

Acima de tudo, quero agradecer às mulheres sem quem esta tese nunca se teria tornado uma realidade e as quais, numa fase da sua vida na qual a organização temporal do quotidiano não se trata de uma tarefa fácil, criaram tempo para partilhar comigo as suas experiências e vivências.

Dedico esta dissertação à minha avó Milena, a quem estarei para sempre grata por ser uma fonte de conforto e inspiração na minha vida – sempre presente mesmo não o estando, como encostar um búzio ao ouvido e sentir as ondas.

## **Resumo**

O presente estudo tem como objetivo contribuir para uma melhor compreensão do pós-parto, através da análise do mesmo enquanto um período de adaptação a uma nova realidade – admitindo o nascimento enquanto fonte de inúmeras mudanças, tanto a nível prático e de reorganização do quotidiano, como a nível identitário e de reorientação prioritária. No sentido de compreender de que forma esse processo de adaptação é realizado, e de identificar os fatores que participam na sua estruturação, focamos a análise nas narrativas de mulheres que estejam a experienciar pela primeira vez a maternidade, uma vez que é nestes casos que as mudanças provocadas pela transição para a maternidade serão mais marcadas. Fazendo uso de uma abordagem qualitativa, e com base na realização de entrevistas em profundidade, analisamos os dados recolhidos mobilizando a proposta teórica de Lahire (2001) acerca da relação entre passado incorporado e presente contextual, aplicando a mesma à realidade social em estudo. A análise realizada revela a complexidade da realidade do pós-parto e a relevância de compreender o mesmo enquanto fase adaptativa, e permite concluir que esta adaptação à nova maternidade não deve ser entendida enquanto um processo linear ou unitário, mas sim enquanto algo dinâmico e multidimensional, apenas compreensível através da análise dos múltiplos elementos que a constituem e das relações estabelecidas entre estes elementos.

Palavras-chave: Nascimento, Período Pós-parto, Maternidade, Género, Adaptação

## **Abstract**

The present study's goal is to contribute to a better understanding of postpartum, through its analysis of it as a period of adaptation to a new reality – recognizing birth as a source of numerous changes, that range from a practical level, with the reorganization of daily life, to the reorientation of identity or priorities. Looking to comprehend that adaptation process, and to identify the main factors that participate in structuring it, we focus our analysis on the narratives of women that are experiencing motherhood for the first time, since it's among these women that the changes provoked by the transition into motherhood will be more noticeable. Using a qualitative approach, we examine the collected data mobilizing Lahire's (2001) theoretical proposal of the relationship between incorporated past and contextual present and apply it to the social reality in study. The analysis reveals the complexity of postpartum and the relevance of understanding it as a period of adaptation, allowing us to conclude that this adaptation to motherhood shouldn't be seen as a linear or unitary process, but rather as something dynamic and multidimensional, only comprehensible through the analysis of the multiple elements that constitute it, and the relationships established between those elements.

Key words: Birth, Postpartum, Motherhood, Gender, Adaptation

## Índice

Introdução.....	1
Capítulo I. Pensar o pós-parto como adaptação – breve enquadramento teórico.....	3
Capítulo II. Abordar o pós-parto como adaptação – reflexão metodológica e caracterização do painel...12	
Capítulo III. Viver o pós-parto como adaptação – análise de experiências e vivências.....	16
Conclusão.....	40
Bibliografia.....	42
Anexos.....	I

## **Introdução**

O nascimento configura um processo construído socialmente, moldado de acordo com os contextos históricos, sociais, culturais, políticos e económicos em que se insere, e que traduz e reflete um conjunto de sistemas de valores, representações e significados associados a esses contextos. Entre as diferentes fases do nascimento, o pós-parto trata-se daquela que recebe menos atenção, quer em termos de produção literária gerada acerca do mesmo, quer ao nível de discursos sensocomunais, sendo muitas vezes as próprias mães que o experienciam as primeiras a desvalorizar o mesmo e a focar todos os relatos após o momento do parto no bebé que dele nasceu.

Qualquer que seja a explicação por detrás desta omissão, esta não se tratará certamente da falta de interesse ou relevância da realidade em questão – pelo contrário, a experiência de qualquer mãe durante o pós-parto trata-se de uma experiência singular, multidimensional e complexa, não equiparável a qualquer outra experiência humana, não apenas ao nível da forma como é sentida e vivida, mas também ao nível da forma como se encontra estruturada e organizada. Na verdade, o pós-parto, e sobretudo quando este coincide com uma primeira experiência de maternidade, consiste num período único, marcado por uma série de mudanças transversais a todos os contextos e dimensões – sendo a vida das novas mães alterada por formas que incluem desde reorganizações funcionais com impacto em todos os aspetos do seu quotidiano, até recriações identitárias e reajustes prioritários com um profundo impacto nas perceções das mulheres sobre si próprias e sobre os outros.

Reconhecendo o pós-parto como um momento atravessado por um conjunto de mudanças profundas, concluímos também que este irá constituir uma fase de adaptação – adaptação não apenas à nova realidade criada por todas essas transformações, mas também e concomitantemente à adoção de um novo papel e de todas as expectativas e realidades que este implica.

Como vão então as novas mães viver esse processo de adaptação singular e multifacetado? Que tipo de obstáculos e desafios irão encontrar? Que tipo de estratégias vão desenvolver para lidar com esses desafios? E que papel é que elementos sociais e culturais irão ter sobre esse processo, e sobre a potenciação ou redução dessa capacidade adaptativa?

É no sentido de tentar responder a estas questões que desenvolvemos este projeto, procurando, através de uma abordagem qualitativa, contribuir para uma melhor compreensão desta realidade social singular que é o pós-parto e a adaptação à nova maternidade.

O presente projeto encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo procura enquadrar o objeto de estudo, apresentando de forma breve alguns dos contributos teóricos essenciais para a sua contextualização e compreensão, bem como as ferramentas conceptuais centrais para a sua análise. O segundo capítulo é dedicado à apresentação da metodologia, justificando as opções metodológicas adotadas e refletindo acerca da sua pertinência e das vantagens associadas às mesmas; e à breve caracterização do painel de novas mães entrevistadas. O terceiro e último capítulo é dedicado à exploração e análise dos dados recolhidos, procurando com essa análise dar resposta aos objetivos

estabelecidos e avançar a compreensão do fenómeno do pós-parto enquanto adaptação à maternidade. No centro desta análise encontra-se a proposta teórica de Lahire (2001) acerca da relação entre passado (incorporado) e presente (situacional), a qual é aplicada no desenvolvimento de um modelo de adaptação no pós-parto. No final, são apresentadas as conclusões gerais do estudo, bem como mencionados os seus principais contributos e limitações.

## **Capítulo I. Pensar o pós parto como adaptação – breve enquadramento teórico**

Nas sociedades ocidentais capitalistas avançadas, o conhecimento científico e médico ganhou uma legitimidade social superior a qualquer outro tipo de conhecimento, como resultado de um processo contínuo de medicalização<sup>1</sup>. Este processo tem sido acompanhado pela progressiva regulação e uniformização dos corpos e das populações, de acordo com normas definidas pela medicina (Turner, 1987). Esta regulação é realizada em grande parte através da interiorização de uma responsabilidade de auto-conservação e auto-manutenção, repleta de carga moral, a qual pressupõe a saúde como valor central. Segundo este ideal, a conservação da saúde deve constituir a base da estruturação da vida dos indivíduos, moldando e disciplinando as suas práticas e estilos de vida. Existe ainda pressão societal para que a definição da saúde enquanto valor máximo orientador seja assumida não apenas individualmente, mas também coletivamente, sendo incentivada a permanente vigilância do outro, e sendo aqueles que falham na priorização da saúde enquanto princípio organizador das suas vidas alvo de julgamento e crítica (Carapinheiro, 1986).

O discurso médico da saúde pública e as medidas tomadas para proteger a saúde são então percecionadas pelos indivíduos enquanto legítimos e mesmo necessários para a manutenção da ordem e bom funcionamento social (Lupton, 1994). A saúde surge por isso nas sociedades contemporâneas enquanto direito e dever, um estado a ser prezado, gerido e conservado, sendo qualquer desvio a este encarado como oposição e transgressão – a possibilidade de uma escolha reflexiva da não-saúde, isto é, a opção por uma vida que não adote como linha orientadora a saúde, tal como a medicina a define, e que tenha na base da sua organização outros critérios para além dos prescritos como normais e aceitáveis, não é admitida enquanto legítima.

Existe uma relação de interdependência entre poder e conhecimento médico, na medida em que o conjunto de saberes médicos, e o estatuto sacralizado que estes ocupam nas sociedades contemporâneas, se encontra na base da constituição estrutural do poder médico; ao mesmo tempo, este poder reforça a crescente valorização do conhecimento e saberes que se constroem a partir do mesmo. Como resultado deste ciclo de interligações, estes saberes profissionais tornaram-se absolutamente dominantes, centrais e inquestionáveis em todos os contextos terapêuticos, e mesmo fora destes. Na verdade, à medida que o conhecimento médico vai ganhando legitimidade em todas as dimensões da vida quotidiana, a medicina vai assumindo um número crescente de funções, como a orientação, controlo

---

<sup>1</sup> O termo medicalização surge na literatura científica para descrever o processo através do qual comportamentos ou condições passam a ser definidos e tratados enquanto médicos, aplicando uma linguagem científica para a sua descrição, adotando um enquadramento médico para a sua compreensão ou utilizando a prática médica para a sua gestão ou tratamento (Riessman, 1983; Conrad, 2003).



e aconselhamento, ao mesmo tempo que vão sendo desenvolvidas competências e técnicas adaptadas à especificidade dos novos campos de atuação da medicina (Carapinheiro, 1986).

Conhecimento e poder associam-se ainda na medida em que as categorias criadas pelo discurso médico, que refletem e reproduzem a perspetiva médica em determinado momento histórico e contexto social, tendem a ser percecionadas enquanto realidades naturais, neutras e intrínsecas. O conhecimento médico, neste caso sob a forma da criação de categorias organizadoras da realidade, ganha assim um poder generativo e prescritivo. Não se sugere que qualquer realidade material se trata do resultado direto deste discurso, mas sim que a produção de discursos pode desempenhar um papel essencial na definição da realidade social, determinando, por exemplo, quais os fenómenos rotulados como normais e como desviantes (Turner, 1987).

Os avanços tecnológicos, que tornam o conhecimento médico cada vez mais opaco e indecifrável para todos, exceto os peritos, reforçam também o poder médico, e tornam cada vez mais difícil para o não especialista a compreensão dos processos terapêuticos e, como tal, a participação nos mesmos – sobretudo quando existe pouco ou nenhum esforço por parte dos profissionais de saúde no sentido de os tornar mais transparentes. Por outro lado, o desenvolvimento de tecnologia imagiológica leva a que a relação terapêutica consista cada vez mais numa relação entre profissionais médicos e imagem do corpo, contribuindo para a visão do corpo enquanto objeto analisável e controlável à margem da reflexividade, identidade e autonomia do sujeito dono desse corpo. A noção de incorporação<sup>2</sup>, que toma sujeito e corpo como realidades inseparáveis, encontra-se deste modo muitas vezes em falta no contexto da relação médica, levando a que as palavras dos doentes sejam muitas vezes ignoradas ou secundarizadas, e a prioridade seja colocada em elementos físico-biológicos, empiricamente medíveis de forma objetiva (Armstrong, 1994).

Na verdade, o corpo não deve ser entendido enquanto realidade biológica universal, mas sim como resultado de uma combinação entre a dimensão material e biológica e um conjunto de processos discursivos e reguladores e de práticas, que estabelecem entre si uma relação simbiótica e simbólica (Lutpon, 1994). No entanto, faz sentido que com o alargamento sucessivo das funções reguladoras da medicina nas sociedades modernas, também a visão medicalizada do corpo se torne dominante e central na construção de representações sociais sobre o corpo, não apenas no contexto médico e terapêutico, mas num número cada vez maior de dimensões da realidade social. O corpo medicalizado, construído como objeto de estudo analisável e como alvo passivo de controlo e regulação, terá deste modo efeitos

---

<sup>2</sup> Turner (1992) propõe o conceito de incorporação, que articula em si natureza e sociedade, ação e intenção, e que chama para a ação humana dimensões sentimentais, emocionais e afetivas (indo para lá das perspetivas utilitárias do modelo racional da ação). Este conceito apresenta assim o ser humano enquanto sujeito incorporado, mobilizando um corpo social e cultural, orientado para a ação e intenção, e no qual estão implicados sentimentos, emoções e afetos.

no modo como os indivíduos constroem os seus estilos de vida, práticas e auto-reflexividades e na forma como pensam e se relacionam com um conjunto de elementos, entre os quais o género e a sexualidade.

A representação do corpo feminino, por exemplo, tem vindo a ser construída em grande parte pelo discurso e prática médicos. De notar que, por sua vez, estes discursos e práticas são sempre o fruto do contexto histórico e cultural onde se originam. Deste modo, pensar o corpo feminino implica sempre tomar em conta o modo como os discursos sobre o mesmo são estruturados pela medicina e pelo género, de forma simultânea, sendo que estes dois elementos se relacionam entre si. É particularmente nítida a forma como a dominação masculina tem estruturado a construção do discurso e da prática médicos ao longo dos anos, conferindo legitimação aparentemente científica às representações sociais associadas a ambos os géneros (Turner, 1992).

Como resultado, o discurso e prática médicos têm vindo a desempenhar ao longo dos anos um papel central para a construção de uma visão reducionista da relação entre o biológico e o social, nomeadamente quando se trata de abordar o corpo feminino, apresentando características anatómicas como determinando à partida fenómenos que atualmente são reconhecidos como construídos social e culturalmente. Esta visão reducionista, ao mesmo tempo que surge integrada no contexto de sociedades de dominação masculina, reforça essas sociedades, ao regular e controlar os corpos no sentido de os conformar a essa dominação. Por exemplo, o discurso médico legitimou durante muito tempo a ideia de que a atividade reprodutiva era mais determinante para a natureza feminina do que masculina e que, como tal, as mulheres seriam naturalmente mais indicadas para assumir o papel de cuidadoras. Acreditava-se ainda que o desenvolvimento de trabalho intelectual por parte das mulheres poderia trazer problemas para o sistema reprodutor feminino e que a dimensão do osso pélvico no corpo feminino confirmava a redução das mulheres às tarefas de criação e educação dos filhos (Lupton, 1994).

Esta relação entre medicina e género é particularmente marcada na arena do nascimento, entendendo-se aqui nascimento não meramente como o momento do parto, mas como constituindo todo o processo que enquadra a gravidez, parto e pós-parto. Analisando qualquer um destes momentos, ou a forma como o nascimento tem vindo a ser pensado e vivido ao longo da história, torna-se clara a sua progressiva medicalização, e a forma como a perspetiva médico-científica do nascimento se tem vindo a sobrepor a qualquer outra.

Enquanto em sociedades pré-modernas o nascimento era pensado e organizado enquanto arena exclusivamente feminina, sendo as mulheres a dar à luz acompanhadas por outras mulheres, cujo conhecimento e competências resultavam quer de uma herança geracional quer da experiência pessoal, com o aparecimento da medicina organizada por práticas clínicas, os partos passaram a ser encarados enquanto eventos clínicos, necessitando de acompanhamento especializado e a ocorrer num contexto separado do espaço doméstico e quotidiano. Com o decorrer do processo de medicalização, o nascimento tem vindo a transformar-se cada vez mais num acontecimento pensado, organizado e executado de acordo com as normas prescritas pelo conhecimento médico, e regulado, vigiado e controlado por profissionais de saúde. Estamos atualmente no contexto de dominância daquilo a que

Davis-Floyd (1994) intitulou o modelo tecnocrático de nascimento, querendo com isto dizer que o nascimento é pensado de forma reducionista, com foco na dimensão corporal e nos procedimentos biológicos e mecânicos do mesmo. Neste contexto, a maior parte dos partos ocorre em contexto hospitalar e de acordo com a lógica de autoridade e controlo médico (Donnison, 1988; Lupton, 1994; Johanson, Newburn e Macfarlane, 2002; Kukla e Wayne, 2018; Pintassilgo e Carvalho, 2017).

A objetificação típica da medicalização é nítida na forma como o nascimento é abordado clinicamente – as práticas clínicas tendem a ser ritualizadas e estandardizadas de acordo com a aplicação de conhecimento científico, sem grande flexibilidade ou espaço para desvios à norma definida como desejável. Até o próprio evento do parto tende a ser fragmentado, sendo cada uma das suas fases regulamentada e esperando-se que também estas sigam medidas pré-definidas. A hospitalização e medicalização do parto instauram assim um regime de tempo que não respeita a singularidade e particularidade de cada mulher, de cada corpo e de cada experiência de parto, recorrendo a uma estandardização que tem como fim último a eficiência medida através de critérios como taxas de mortalidade materna e perinatal, sendo estes indicadores encarados como a forma mais viável de medição do sucesso do parto (Kirkham, 2011). Na verdade, para a maior parte dos obstetras, um parto bem-sucedido acontece sempre que a mulher e o bebé sobrevivem ao mesmo, sendo a qualidade da experiência para a mãe percecionada como uma dimensão secundária ou mesmo não considerada de todo (Davis-Floyd, 1994; Lane, 1995), bem como quaisquer elementos de morbilidade materna<sup>3</sup>, seja esta física ou psicológica.

É também o discurso médico do nascimento, frequentemente centrado na ideia de risco, que molda muitos dos comportamentos e formas de viver e pensar o nascimento. Um dos resultados mais evidentes deste tipo de discurso, e da definição do nascimento enquanto um processo inerentemente marcado pelo risco, é a ideia de que os corpos e comportamento das mulheres grávidas deveriam ser vigiados e regulados, no sentido de reduzir este risco ao mínimo possível (Kukla e Wayne, 2018).

Esta regulamentação e vigilância do corpo grávido é nítida, não apenas do ponto de vista médico, através de um acompanhamento cuidadoso e realização de diversos exames ao longo do período de gravidez, mas também por parte da rede social de amigos, familiares, colegas de trabalho e mesmo desconhecidos que entram em contacto com a mulher, e por parte das próprias mulheres grávidas, as quais são vistas como responsáveis pelo seu bem-estar e pelo bem-estar dos bebés e encorajadas a policiar os seus próprios corpos, associando-se a adesão a comportamentos de prevenção de risco à representação cultural de boa maternidade (Lupton, 1999; Christiaens, Nieuwenhuijze e de Vries, 2013).

Este controlo a que o corpo e conduta das mulheres grávidas é exposto serve como um exemplo do poder prescritivo e regulatório médico, e torna a gravidez uma experiência pública na qual a conservação da saúde da futura criança constitui o principal objetivo.

---

<sup>3</sup> Morbilidade materna pode ser definida enquanto qualquer condição de saúde atribuída a ou agravada pela gravidez e parto e que tenha um impacto negativo no bem-estar da mulher (Firoz *et.al*, 2013).

A própria imposição de uma categoria de risco a todas as mulheres grávidas funciona como uma forma de regulação microsocial, a qual facilita a intervenção médica. Mesmo quando a maior parte das mulheres são categorizadas como casos de baixo risco, a mera utilização do termo implica a possibilidade de este surgir, legitimando o controlo médico sobre o processo e o uso rotineiro de intervenções, como a indução farmacológica do parto, a administração de drogas como a epidural para alívio de dor, a monitorização eletrónica fetal, a realização da episiotomia e de partos instrumentais ou cirúrgicos. A apresentação de eventos adversos como imprevisíveis reforça e legitima a ideia de que todas as mulheres devem estar sujeitas a controlo obstétrico e vigilância, no sentido de prevenção dos mesmos ou de facilitação de resposta caso estes surjam (Lane, 1995).

No entanto, é importante notar que existem tendências e discursos que procuram contrariar o processo de medicalização e destacar as suas dimensões negativas. No caso do nascimento, o modelo tecnocrático tem cada vez mais vindo a ser questionado, sendo apontada a forma como este prioriza as componentes fisiológicas e económicas do nascimento, ou a conveniência e interesses dos profissionais médicos e do planeamento hospitalar, negligenciando elementos associados ao relacionamento interpessoal, ao bem-estar das mulheres e à sua capacitação, e colocando o foco exclusivamente no bebé, muitas vezes à custa da saúde física e mental da mãe (Katz-Rothman, 1982; Lupton, 1994; Lane, 1995; Davis-Floyd, 2001).

Apesar destas críticas, e dos esforços no sentido de implementar novos modelos de nascimento<sup>4</sup>, na maior parte dos países do contexto ocidental continua a ser o modelo hospitalar e intervencionista o mais frequente<sup>5</sup>. Desta forma, e apesar de modelos de nascimento alternativos terem alguma representação e impacto cultural, a maior parte dos partos continua a ser altamente medicalizado, sendo que mesmo as mulheres que desejam ter experiências de parto “naturais”, em grande parte acabam por realizar partos envolvendo alguma intervenção médica (Beckett, 2005).

Para além de reconhecer que estas alternativas ao modelo tecnocrático de nascimento não constituem de momento um verdadeiro desafio à sua hegemonia, vários autores notam que muitos dos novos discursos de nascimento, que surgem como alternativa ao médico, não envolvem necessariamente um aumento na agência e capacitação da mulher no processo de nascimento (Lupton, 1994; Kukla e Wayne, 2018).

---

4 Para além do modelo tecnocrático do nascimento, Davis-Floyd (2001) descreveu também os modelos humanístico e holístico. Enquanto o modelo tecnocrático se foca na separação entre corpo e mente, e perceciona o corpo como essencialmente uma máquina, o modelo humanístico foca-se na relação entre mente e corpo, encarando o corpo como um organismo, e o modelo holístico pensa o corpo, mente e espírito enquanto um todo, sendo o corpo pensado como um campo de energia, em comunicação permanente com outros campos de energia. Novos modelos de nascimento que surgirão por oposição ao modelo médico dominante tipicamente tendem a fundamentar-se em paradigmas humanísticos ou holísticos.

<sup>5</sup> Consultar quadro 1.1 (anexo A)

De fato, o movimento do nascimento alternativo é igualmente alvo de críticas que destacam a equivalência entre a retórica médica e a do nascimento “natural”, sendo que ambos atribuem significados pouco flexíveis ao nascimento e procuram impor um conjunto de práticas em torno do mesmo, as quais em última análise implicam controlo da mulher e do seu corpo. A insistência de que as mulheres deveriam ver a dor do parto como capacitante, por exemplo, negligencia a diversidade dos corpos e experiências das mulheres, e não reconhece a possibilidade de a tecnologia médica poder, em alguns casos, ir de encontro aos seus interesses e resultar da sua escolha (Martin, 2003; Beckett, 2005).

Nesta discussão, é importante ter em conta que qualquer escolha acerca do nascimento será sempre um resultado da dialética entre indivíduo e contexto – sendo que o próprio conceito de escolha, as alternativas que surgem como possíveis e o tipo de resultado considerado como benéfico serão em grande parte ditadas por esse contexto (Beckett, 2005).

Apesar da tendência para a desvalorização da experiência das próprias mulheres, no nascimento, pelo modelo médico, e de esta desvalorização por vezes ser interiorizada pelas próprias mulheres – são comuns, por exemplo, relatos em que as mulheres confessam terem sentido que perderam o parto porque não foram capazes de ver o que estava *mesmo* a acontecer, uma ideia que revela a priorização cultural da visão externa do parto (Martin, 2003); existem outras ocasiões nas quais os relatos das mulheres revelam que estas mobilizam uma variedade de critérios mais ampla do que os considerados relevantes pelo discurso médico para avaliar a sua experiência (Lane, 1995).

Na verdade, Simkin (1991) verificou como mulheres com maiores níveis de satisfação com a experiência do parto recordavam ter sido bem tratadas e apoiadas pela equipa médica, enquanto mulheres com sentimentos predominantemente negativos sobre essa experiência recordavam interações negativas com estes profissionais de saúde. De forma idêntica, Oakley (1992) destacou a forma como a prestação de apoio pelos profissionais de assistência ao parto é essencial, sendo que quanto maior o apoio maior a satisfação das mulheres com o processo, mesmo em partos que não correm da forma planeada ou imaginada. A forma como uma mulher é tratada pelos profissionais de saúde pode então determinar significativamente não só a forma como esta pensa e recorda o momento do parto, mas também a forma como esta se sente durante o período temporal que se segue ao mesmo.

Este exemplo mostra-nos que, efetivamente, existe alguma distância entre o nascimento tal como este é criado pelos discursos médicos e o nascimento vivido por aquelas que o experienciam na primeira pessoa, apesar de ser inquestionável o impacto que os primeiros têm na construção dessa experiência. No geral, este intervalo associa-se com a consideração de um leque mais amplo de fatores por parte das mulheres, que vão para além das dimensões físico-biológicas no centro do discurso científico. Também a perceção do risco por estas mulheres se baseia em fatores para além destes, mobilizando dimensões emocionais, a memória das suas experiências corporais, o seu conhecimento das experiências de outros e conceitos leigos de risco que circulam nos seus contextos culturais (Lupton, 1999).

Durante o período pós-parto, representações de gênero e ideais de maternidade que surgem como resultado dessas representações assumem um papel central na construção das experiências das mães.

Atualmente, os discursos culturais acerca da feminilidade continuam a ter no seu centro a maternidade, a qual é em grande parte entendida como central para o desenvolvimento da identidade feminina adulta, como uma parte da progressão natural na linha de vida das mulheres, e como necessária para que estas se sintam realizadas, sendo o desejo de uma mulher ser mãe percebido sensocomunalmente como algo inevitável e inquestionável (Maher e Saugeres, 2007; Laney *et.al*, 2014; Hogan, 2017).

Neste contexto, ideais de maternidade intensiva têm um poder considerável, mesmo quando a maior parte das mães combina a maternidade com trabalho pago. Estes ideais assentam no conceito de boa maternidade entendida como implicando o auto-sacrifício e o compromisso total à maternidade e na crença de que as mulheres têm competências naturais para prestar cuidados a crianças, devendo por isso ser as mães a ocupar o papel primordial na prestação de cuidados aos filhos. Este tipo de representações desempenha um papel determinante nas decisões tomadas pelas mulheres e na forma como estas pensam a feminilidade, a maternidade e a boa maternidade, muitas vezes levando mulheres que são incapazes de atingir este ideal a sentirem-se culpadas ou a acreditar que falharam enquanto mães (Bell, 2004; Maher e Saugeres, 2007).

Também incluída nos ideais de maternidade está a ideia de que esta deveria ser vivida de forma quase exclusivamente positiva, já que qualquer mulher terá inerentemente todas as competências necessárias para a maternidade, devendo ser capaz de, imediata e intuitivamente, cuidar dos seus bebés, e devendo sentir-se realizada no seu papel de cuidadora altruísta e nata (Woollett & Marshall, 1997).

Na verdade, dada a exigência dos ideais em torno da mesma, a experiência de maternidade tende a envolver a gestão da relação entre representações e expectativas de maternidade e a sua realidade concreta, sendo que muitas vezes o desencontro entre estas relações leva a que as mulheres tenham uma maior dificuldade de adaptação e experienciem sentimentos negativos como claustrofobia, choque, culpa e ressentimento (Laney *et.al*, 2014).

No geral, podemos pensar o período de pós-parto enquanto um processo de adaptação, quer sob as formas de aquisição do papel de mãe com o parto da primeira criança, quer sob a forma da expansão e reformulação desse papel com o nascimento de mais uma criança. Nestes dois cenários, as transformações e desafios enfrentados são diferentes; no entanto, ambos implicam um conjunto de mudanças às quais é necessário a mulher ajustar-se, a diversos níveis - físico, emocional, funcional e social<sup>6</sup>. Assim, analisar o pós-parto significa também analisar processos de entrada e adaptação à

---

<sup>6</sup> Segundo Aber, Weiss e Fawcett (2013), a componente física inclui todas as mudanças no corpo da mulher a partir da gravidez e até ao período pós-parto, a emocional foca-se na integridade psíquica e lida com a percepção do *self*, a funcional lida com a integridade social focando-se nas atividades associadas com o papel social de mãe e a social

maternidade, já que é impossível pensar o primeiro sem ter em conta que este, efetivamente, é constituído pelos segundos. Esta afirmação é ainda mais verdadeira quando colocamos o foco na análise da experiência subjetiva do pós-parto por parte das mães.

O conjunto de trabalhos de investigação que explora a temática do período pós-parto não é muito extenso, sendo significativamente mais reduzido do que o composto por trabalhos explorando outras fases do nascimento, designadamente a gravidez ou o parto.

Fazendo uma breve análise de alguma da produção literária acerca desta temática<sup>7</sup>, verifica-se que esta pesquisa incide sobretudo em análises acerca 1) do impacto das experiências de parto no bem-estar das mulheres; 2) da centralidade de discursos de feminilidade e maternidade; 3) de diferentes componentes do processo de adaptação à realidade da maternidade; 4) do bem-estar e saúde mental das mães e elementos que o afetam e 5) de elementos específicos que fazem parte deste período, como a amamentação ou a conjugação entre trabalho e maternidade.

Com base na literatura existente, é possível concluir que este período e os processos de adaptação à maternidade que ele envolve são vividos intensamente pelas mães, e sobretudo por mães pela primeira vez. Ainda assim, continua a ser dominante entre o senso-comum a expectativa de que a entrada na maternidade será vivida sobretudo de forma positiva, ou pelo menos de que esta se trata em grande parte de uma experiência marginal e mundana; de que as competências associadas aos cuidados a recém-nascidos deveriam ser, até certo ponto, naturais e inatas para as mães dos mesmos; e de que as dificuldades enfrentadas neste período, sendo temporárias e tendo uma contrapartida entendida como tão fortemente positiva (a nova criança), não são merecedores de grande valorização ou reconhecimento.

Fica em falta uma reflexão mais profunda sobre a forma como elementos sociais e culturais afetam a forma como este período é experienciado, nomeadamente, mas não exclusivamente, em ocasiões nas quais exista um intervalo entre discursos culturais e realidade na experiência da maternidade. Falta também uma melhor compreensão no que se refere às formas de adaptação desenvolvidas pelas mulheres para lidar com aquele que é um processo de transformação da realidade anterior, a diversos níveis – organização do quotidiano, perceção da identidade, estruturação de prioridades, projetos e objetivos – e um mais profundo entendimento acerca do papel que elementos sociais e culturais podem desempenhar no potenciamento dessa adaptação, ou contrariamente, na concretização de obstáculos à mesma.

No presente projeto, assumindo o período pós-parto enquanto marcado por uma transformação substancial e transversal, propomo-nos mobilizar a proposta teórica de Lahire (2001) acerca da relação entre passado (incorporado) e presente (situacional) para analisar esta realidade social.

---

associa-se com comportamentos envolvidos no desenvolvimento e manutenção de relações afetuosas e de apoio com outros.

<sup>7</sup> Consultar Quadro 1.2 (anexo A)

Lahire (2001) chama a atenção para a diversidade dos contextos em que os indivíduos se inserem, quer ao longo da sua vida, quer de forma simultânea; para a forma como as suas experiências não serão sistematicamente coerentes, podendo mesmo por vezes revelar-se totalmente incompatíveis; e ainda para as diferentes posições que um mesmo sujeito pode ocupar no mesmo universo social, ao longo do tempo. Esta heterogeneidade em diversos níveis leva a que todo o indivíduo se trate, até certo ponto, de um ator plural, capaz de incorporar uma multiplicidade de esquemas de ação, organizados em tantos repertórios quantos os contextos sociais pertinentes em que já participou. São estes repertórios, construídos e incorporados ao longo da socialização anterior, que permitem ao ator adequar as suas expectativas e práticas aos contextos em que participa, bem como avaliar novos contextos e determinar o sentido da pertinência da utilização de determinado repertório nos mesmos.

Para este autor, a questão do peso relativo das experiências passadas e da situação presente na explicação da ação encontra-se fundamentalmente ligada à da pluralidade interna do ator e dos contextos em que este participa. Com efeito, pode existir uma relação de cumplicidade entre as estruturas mentais e as estruturas objetivas da situação social, levando a que ação resulte da mera replicação de repertórios anteriores. A articulação entre passado e presente torna-se mais complexa em situações nas quais o passado incorporado e o presente contextual são diferentes, e reveste-se de uma importância particular quando o passado e presente são eles próprios fundamentalmente plurais e heterogêneos. Nem sempre o que foi incorporado é idêntico à situação presente, ou está em relação harmoniosa com o que essa situação requer. Nestes casos, surgem múltiplas ocasiões de desajustamento entre expectativas e realidade, produtoras de tensões e crises, bem como de reflexões sobre a ação, sobre os outros e sobre o próprio. A ação resultante decorrerá destes processos, e indicará de que forma esquemas de pensamento anteriores e pressões situacionais atuais se relacionaram e equacionaram na construção de práticas.

Esta perspetiva teórica é particularmente relevante para pensar o período pós-parto, não só dado que este se trata de um período no qual existe a necessidade de adaptação a novas realidades, até então nunca antes experienciadas; mas também na medida em que esta fase é frequentemente marcada por um intervalo entre expectativas e orientações incorporadas para a ação, por um lado, e constrangimentos e pressões da situação presente, pelo outro.

Assim, propomo-nos analisar o período de pós-parto encarando o mesmo enquanto um processo de adaptação, e a compreender de que forma esquemas de pensamento e ação interiorizados se relacionam com as novas pressões contextuais enfrentadas, dando particular atenção ao impacto de elementos sociais e culturais neste processo, desde representações de género e ideais de maternidade, até discursos médicos, tendo em consideração a centralidade dos mesmos na construção do pensamento sobre o nascimento e na organização das práticas dos indivíduos nas sociedades modernas em geral. Focamos a análise, especificamente, em experiências de mulheres que tenham sido mães pela primeira vez, dado que é nesta nova experiência de maternidade que o período pós-parto é mais intensamente sentido enquanto processo de transformação e adaptação a uma nova realidade nunca antes vivenciada.



## **Capítulo II. Abordar o pós-parto como adaptação – reflexão metodológica e caracterização do painel**

A realidade social é complexa e multidimensional, sendo que uma mesma realidade pode ser abordada fazendo uso de diferentes perspectivas, de acordo com focos e objetivos distintos – devendo a metodologia adotada ser um reflexo da perspectiva tomada, e dos objetivos a esta associados. O pós-parto e transição para a nova maternidade não constituem uma exceção e, como tal, referem-se a uma realidade que pode ser explorada adquirindo diferentes perspectivas. No caso do presente estudo, e atendendo aos objetivos estabelecidos, foi assumida uma abordagem qualitativa, no sentido em que é esta que melhor permite não apenas aceder a narrativas detalhadas sobre as vivências de novas mães, mas também explorar os seus entendimentos e interpretações subjetivas, e identificar quais os quadros de referência que os estruturam. A abordagem qualitativa adequa-se ainda por este se tratar de um fenómeno pouco conhecido, dificultando a determinação *a priori* de um conjunto de variáveis operacionais necessário para a aplicação de uma metodologia extensiva (Marshall e Rossman, 2011).

A opção pela realização de entrevistas em profundidade, realizadas em dois momentos distintos, foi realizada tendo em conta as características particulares do fenómeno em estudo – por um lado, o fato de a transição para a maternidade, e o pós-parto que coincide com a mesma, se tratarem de uma fase integrada no processo mais amplo do nascimento, assumindo-se que existe entre as diferentes fases do mesmo uma possível associação e interrelação; por outro lado, a tendência para as mulheres negligenciarem nos seus relatos esta etapa da maternidade, tendendo as suas narrativas a focar-se na gravidez e no parto. Como resultado, uma entrevista em profundidade realizada em dois momentos – um primeiro dedicado à gravidez e ao parto, e um segundo focado exclusivamente no período pós-parto e na adaptação à maternidade nas suas diferentes dimensões – pareceu-nos a abordagem mais adequada e eficiente.

Poderia neste ponto surgir a questão – porque motivo dedicar uma primeira entrevista a temáticas que, aparentemente, não fazem parte do objeto de estudo em causa, ao invés de simplesmente incluir algumas questões dirigidas a estas fases numa única entrevista? No entanto, as vantagens desta opção metodológica são múltiplas, e foram-se tornando cada vez mais evidentes ao longo do processo de recolha dos dados. Em primeiro lugar, esta permite recolher dados relativamente ao processo do nascimento na sua totalidade, dando oportunidade para procurar verificar a existência de associações entre as diferentes fases que o compõem, e estabelecer de que forma experiências anteriores de gravidez e parto impactaram a forma como o pós-parto foi vivido e pensado.

Em segundo lugar, realizar uma entrevista em duas partes, das quais a segunda se dedica exclusivamente ao período após o parto e ao processo de transição para a maternidade, força as novas mães a focarem a sua atenção e narrativa nesta temática, não permitindo que esta seja desvalorizada, assegurando a descrição minuciosa da mesma – e não deixando espaço para tangentes acerca de

componentes focadas na gravidez ou no parto, uma vez que estes foram já exploradas até à exaustão na entrevista anterior.

Em terceiro lugar, a divisão em dois momentos permite a construção de uma relação de maior confiança e familiaridade entre entrevistadora e entrevistadas, a qual funciona em vantagem da recolha de dados, sobretudo na segunda entrevista (a mais relevante, já que é esta que se foca na temática em estudo), na qual esta relação foi já estabelecida, permitindo às entrevistadas expressar detalhes mais íntimos com uma facilidade que seria menos provável ao concentrar a recolha de dados num único momento de entrevista.

Deste processo de recolha de dados resultou um total de aproximadamente 30 horas de entrevistas, apesar de o painel de entrevistadas ser limitado a 10 novas mães. E, se é efetivamente inegável que a riqueza dos dados recolhidos não teve oportunidade de ser explorada na sua totalidade no projeto em questão, são também inegáveis os benefícios resultantes do método aplicado, e a forma como o nível de detalhe das narrativas reunidas constituiu uma forte base, possibilitadora de uma análise de dados mais fundamentada.

A constituição do painel de entrevistadas foi aleatória<sup>8</sup>, e tendo em conta apenas um critério de seleção base - que as entrevistadas correspondessem a mulheres que tivessem sido mães pela primeira vez recentemente. A seleção de mulheres que se tivessem tornado mães pela primeira vez *recentemente* prende-se com o fato de muitos dos processos implicados no pós-parto tenderem a ser esquecidos, desvalorizados ou transformados pela passagem do tempo, algo que depois foi confirmado mesmo pelas próprias entrevistadas<sup>9</sup>.

Evidentemente, mesmo no caso do painel constituído, esta reorganização cognitiva ocorreu até determinado ponto – como acontece, aliás, em qualquer entrevista, as realidades narradas pelos indivíduos constituem um produto trabalhado da sua interpretação e reorganização da realidade. Contudo, controlando o fator temporal, torna-se possível recolher um conjunto de relatos mais comparáveis, sem que este efeito tenha que ser transformado numa variável diferenciadora a considerar. Ainda assim, a definição de *recentemente* aplicada não foi excessivamente rigorosa, sendo a própria transição para a maternidade e pós-parto uma realidade cuja definição temporal não encontra consenso.

Assim, foi constituído um painel de 10 novas mães, com partos ocorrendo entre Junho de 2017 e Março de 2018.

---

<sup>8</sup> A seleção aleatória do painel de entrevistadas foi realizada essencialmente aplicando um método por bola-de-neve com pontos de início múltiplos.

<sup>9</sup> “Agora já não me consigo lembrar... eu tenho aqui marcado, não me posso esquecer que foi mesmo horrível, mas já não consigo ter noção... agora estamos a falar tanto nisto que me estou a lembrar outra vez o quão horrível foi, mas a maior parte das vezes que falo nisto (...) eu sei que eu própria esqueço, mas tenho aqui gravado. Tens que te lembrar, mesmo que não sintas, tens que te lembrar que aquilo foi mesmo muito mau. Mas lá está, agora no período longo do tempo, quase parece que aquilo começa a desaparecer” Julieta

Ao caracterizar este painel, é necessário ter em conta sobretudo alguns pontos centrais. No que toca a tipos de partos, o painel de entrevistadas apresenta um relativo equilíbrio, com quatro entrevistadas tendo realizado um parto por cesariana eletiva, e seis entrevistadas tendo realizado partos vaginais (entre os quais se contam um parto domiciliário sem intervenção médica, um parto hospitalar não instrumental, e quatro partos com intervenção médica e instrumentais).

Quadro 2.1 Caracterização painel de entrevistadas

<b>Entrevistada</b>	<b>Idade</b>	<b>Mês do Parto</b>	<b>Tipo de Nascimento</b>
Julieta	34 anos	06/2017	Cesariana não eletiva
Marta	29 anos	09/2017	Vaginal sem intervenção médica
Matilde	37 anos	07/2017	Cesariana não eletiva
Margarida	43 anos	07/2017	Cesariana não eletiva
Sara	36 anos	08/2017	Cesariana não eletiva
Anabela	34 anos	10/2017	Vaginal com intervenção médica, instrumental
Mónica	40 anos	01/2018	Vaginal com intervenção médica, instrumental
Lúcia	39 anos	07/2017	Vaginal com intervenção médica
Sandra	42 anos	03/2018	Vaginal com intervenção médica, instrumental
Guida	27 anos	09/2017	Vaginal com intervenção médica, instrumental

A idade média das mulheres do painel constituído é de 35,8 anos, isto é, um valor claramente acima da idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho, em Portugal, que rondava os 30,3 em 2017 (PORDATA, 2017). Isto significa que estamos perante um painel relativamente envelhecido, mas o qual reflete a tendência crescente para o adiamento da maternidade em Portugal, associada com um conjunto de processos sociais, económicos e políticos, entre os quais o prolongamento da escolaridade, a entrada das mulheres no mercado de trabalho, a crescente instabilidade e precariedade dos vínculos laborais e toda a incerteza que esta provoca. Apesar disso, a variação de idades entre membros do painel atinge os 16 anos, um intervalo significativo, o que se torna evidente nos próprios relatos, impondo-se a idade enquanto elemento diferenciador dos mesmos.

Por outro lado, relativamente às habilitações literárias das entrevistadas, o painel recolhido apresenta uma homogeneidade total, sendo que todas as entrevistadas apresentam habilitações ao nível do ensino superior. Esta homogeneidade pode ser em parte explicada pela crescente escolaridade feminina em Portugal, a qual é particularmente elevada entre mulheres com crianças - para quem a proporção da categoria “com educação elevada” aumentou de 5,5% em 1990 para 30,3% em 2010 (significativamente superior ao aumento entre a população feminina total, de 4,6% em 1991 para 15,5% em 2011) (Pintassilgo e Carvalho, 2017)<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> Ainda assim, mulheres que tenham sido mães pela primeira vez recentemente e com habilitações abaixo do ensino superior certamente existem – no entanto, tendo em conta as limitações temporais do projeto, não foi possível aplicar um processo de recolha escrupuloso o suficiente para que estas fossem incluídas no painel, sobretudo tendo em conta o carácter *recente* dos partos, que limita bastante a população.

Para contrariar esta homogeneidade, a amostra revelou-se surpreendentemente heterogénea num conjunto de outros elementos, nomeadamente ao nível de experiências e trajetórias<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Através de um conjunto de resumos individuais (consultar anexo B), os quais se focam na narrativa particular de cada entrevistada, procuramos dar conta precisamente dessa variedade, particularmente, mas não exclusivamente, abordando um conjunto de elementos particularmente pertinentes tendo em conta o objeto de estudo em questão – a. estatuto da gravidez (inesperada, planeadas), b. contexto de parto (contexto domiciliar, hospitalar público ou privado); c. papel da figura paternal (ausência/presença dessa figura, divisão igualitária de responsabilidades e tarefas ou não); d. existência de redes de apoio para lá da figura paterna; e) forma de alimentação (amamentação, fórmula) e f. ritmos de regresso a contexto profissional.

### Capítulo III. Viver o pós-parto como adaptação – análise de experiências e vivências

*Change was incessant and change perhaps would never cease. High battlements of thought, habits that had seemed as durable as stone, went down like shadows at the touch of another mind and left a naked sky and fresh stars twinkling in it.*

*Virginia Woolf, Orlando*

A mudança é uma componente permanente na vida de qualquer indivíduo. Sobretudo em sociedades crescentemente complexas e diferenciadas, nas quais as transformações assumem um ritmo cada vez mais acelerado, os indivíduos inserem-se em múltiplos contextos e deparam-se continuamente com novas realidades, repletas de possibilidades e desafios, tornando-se a capacidade de adaptação uma ferramenta chave. No entanto, nem todas as mudanças são sentidas pelos indivíduos com a mesma intensidade, assumem as mesmas proporções ou afetam as diferentes dimensões de vida dos sujeitos da mesma forma, implicando por isso diferentes esforços de adaptação, sendo que frequentemente estas transformações não implicam qualquer reajustamento disposicional ou afetam apenas uma área limitada da vida do indivíduo.

Mesmo acontecimentos tipicamente entendidos como alterando significativamente a vida de um sujeito muitas vezes têm um impacto circunscrito – por exemplo, apesar do impacto profundo do casamento ou da passagem para a co-residência na organização da vida familiar e nas dimensões afetiva e social da vida de um indivíduo, a sua vida profissional mantém-se muitas vezes inalterada por este acontecimento; do mesmo modo, acontecimentos determinantes que provocam alterações profundas no contexto profissional podem não afetar a vida familiar. Existem, então, poucos acontecimentos, cujo impacto na vida de um indivíduo seja tal que implique mudanças transversais a todos os contextos e dimensões da sua vida - sendo um destes, indubitavelmente, o nascimento. Esta afirmação é tanto mais verdadeira para mulheres (não por um qualquer argumento essencialista, mas como resultado da organização social e da ordem de género vigente nas sociedades contemporâneas), e nomeadamente para mulheres que estejam a experienciar a maternidade pela primeira vez.

Para estas mulheres, o nascimento trata-se de um acontecimento que implica uma reorganização de todas as arenas da sua vida, desde a familiar à profissional, não apenas a nível funcional, mas também a nível de relação com o próprio *self*, da relação com os outros e da perceção da própria existência, e das principais prioridades e preocupações que a marcam. Consequentemente, o nascimento vem

implicar forçosamente a adaptação a uma nova realidade, novos contextos, novos papéis – e o pós-parto trata-se do período no qual as mulheres se deparam com a maior parte dessas mudanças, coincidindo com a entrada na nova maternidade.

Os relatos das entrevistadas demonstram a veracidade desta afirmação, mostrando a forma como o nascimento e a nova maternidade constituíram processos de transformação em grande escala, de contacto com uma realidade antes desconhecida, e os quais implicaram a vários níveis uma reorganização, e mesmo redefinição e reinvenção, concomitantemente com a adoção de um novo papel, e o assumir de todas as expectativas e responsabilidades a este acopladas.

*“É um período de catástrofe, de redefinição de... nem é bem de identidade, porque eu parece que não quero aceitar muito que isto está a alterar a identidade, mas é de redefinição de... do tempo, de como é que se passa o tempo, de disponibilidade, redefinição de prioridades em relação a como se estrutura o tempo. E de ser capaz de suportar a ansiedade a níveis limites e sobreviver” Julieta*

*“É, muda muito, a vida muda muito, e mesmo a Ana tendo o perfil que tem, que nos permite manter alguma normalidade, aquilo que a gente tinha antes ainda assim muda muito, muda muito as prioridades, a gestão do tempo, do dia-a-dia” Matilde*

*“Foi o desconhecimento, mas não foi só o desconhecimento, foi também aquela sensação de ser muita coisa nova, é demasiado para uma pessoa processar, e eu estava ali com um sentido de responsabilidade também” Sandra*

De notar que esta mudança nem sempre se associa apenas às alterações no quotidiano provocadas pelo ajuste a uma nova realidade organizada em torno da chegada de um novo ser, ao qual precisam de ser asseguradas uma série de cuidados; mas também a um conjunto de outras alterações associadas à entrada na maternidade e que muitas vezes ocorrem mesmo antes do período pós-parto em si, mas às quais a mulher ainda se está a ajustar. Por exemplo, mudanças ao nível relacional, como no caso da Marta em que a gravidez foi quase coincidente com o início do relacionamento amoroso com o pai da criança e constituição de uma vida em comum com o mesmo; e, mais comumente, mudança do local de residência, quer a nível permanente, sendo que a maior parte das mulheres entrevistadas mudaram de casa durante a sua gravidez, quer temporário, como é o caso da Margarida, para a qual o pós-parto foi acompanhado por uma mudança temporária para a casa dos pais, no sentido de estes a ajudarem na prestação dos cuidados à sua filha.

*“Foi, de repente, eu era uma pessoa livre, eu trabalhava, pagava as minhas contas, dançava (...), não tinha namorado, portanto ia namorando, não tinha praticamente de pedir ajuda a ninguém, podia estar livre e descansada (...) e de repente vi-me numa relação, o que não é mau de todo, atenção, a ter que mudar de casa, mudei de trabalho, com o meu namorado a viajar e a ter de me preparar porque ia ter um parto” Marta*

*“Mas o primeiro mês e meio foi muito, muito complicado, e eu não estive aqui em casa, estive em casa dos meus pais, portanto mais complicado ainda se torna, porque apesar de*

*quererem ajudar, nós não estamos no nosso espaço, não estamos na nossa casa, já foi nossa um dia, mas as regras são deles, e de alguma forma sentes-te um bocadinho um empecilho, não é, estão mais duas pessoas em casa, uma delas é um bebé, ela não dormia, eu não dormia e os meus pais também não dormiam” Margarida*

Como mencionado, trata-se de uma mudança que não se limita a apenas uma arena da vida da mulher, mas que afeta frequentemente outras arenas para além da familiar – por exemplo, relativamente à dimensão profissional, podemos identificar o impacto da entrada da maternidade, quer como resultado da própria mudança identitária da mulher, a qual leva a que esta questione a adoção de papéis anteriormente desempenhados (Marta) ; quer como resultado de alterações nas relações de trabalho, alterando-se a perspetiva de colegas e empregadores da mulher enquanto trabalhadora (Sara); quer como resultado de uma reorganização de prioridades nesta fase, a qual leva a que a profissão seja encarada de forma diferente (Anabela).

*“Eu tive essa coisa de... eu não sei quem sou. E eu neste momento, em certos aspetos da minha vida, eu não sei quem sou, por exemplo a nível de trabalho, eu não me sinto a enfermeira que era antigamente” Marta*

*“E primeiro foi sempre, ‘ah está bem, não há problema, vai lá, não há problema’, eu cheguei a dizer, ‘mas falamos de como é que fica o meu salário?’, ‘ah, vai lá descansada, não te preocupes’, não sei quê. Na primeira semana que eu volto chamam-me e dizem-me, ‘então pronto, agora sais mais cedo não é, tens o miúdo, bla bla bla - metade do salário’. E eu tive de lhe dizer, ‘não, eu por metade não fico’. Não estamos a falar de eu trabalhar metade, eu não estou a trabalhar metade. Eu estou a trabalhar praticamente a mesma coisa. E depois lá chegámos a um meio termo, mas pronto” Sara*

*“Muito menos preocupada com algumas coisas que me preocupavam, se calhar, mais antes. E acho que ganhei um certo pragmatismo, realmente, assim em relação ao trabalho sobretudo. Um belo reajuste, que foi de 180 graus, digamos assim (risos), a prioridade é ela e cuidar dela e tudo o resto vem a seguir. Portanto tudo o resto... acho que isso depois muda e vai ser outro desafio... daqui por uns meses isso se calhar muda” Anabela*

Outro aspeto, presente nestes relatos, é o facto de estarmos a lidar com alterações associadas a diferentes temporalidades. Enquanto algumas destas alterações têm um carácter mais permanente - adoção do papel de mãe, reestruturação identitária - outras são temporárias, variando entre transformações de curto prazo, como por exemplo as dores e desconforto físico típicos do início do pós-parto (*“Aquelas duas semanas são uma barreira, ao fim das duas semanas quando fisicamente a pessoa sente que já não tem dores, a pessoa deixa de ter dores do pós-parto e está muito mais tranquila” Guida*); até transformações de médio-longo prazo, como as reorganizações de rotina (marcadas pelo desenvolvimento do bebé e, por exemplo, por fases chave como o final da amamentação, quando esta acontece, a entrada na creche ou o regresso ao trabalho).

Assim, trata-se não apenas da adaptação a uma nova realidade, mas a uma nova realidade que está permanentemente sobre reconstrução e em atualização, sendo essencial que a mulher esteja pronta para lidar e para se adaptar a essa mudança.

*“Os primeiros três aos seis meses foram completamente destruídos, sem estrutura nenhuma, uma espécie de luta a tentar sobreviver. (...) Aos quatro meses ele vai para a creche, portanto aí ganhamos alguma estrutura na parte da manhã, os momentos em que eu não estou com ele são momentos estruturados, os momentos em que estou com ele são momentos um bocado ou muito caóticos, e aos sete meses quando ele começa a dormir, o dia-a-dia começa a ficar mais previsível” Julieta*

*“O que eu acho que acontece é que uma pessoa, como eles crescem muito rápido e mudam de hábitos muito rapidamente, nós também temos sempre que nos estar a reconfigurar um bocado, e isso às vezes não é fácil (...) acho que há assim essa espécie de desafio de não cristalizarmos imenso alguma coisa que achamos, não, agora a minha rotina é assim ou tem que ser assim, e eles mudam tanto e isso pode ser... temos que estar abertos a que isso possa ser uma coisa também um bocado plástica” Anabela*

A flexibilidade e capacidade adaptativa são, portanto, absolutamente essenciais no pós-parto, revelando-se que quanto maior estas forem, maior facilidade a nova mãe terá em lidar com este período – reversamente, quanto maior a dificuldade da nova mãe em ajustar-se às mudanças implicadas por esta fase e em adaptar-se à mesma, mais este período será uma fonte de ansiedade, frustração e mal-estar. É por isso essencial compreender que fatores estão envolvidos na construção desta capacidade adaptativa no contexto do pós-parto e entrada na maternidade, ou na construção de obstáculos à mesma – assumindo, como Lahire (2005) afirma, que “o social não se reduz ao coletivo ou ao geral, mas marca a sua presença nos aspetos mais singulares de cada indivíduo” (pp. 326).

Assim, mais do que meramente constatar que efetivamente o nascimento se trata de uma fonte de mudança, e a nova maternidade essencialmente um período de adaptação e ajuste a essa mudança que se pluraliza, pretendemos aqui ir para além disso e procurar assumir uma abordagem marcadamente sociológica na reflexão acerca destes processos. Estamos, afinal, perante um fenómeno único, não apenas devido à extensão e alcance da reestruturação provocada e à especificidade das transformações em causa, mas também pela forma como esta reestruturação é afetada por uma série de elementos, por excelência sociais. Compreender de que forma estes elementos afetam processos de adaptação a novos contextos, e como surgem a partir desta relação novas orientações para a ação, com maior ou menor capacidade adaptativa é, parece-nos, substantivamente relevante, não apenas na perspetiva de contribuir para um conhecimento mais aprofundado para o campo do nascimento, e nomeadamente para a temática do pós-parto e da nova maternidade, como também na perspetiva mais teoricamente orientada da compreensão de processos de mudança e adaptação, e até mesmo talvez de transformação disposicional e atitudinal.

Vimos já como a entrada na maternidade constitui, de muitas formas, a entrada numa nova realidade, tanto no sentido em que existe uma série de novas situações com as quais as mulheres têm

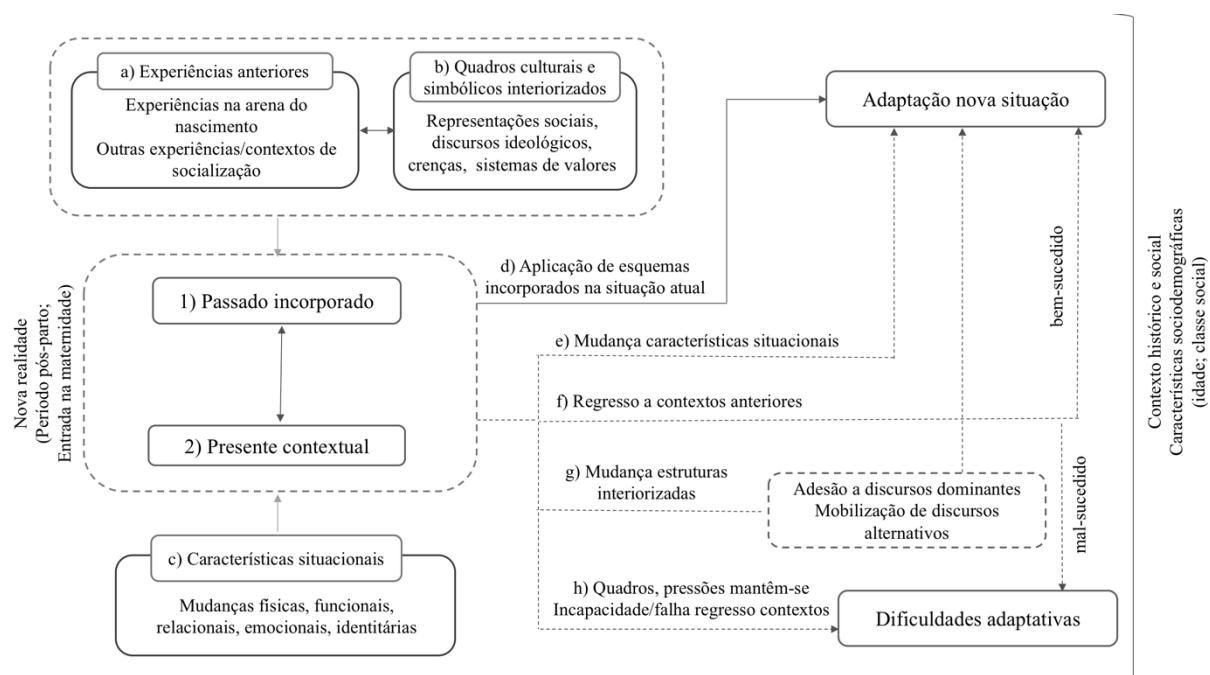


que lidar nas mais diversas arenas da sua vida, como no sentido em que estas passam a assumir um novo papel, associado a um conjunto de representações, expectativas e significados, social e culturalmente construídos.

De forma a compreender como as novas mães se ajustam a essa nova realidade, iremos fazer uso da proposta teórica de Lahire (2001), o qual sugere que cada ação é o resultado da síntese entre o passado incorporado e as pressões decorrentes da situação presente, bem como da posição ocupada nessa situação. Deste modo, para compreender essa ação é necessário compreender cada um destes elementos, bem como a forma como estes se interrelacionam entre si.

Aplicando o esquema à realidade do pós-parto em análise, este complexifica-se, multiplicando-se os elementos a ter em conta e as possíveis combinações entre os mesmos.

Figura 3.1 Modelo ilustrativo da adaptação no pós-parto<sup>12</sup>



Para começar, consideremos o passado incorporado (1), o qual é resultado da combinação, por um lado, do conjunto de experiências, contextos e situações vividas anteriormente e, por outro lado, do conjunto de quadros culturais e simbólicos interiorizados.

Focando as experiências anteriores (a), consideram-se aqui não apenas as experiências anteriores dentro da arena do nascimento, nomeadamente aquelas que fizeram parte do processo da gravidez e parto, e as quais influenciam a forma como o pós-parto e maternidade são depois pensados e vividos, mas também outras experiências anteriores, em todos os outros contextos e arenas em que a mulher participou ao longo da sua vida, e os quais foram continuamente contribuindo para a construção de repertórios de orientações para a ação. Entre as duas, as primeiras ganham uma relevância particular, no sentido em que o pós-parto se encontra integrado no processo mais amplo do nascimento

<sup>12</sup> A mesma figura encontra-se disponível para consulta no Anexo C, em maior dimensão.

e, como tal, a sua compreensão depende da compreensão desse processo, sendo impossível fazer uma rutura total entre as diferentes fases do mesmo, ou agir como se elas não se influenciassem mutuamente.

Efetivamente, muitos elementos associados a esses períodos influenciam a fase do pós-parto e a forma como a nova mãe encara os diferentes desafios que esta apresenta. Por exemplo, compreender se a gravidez se tratou de uma gravidez planeada ou de uma gravidez inesperada irá desde logo levar a compreender se todos os processos de mudança que uma nova maternidade implica serão também eles encarados, assumindo a perspetiva de alguém que conscientemente decidiu criar na sua vida espaço para essas transformações, ou por alguém que se viu deparada com a maternidade e com a necessidade de adaptação a uma nova realidade, de forma imprevista. Assim, a situação de Mónica, para quem a maternidade resultou do “*culminar de uma série de expetativas*”, após vários anos a tentar engravidar sem sucesso e de uma gravidez recorrendo a fertilização in-vitro; é marcadamente diferente da situação de Marta ou de Margarida, para quem a gravidez foi completamente inesperada.

*“Foi uma grande mudança que eu abracei, mas que não era a fase que eu queria” Marta*

*“Foi de surpresa mesmo, as pessoas perguntavam-me se tinha sido planeada ou se tinha sido uma surpresa, e eu dizia que era um choque. Portanto não estava mesmo à espera e foi um interromper da vida que eu estava a ter, e tomar uma direção completamente diferente” Margarida*

Numa primeira análise poderia parecer que seriam os indivíduos que planificaram a gravidez e, como tal, a subsequente maternidade, aqueles que com mais facilidade se adaptariam à mesma, tendo-se preparado melhor para as transformações que esta implica. E se efetivamente é verdade que estas mulheres muitas vezes mobilizam o próprio fato de esta se tratar de uma fase desejada e planificada para enfrentar a mesma, por outro lado, a planificação pode também ter como consequência a elaboração e cristalização de mais expetativas, o que deixa mais possibilidades para um desencontro entre realidade imaginada e vivida – como verificaremos mais tarde.

Da mesma forma, é importante compreender se a mulher já se deparou, ao longo do período da gravidez ou no parto, com episódios nos quais houve um desencontro entre expetativas e vivências, por exemplo, uma gravidez mais difícil do que imaginado ou um parto que não correspondeu aos desejos e planos da mulher. De notar que, no entanto, o efeito deste tipo de episódios pode ser distinto para diferentes mulheres. Por exemplo, enquanto para Julieta as experiências anteriores de uma gravidez mais cansativa e desafiadora do que o expetável marcaram apenas o início de um percurso repleto de divergências entre a realidade imaginada e a realidade vivida, sendo progressivamente mais difícil lidar com a mesma, como resultado de uma frustração cumulativa (“*A gravidez foi mais difícil do que eu estava à espera... foi perceber o que é que é ter limitações, deixar de conseguir fazer uma série de coisas que eu achava que sempre conseguiria fazer e lutar contra essas limitações...*”); “[*durante o pós-parto*] o sentimento era de falta de controlo completa, e eu não gosto de não ter controlo, portanto custou-me muito muito muito lidar com isso”); para Sara o efeito foi contrário, sendo a enorme distância entre as expetativas do parto e a forma como este efetivamente ocorreu transformada numa estratégia, depois

aplicada em elementos do pós-parto como a amamentação (*“O que eu costumo dizer é que eu sou um bom exemplo, correu tudo ao contrário daquilo que eu queria, e mesmo assim correu tudo bem. Eu não queria parto induzido, tive parto induzido; não queria que ele nascesse de cesariana, nasceu de cesariana (...) queria ter dado de mamar, não dei de mamar porque fiz uma infecção à cesariana e tive que tomar antibióticos por isso não pude dar de mamar, e mesmo assim correu tudo bem, eu não olho para este processo todo nem com mágoa, nem com dor seja emocional quer física, fico ok, foi o que calhou ser assim”*).

Outro exemplo do impacto de experiências anteriores é exemplificado tanto por Marta como por Anabela, para quem o parto deu origem a sentimentos os quais foi necessário processar durante o pós-parto, tendo por isto influenciado a forma como o mesmo foi vivido.

*“Eu durante muito tempo me senti mal por não ter tido contrações (...) e para mim, é uma cena estúpida, mas por eu não ter sentido contrações, era como se eu tivesse falhado em alguma coisa”* Marta

*“Houve um lado psicológico até agora, talvez, até muito, muito recentemente, não diria trauma também, mas sim, um bocadinho do foro do trauma, de isso ter acontecido (...) fiquei com a sensação de o corte foi um bocadinho excessivo, e que há ali um lado de nos sentirmos ali quase carne no talho um bocadinho, mas não sei, não te consigo dizer, mas este lado também da suspeita é um bocado horrível”* Anabela

Entre estas experiências anteriores encontram-se ainda o conjunto de experiências específicas que prepararam a mulher para alguns dos elementos do pós-parto – ou não. Sobretudo para novas mães, aulas de preparação que as orientem relativamente à prestação de cuidados a recém-nascidos podem ser deveras importantes. Sandra, por exemplo, que não teve a oportunidade de participar nestas aulas, uma vez que quando iria iniciá-las ficou de baixa, relata como sente que *“até fez alguma falta, porque eu sabia zero sobre bebés, portanto quando o bebé nasceu foi um bocado o pânico de tentar perceber, e agora, o que é que eu faço com o bebé”*; na situação contrária, Lúcia afirma *“ajudou-me bastante... a ficar menos ansiosa e a esclarecer muitas dúvidas que nós temos, muitas preocupações de alguns pormenores, e ajudou-me bastante nesse sentido, a ficar super relaxada com alguns assuntos e menos ansiosa”*.

Por outro lado, o passado incorporado inclui também um conjunto de estruturas interiorizadas, quadros culturais e simbólicos (b) os quais resultam da incorporação de representações sociais, retóricas ideológicas e sistemas de valores, e que não podem deixar de ser considerados, uma vez que estão na origem da construção de perspetivas e expectativas, as quais serão mobilizadas para a ação<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> De notar que estamos a lidar com distinções analíticas, e como tal a inclusão de quadros culturais e simbólicos interiorizados no *passado incorporado* não sugere que estes não tenham existência no presente, mas apenas que ao se deparar com a situação atual o sujeito já terá interiorizado ao longo da sua vida um conjunto de quadros e estruturas mentais, os quais influenciam a forma como este irá perceber e agir sobre a mesma.

Por exemplo, a crença da Marta de que a falta de contrações durante o trabalho de parto seria sua responsabilidade e um reflexo de uma falha no desempenho do seu papel enquanto mãe (uma tendência para a auto culpabilização que não se encontra presente apenas aqui, mas em vários relatos das entrevistadas), é em grande parte o resultado da interiorização de um ideal de maternidade intensiva, baseado na individualização da responsabilidade na mãe, bem como da adesão por parte desta entrevistada a uma retórica do nascimento “natural”, a qual apresenta as dores do parto como sendo uma componente central da *experiência* de parto.

Neste ponto, é importante lembrar que as sociedades contemporâneas são caracterizadas pela multiplicação de discursos culturais, existindo numerosas perspectivas e representações associadas a uma mesma realidade e desenvolvendo-se ideais e retóricas alternativas, em paralelo com as dominantes. Esta multiplicação, em conjunto com o facto de ser cada vez maior também o número de contextos diferenciados em que os indivíduos participam, irá levar a que os quadros culturais e simbólicos incorporados sejam também frequentemente heterogêneos, compostos por representações e valores diferentes, contrastantes e por vezes mesmo contraditórios.

Por exemplo, os modelos de nascimento alternativos que surgem em paralelo com o tecnocrático, mesmo que não tenham um peso significativo estatisticamente<sup>14</sup>, tornaram-se relevantes o suficiente para que algumas das ideias associadas aos mesmos passassem a integrar o universo representativo e discursivo do senso comum associado ao nascimento, e consequentemente, a ser interiorizados pelas mulheres e mobilizados pelas mesmas. Isto é particularmente evidente no que toca a elementos “naturalistas” destes movimentos alternativos, talvez dada a tradição cultural de adesão a visões gendrificadas naturalizantes e essencialistas, e provavelmente reforçado pelo facto de estes elementos não entrarem em contraste com as diretivas médicas, pelo contrário, sendo ideais como a valorização do parto “natural” ou da amamentação integrados no discurso médico, os quais se encontram presentes nos discursos de todas as entrevistadas. Por outro lado, outros elementos destes modelos alternativos de nascimento, que entram em contraste com diretivas médicas, já não são tão facilmente integrados – é o caso da legitimação do parto domiciliário, por exemplo (“*a pessoa tem logo um estigma em cima, ‘é toda xpto, estava a ter um parto em casa’, e eu ouvi isso de profissionais com quem eu trabalho*” Marta).

---

<sup>14</sup> Em 2010 e 2011, mais de 99% dos partos realizou-se em contexto hospitalar enquanto apenas 0,08% ocorreram contexto domiciliário. Verificou-se também uma presença elevada de médicos na assistência ao parto (67,4% em 2011), possivelmente como resultado do aumento do número de partos em contexto privado (de 7,3% em 1988 para 12% em 2010), sendo que neste contexto a organização e práticas tendem a ser mais centradas no médico. Esta tendência para recorrer a hospitais privados é sobretudo pronunciada em Lisboa – nesta cidade, em 2010, 20% dos partos ocorreram em hospitais privados (Pintassilgo e Carvalho, 2017).

Também a forma como as mulheres se posicionam perante diferentes retóricas de gênero e maternidade é evidência desta heterogeneidade, sendo que muitas vezes no mesmo relato surgem atitudes e representações de gênero aparentemente contraditórias, e que coexistem nas estruturas mentais das mulheres. Na verdade, este é um contraste que se encontra presente na própria ordem de gênero a nível mais amplo, existindo um desencontro entre representações de gênero mais modernas, como a crescente tendência para a valorização da igualdade, e elementos mais tradicionais que se mantêm, como a divisão desigual do trabalho doméstico e na prestação de cuidados a crianças.

Estes elementos tradicionais ganham particular força nos discursos de maternidade, uma vez que se continua a verificar a predominância de ideais de maternidade intensiva, associados a atributos chave como o auto-sacrifício e a individualização da responsabilidade na figura materna, e em crenças como a de que a mãe é naturalmente mais indicada para lidar com os cuidados ao bebé, sendo essa capacidade inata e moldada pela intuição, e a de que deveria ser capaz de se comprometer à maternidade de modo intensivo, mesmo quando existe a expectativa de compatibilizar essa maternidade com outros objetivos de vida (Maher e Saugeres, 2007).

Nos relatos das mães, o que vemos é a reflexão dessa contradição e a tentativa de compatibilização entre estas diferentes orientações, bem como uma aplicação (mais ou menos estratégica) das mesmas no presente contextual. Assim, ao mesmo tempo que existem representações de gênero modernas em vários pontos dos seus discursos, o peso de ideais de maternidade intensiva encontra-se bem presente, associado a um sentimento de monopolização da responsabilidade pelos cuidados ao recém-nascido, o qual pode ser isolador, fazendo com que a mulher se sinta sozinha mesmo quando estes cuidados estão a ser divididos com o pai.

*“Porque eu sinto que a gravidez passa-se aqui, o pai está um bocado à parte, a gravidez é na nossa barriga e quando o bebé sai continua a ser quase uma extensão de nós, portanto é muita responsabilidade para nós” Sandra*

*“Mesmo o meu marido tendo estado tanto tempo em casa há de fato uma solidão que eu diria que é quase uma coisa inerente à maternidade também, porque existe uma ligação mãe-bebé que não é igual a pai-bebé, avó-bebé, e esta noção de responsabilidade e de dependência também por causa da amamentação, e de haver também socialmente uma predisposição para que seja a mãe sobretudo ela a tratar do bebé, portanto mesmo que haja pessoas à volta é muito simples uma mãe sentir-se sozinha, mesmo que as outras pessoas também ajudem e façam as coisas” Mónica*

*“Acabava por ficar um bocado as coisas para mim, porque se ele começava a fazer birra, o meu namorado não tinha muita paciência então vinha para mim, pronto, eu sentia-me um bocado sozinha e com tudo em cima, que é um sentimento que ainda se arrasta um bocadinho” Marta*

Outra representação cultural dominante apresenta o pós-parto como repleto de imagens quase exclusivamente positivas, apresentando as mulheres como mães *naturais*, capazes de imediatamente e

de forma inata cuidar dos seus bebês, e que se sentem realizadas como cuidadoras altruístas e natas (Woollett & Marshall, 1997). No entanto, mesmo para aquelas mães para as quais a adaptação à maternidade ocorre de modo mais fluído, este período é frequentemente sentido como caracterizado por um misto de sentimentos desorientadores e por uma sobrecarga emocional. Afinal, este corresponde a uma combinação única entre efeitos corporais frequentemente dolorosos, interrupção e desarticulação com a vida antes do nascimento, e adoção de novas responsabilidades, muitas vezes acompanhadas por períodos longos de privação de sono e cansaço extremo – e apesar de não ser forçosamente obrigatório que surjam emoções tipicamente avaliadas como negativas (angústia ou desespero, por exemplo) neste contexto, também não é surpreendente que o mesmo aconteça.

*“Às vezes é também um bocado assustador também ao mesmo tempo, é um misto, lá está, é um misto de emoções, acaba por ser muito confuso, porque ao mesmo tempo estamos cansadas, desgastadas, preocupadas e ansiosas para que aquele bebé esteja sempre bem e cresça bem, e está tudo muito dependente de nós, principalmente para quem dá de mamar, está a correr bem ou não está, mas ao mesmo tempo também é uma doçura” Guida*  
*“É uma coisa real que a gente não sabe de onde é que vem e que se traduz, por aquilo que eu senti e por aquilo que as minhas amigas partilharam, uma coisa simples, é como se houvesse uma sensação de desespero qualquer, uma angústia presente e constante que depois ao mesmo tempo nem sequer nos deixa gozar muito bem esta felicidade toda, e que não se percebe muito bem porque era suposto ser um momento só feliz, e de repente não é, é de fato um momento muito feliz, mas que tem também períodos de extrema tristeza e desamparo e angústia e acho que sobretudo de desespero” Mónica*

A falta de discursos alternativos para as mulheres mobilizarem na construção das suas experiências, para além daqueles que a representam de forma idílica, não só faz com que essas emoções sejam experienciadas como um choque, mas leva também a que muitas vezes as mulheres não sintam espaço para expressar qualquer tipo de emoção negativa sem que se sintam culpadas ou “más mães”.

*“Porque é tua obrigação como mãe criares e estares feliz. Basicamente é isso. Tu é que quiseste engravidar, tu é que o quiseste ter, portanto agora tens de estar feliz e contente porque é a melhor fase da tua vida. Ponto. Tu dizeres ‘não me sinto bem’, é uma sensação de culpa, porque o teu filho está cá fora e é a coisa mais bonita... e é verdade, eu não estou a dizer que não é, eu sou completamente apaixonada pelo meu filho..., mas eh pá, teres um tempo para ti, tu também precisas disso, e parece que não tens esse direito” Marta*

Para além disso, mas também relacionado com esta multiplicação de orientações, devemos ter em conta que, para cada elemento de prestação de cuidados ao bebé, por mais pequeno que este seja, existem inúmeras possibilidades e decisões possíveis, bem como inúmeras pressões para optar por cada uma das alternativas disponíveis. A tal acresce a ausência de mecanismos já montados de seleção dessa informação, algo que existe durante o processo de gravidez e parto, sendo estas fases muito mais medicamente orientadas, o que perde força no pós-parto. Esta ausência de ferramentas específicas para

lidar com a variedade de decisões e escolhas disponíveis pode ser uma fonte de ansiedade para as mães, sobretudo considerando que qualquer falha na prestação de cuidados é interpretada como uma falha no desempenho do papel materno.

*“Essas coisas são um bocado difíceis, porque uma pessoa fica um bocado insegura, desamparada, e por um lado só quer é desistir, porque nós nunca sabemos se estamos a fazer bem, não é, e se é suposto ser assim” Anabela*

Apesar do menor peso da orientação médica neste período, esta continua a encontrar-se presente mesmo assim, através da figura do/a pediatra – consultada/o para dúvidas que vão para lá da arena da especialidade médica, e assumindo funções de orientação e aconselhamento (neste ponto, encontra-se bem presente a valorização dos saberes médicos mesmo fora de contextos terapêuticos, propriamente ditos).

*“Dúvidas, faz só o que o pediatra manda, porque toda a gente tem uma opinião, a minha mãe diz uma coisa, a minha tia diz outra, a minha sogra diz outra, as minhas cunhadas dizem outra, e é uma coisa de gente a falar...” Sandra*

Ainda assim, de uma forma mais geral, durante o período pós-parto, o controlo médico recua ou desvia o seu foco para o recém-nascido (*“Mandaram-me para casa, vai lá à tua vida, já fizemos o nosso serviço, o bebé já está cá fora, agora desenrasca-te” Sandra; “realmente, não se fala da mãe. Até mesmo a nível de consultas, o bebé nasce, e depois há uma consulta de revisão seis semanas depois para a mãe e depois é tudo do bebé” Marta*), o que não significa que as experiências das novas mães deixem de ser afetadas e reguladas pelo mesmo, sendo o discurso médico frequentemente considerado e mobilizado como central na estruturação de atitudes e decisões.

Na verdade, quando nos focamos na análise do período pós-parto, a relação entre medicina e género, característica nas outras fases do nascimento, mantém-se, mas modifica-se. Durante a gravidez e o parto, o impacto do género é, em grande parte, mediado pela medicina – isto é, a própria instituição encontra-se organizada de acordo com eixos mais transversais de dominação masculina que levam, por exemplo, à tendência para a desvalorização das experiências femininas ou à infantilização das mulheres no momento do parto. Estes são elementos que em grande parte são produzidos e reforçados pela ordem de género dominante, e que são depois incorporados na prática clínica e servem para o fortalecimento do poder médico. Assim, nestes momentos acontece muitas vezes que o impacto do género tem como consequência tornar o poder médico mais eficaz, uma vez que ao desequilíbrio de poder institucional entre médico e doente adicionam-se dinâmicas de género em que a mulher se encontra numa posição subalterna. Adicionalmente, o género surge ainda como resultado, como parte internalizada do *self*, construindo identidades gendrificadas e culturalmente construídas. Por exemplo, segundo Martin (2003), são tecnologias de género internalizadas que, ao compeli-las as mulheres a pensar e agir de

determinada forma, facilitam em grande parte a eficiência do controlo institucional durante o parto, disciplinando o comportamento das mulheres<sup>15</sup>.

No período pós-parto, a consideração do género toma um papel particularmente determinante, no sentido em que é este que molda identidades, atitudes, valores e comportamentos, já que os ideais de maternidade culturalmente preponderantes são profundamente gendrificadas. Assim, para compreender a forma como este período é vivido, é necessário ter sempre em conta o impacto da ordem de género e das representações sociais de maternidade – sendo que as próprias mulheres chegam a reconhecer o peso destas variáveis nas suas ações.

*“E se calhar nós mulheres temos mais essa capacidade do que propriamente os homens, eu vi isso pelo meu namorado, acho que nós já temos o chip de sacrificar-nos pelo bem dos outros, principalmente dos filhos e da família, é uma coisa que nos incutem socialmente desde pequeninas (...) e eu não concordo muito com isso, mas a verdade é essa, a verdade é que esqueço-me das minhas coisas” Marta*

Por fim, é necessário considerar que estes dois elementos (experiências anteriores e quadros culturais e simbólicos) irão eles mesmos interagir entre si e articular-se de diferentes formas - sendo que o conjunto de representações sociais interiorizadas tem impacto sobre a própria forma como as experiências anteriores foram vividas e são agora pensadas, ao mesmo tempo que foi através dessas experiências que essas representações foram sendo incorporadas. É apenas compreendendo este sistema conjunto de experiências passadas e quadros interiorizados, interagindo entre si, que será possível compreender o passado incorporado.

Compreendemos assim que falar no passado incorporado é, na verdade, algo bastante complexo, não se tratando este de um bloco homogéneo, mas sim de um sistema dinâmico e heterogéneo, em permanente atualização. Se tal é verdade em todos os contextos, no contexto do pós-parto é particularmente relevante no sentido em que nos deparamos com orientações múltiplas e frequentemente contrastantes.

Já o presente contextual (2) corresponde, fundamentalmente, à realidade que está a ser experienciada, o que inclui considerar as características situacionais (c) da mesma, o tipo de pressões encontradas, bem como o contexto em que esta se desenrola, o papel que a mulher ocupa nesse contexto, e o tipo de relação que desenvolve com outros envolvidos no mesmo.

---

<sup>15</sup> Segundo Martin (2003) é esta identidade gendrificada que leva a que, apesar das exigências físicas do parto, as mulheres continuem a ser simpáticas, bondosas, relacionais e altruístas durante o mesmo, ao invés de se focarem em si mesmas, procurando o apoio de outros e afirmando aquilo que querem. Quando estas tecnologias sofrem alguma rutura e as mulheres se desviam de comportamentos gendrificadas, então não só se sentem mal sobre isso, como ainda, para restaurar relações de género normativas com outros, sobretudo parceiros e profissionais de saúde, pedem desculpa por esses comportamentos.



No que toca ao pós-parto, analisar o presente contextual implica ter em conta todas as mudanças já anteriormente referidas. Todas estas alterações constituem, até certo ponto, pressões situacionais com as quais a nova mãe tem que lidar. Muitos destes elementos do presente contextual são semelhantes para as diferentes novas mães; no entanto, com base nos relatos das entrevistadas, é possível destacar alguns elementos situacionais variáveis, os quais vão diferenciar os presentes contextuais enfrentados.

As redes de apoio configuram um dos elementos mais determinante para caracterizar o presente contextual da entrada na maternidade, na medida em que a rede de apoio disponível para a nova mãe neste período irá ter um impacto significativo na determinação das pressões com que esta terá de lidar.

A prestação de apoio prático é muitas vezes absolutamente essencial, e prestada sobretudo pelo companheiro, pai do bebé, ou pelos avós do mesmo. Neste ponto, é totalmente diferente ter, a título de exemplo, o pai da criança a trabalhar a partir casa, dividindo as responsabilidades, como acontece com Sara; a ausentar-se durante determinados períodos de tempo, como o caso de Julieta; ou não participando, como acontece para Margarida e Lúcia (sendo que, no último caso, para além disso, a própria figura paterna constitui uma fonte de tensão). Mesmo em casos em que a presença da figura paterna é semelhante, existem diferentes formas de divisão dos cuidados ao recém-nascido, mais ou menos igualitárias. Por outro lado, e indo para além do apoio associado ao pai, é diferente poder recorrer frequentemente a uma rede de apoio alargada e voluntariamente disponível, como é o caso da Guida (*“Também estamos numa ótima fase em que os avós estão reformados todos, os quatro, por isso dá imenso jeito”*); ou ter apenas acesso a uma rede de apoio fraca, como Julieta, para quem pedir apoio à mãe é um motivo adicional de ansiedade (*“em vez de ser ‘ok, hoje ele está com ela, posso estar mais tranquila’, não, é ‘hoje vou ter de lhe pedir e isso vai ser ainda pior’”*).

Outro elemento relevante é o da conjugação com a vida profissional, na medida em que a relação das diferentes mulheres com o trabalho, a altura em que regressam ao mesmo, e o tipo de responsabilidades com que têm que lidar no contexto profissional, é também deveras variável.

As próprias características do bebé têm também de ser aqui consideradas – efetivamente, existem bebés mais ‘fáceis’ e mais ‘difíceis’ relativamente à alimentação, sono, entre outros fatores, que criam uma realidade contextual completamente diferente e contribuem para facilitar ou dificultar a adaptação à nova maternidade.

*“Felizmente ela é uma bebé que não dá trabalho nenhum, é uma santinha, quase não chora, porque eu acho que se tivesse sido um bebé difícil a minha vida tinha sido um inferno”*  
Sandra

*“Nunca me senti atrapalhada nesse sentido, mas eu tive muita sorte, eu tive um bebé que me deixou ter um pós-parto muito bom, é o balanço que eu faço”* Guida

De notar que, relativamente a qualquer um dos elementos, estamos a considerar sempre a pressão contextual percebida, ao invés de procurar deduzir a pressão contextual fatural, dado que é muito mais importante, para compreender a maneira como a mulher lida com essa pressão, compreender a

forma como esta é percebida, ao invés de procurar medir a forma como esta factualmente existe ou não.

É então no encontro entre o passado incorporado, múltiplo e complexo, e o presente contextual, também ele repleto de tensões variáveis, exacerbadas ou minimizadas de acordo com diferentes características situacionais, que será possível compreender a experiência do pós-parto e a adaptação a essa realidade pela parte de novas mães.

É possível que exista entre o passado incorporado e o presente contextual um encaixe harmonioso (d), no qual os esquemas interiorizados e adquiridos ao longo das experiências anteriores são aplicados com sucesso e apenas com mínimos ajustes na situação atual.

De muitas formas, este passado nunca se vai aproximar totalmente da realidade vivida, uma vez que estamos a lidar com mulheres a experienciar pela primeira vez a maternidade. Deste modo, irá sempre existir algum intervalo entre passado e presente. No entanto, e apesar de ser verdade que nenhuma destas mulheres tenha tido alguma socialização por prática direta da maternidade, todas elas foram socializadas para a mesma, através do contacto com a maternidade em contextos ocupando papéis diferentes relativamente à mesma (papel de filha ou amiga, por exemplo), mas também por meio da inculcação ideológico-simbólica de crenças, valores, modelos e representações acerca da mesma, como já vimos. Assim, efetivamente, todas as entrevistadas estiveram em contacto com uma série de normas e imagens culturais de maternidade, foram construindo, quer se apercebam quer não, um conjunto de expectativas, as quais podem ter assumido a forma de um quadro cultural e simbólico mais coerente, ou mais diverso e contraditório.

*“Eu esperava sentir-me muito feliz, e aquela coisa que socialmente nos incutem que todas as grávidas devem sentir, que de repente a vida é tão bonita, e eu não sentia nada disso, aliás, eu sentia, havia momentos em que eu sentia, mas também havia outros momentos (...) e de repente ficava, se calhar não estou a criar vínculo com esta criança, eu sou muita má mãe, então mas eu supostamente devia-me estar a sentir super feliz e eu não sinto, sinto-me assustada e sozinha e pronto, e então... no pós-parto então também senti o mesmo, esperava sentir o mundo cor de rosa e o meu mundo continuava a ter as cores todas, incluindo o cinzento e o preto” Marta*

Valerá, talvez, a pena apontar que, muitas vezes, a interiorização de um quadro cultural e simbólico mais heterogéneo é mais vantajosa para a adaptação uma vez que, apesar de este poder provocar algumas tensões como resultado do contraste entre valores constituintes, este será também mais flexível e mais facilmente adaptável a diferentes contextos, podendo ser feita uma mobilização estratégica das representações interiorizadas de acordo com a variação das pressões situacionais.

No caso de quadros culturais e simbólicos mais homogéneos, a incapacidade em compatibilizar a realidade experienciada com os mesmos é sentida como um choque maior, dificultando a adaptação a essa realidade e dando origem a mais sentimentos de frustração, que se prolongam mesmo após a pressão

concreta ter sido ultrapassada – como aconteceu, por exemplo, com Matilde relativamente à amamentação.

*“Aliás, para mim foi... Era uma expectativa que eu tinha e foi a – não sei se foi a única, mas foi aquela que me mandou mais abaixo, que eu me senti mesmo defraudada porque era aquela coisa – porque era o dar de mamar e era o melhor e era... E cria-se aquele – e depois lá está, mais as 1001 coisas que a pessoa ouve, ah não, tem que ser de mamar porque é o melhor, porque é não sei quê, e quando a pessoa se apercebe que não consegue e que... obviamente não está a pôr em risco a vida do bebé, mas que não consegue dar o melhor e que – ou seja, já está a falhar. Pronto, e então foi difícil. E ainda hoje penso, se calhar não tentei tudo, se calhar se tivesse feito assim, se calhar se tivesse feito assado, se calhar se tivesse procurado não sei o quê, se calhar se tivesse tomado não sei o quê. Pronto, ainda hoje tenho muitos ‘se’” Matilde*

Assim, apesar de a conclusão de que quanto maior o intervalo entre expectativas e realidade, maior a dificuldade de adaptação a essa realidade, poder parecer óbvia, na verdade, estes processos não ocorrem de forma tão linear, tendo que ser tidas em conta mais variáveis, as quais irão resultar em experiências e vivências diferentes.

Na verdade, as mulheres lidam com este desencontro entre expectativas e realidade e, de forma mais abrangente, com a dissonância entre passado incorporado e situação presente, de formas variadas – isto porque, efetivamente, a existência de uma dissonância entre passado incorporado e presente contextual não implica forçosamente uma incapacidade adaptativa, existindo diferentes formas de lidar com esse intervalo, ou mesmo reduzi-lo.

Em primeiro lugar, existem mulheres que procuram agir sobre o presente contextual (e), sendo entre estas estratégias a mais frequente a procura de apoio, sobretudo a nível prático. Efetivamente, o recurso a formas de apoio permite a mudança das pressões contextuais com as quais a nova mãe tem que lidar, permitindo que esta mais facilmente se adapte ao novo contexto.

Por exemplo, no caso de Margarida, quando esta se deparou com uma realidade de pós-parto mais desafiante do que a esperada, tomou a decisão de permanecer em casa dos seus pais durante um período mais longo do que o inicialmente planeado, agindo assim sobre as características situacionais no sentido de facilitar a adaptação. Já no caso da Lúcia, perante as dificuldades de compatibilização entre maternidade e trabalho, a solução passou por contratar mais ajuda no trabalho, bem como colocar o filho no infantário antes do imaginado.

*“A minha intenção era lá ficar, bem, no início, quando eu não sabia nada de nada queria lá ficar só os primeiros cinco dias (...) depois acabei por ganhar algum receio a pensar como é que eu vou fazer isto tudo sozinha, se isto com mais duas pessoas já é o que é, sozinha vai ser impossível, portanto (...) ao fim de dois meses eu vim para casa” Margarida*

*“Tentei organizar-me em termos de trabalho, contratei uma pessoa para me ajudar (...) comecei aos poucos e poucos a conseguir organizar-me melhor em termos de trabalho e a ficar mais calma com tudo” Lúcia*

Outra forma de facilitar a adaptação nesta fase consiste em participar novamente em contextos em que as novas mães participavam anteriormente, e dos quais tiveram que se afastar temporariamente (f) – nomeadamente, no caso do painel em questão, o regresso ao contexto profissional, mas também reintegração em outras atividades para lá desta e que tenham feito parte do quotidiano das mulheres antes do nascimento, por exemplo, atividades lúdicas com o parceiro ou grupos de amigos.

*“Tenho muitas saudades disso, tenho muitas saudades de ter vida social, senti-me muito isolada, apesar destas ajudas todas, senti-me muito isolada da parte social, sinto mesmo saudades de conhecer pessoas e de ir ao cinema, ir passear, sinto falta” Lúcia*

De muitas formas, o nascimento implica uma quebra, até certo ponto, na participação da nova mãe num conjunto de contextos nos quais esta participava anteriormente. Na verdade, muitas mães partilham o sentimento de a entrada na maternidade ser marcada por uma centralidade no universo materno e de prestação de cuidados ao bebé. O regresso ao contexto profissional, nesse sentido, vem permitir quebrar esse foco no papel materno e restaurar laços com a identidade da mulher para além desse papel. Esta adoção de outros papéis para além do materno, sobretudo se for realizada de forma gradual e ao ritmo desejado, tem tipicamente um efeito positivo para o bem-estar da nova mãe, facilitando por isso a sua adaptação.

*“Eu ao fim de algum tempo já estava... às vezes, parece que ficamos burras, porque é só biberões e fraldas, e biberões e fraldas, é cocó e é chichi, é Mitosil no rabo, portanto ficamos muito limitadas a tudo aquilo que tenha a ver com maternidade, portanto eu até gostei de voltar para o trabalho” Margarida*

*“Claro que é importante a pessoa ver o bebé, ver o bebé sorrir, ver que gosta, ver que está feliz, e isso traz-nos conforto, traz-nos alegria, traz-nos também essas coisas todas. Mas ao mesmo tempo, começo a sentir... então, mas eu só faço isto, só abano rocas? Eu tenho de fazer mais, porque também é natural meu. (...) Ajudou-me nesse sentido, porque introduziu ali outras coisas, introduziu pessoas, outras tarefas, sair de casa, começar a sentir-me útil noutras coisas também. (...) É mesmo a pessoa sentir, não, eu sou mais, eu também sou a Matilde, não sou só mãe” Matilde*

Na verdade, este regresso ao desempenho de papéis para lá do materno pode ser realizado através de outros meios, sendo que simplesmente ter algum tempo para a própria permite que tal possa acontecer – *“nós às tantas habituamo-nos de estar sempre naquela rotina à volta do bebé e acho que é importante ir respirar um bocadinho no fundo, achei que foi importante, que começasse também a ter os meus momentos fora, para pelo menos limpar a cabeça (...) agora estou só eu, ninguém está a precisar de mim neste momento” Guida*. No entanto, e como consequência do ideal de maternidade intensiva, as mães sentem-se frequentemente culpadas por criar esse *tempo para si próprias*, apesar de este poder

contribuir para o seu bem-estar numa fase atribulada e de reorganização identitária. É neste ponto que o contexto profissional desempenha um papel particularmente revelante, na medida em que, nas sociedades contemporâneas, a valorização do trabalho é de tal dimensão que pode fazer frente aos ideais de maternidade intensiva. Assim, para muitas mulheres, o trabalho surge como uma oportunidade de recuperar na sua vida um espaço e tempo para si mesmas, sem que tal seja acompanhado por sentimentos de culpa.

*“Exato trabalhar agora é ter tempo para mim no fundo, acho que é o que isto quer dizer”*

*Anabela*

*“Eu também não sei se era capaz de deixar de estar com o bebé para ir estar só comigo quando isso não é uma coisa que pareça mesmo necessária, tipo ‘vou só ler um livro’ ou ‘vou só dar uma volta sozinha’, mas com o trabalho como é uma obrigação e eu tenho mesmo que fazer, aí eu tenho permissão para sair, portanto é a minha licença para eu me afastar do bebé”* Julieta

Este regresso a contextos anteriores (o qual aproxima, de certa forma, o presente contextual do pós-parto às experiências anteriores) não só é importante na medida em que permite à mulher sentir que esta tem funcionalidade e identidade para lá do seu papel enquanto mãe, mas também porque permite a aplicação bem-sucedida de orientações de ação anteriores, numa fase em que o mesmo pode não estar a ser conseguido na arena da maternidade<sup>16</sup>.

*“A minha identidade passa muito por aí, pode nem ser o trabalho em si, mas é o sentido de eficiência, e isto faz sentido, eu com o bebé não estava a conseguir nada, mas eu no trabalho consigo ser eficiente e resolver as coisas, portanto aquilo que eu perdia com ele conseguia ganhar através do trabalho”* Julieta

Claro que temos que ter em conta que uma incapacidade em regressar a estes contextos, ou um regresso mal-sucedido, em que sejam encontradas pressões inesperadas, pode apenas resultar em tensões e frustrações adicionais e potenciar dificuldades adaptativas.

Em terceiro lugar, algumas estratégias de adaptação fundamentam-se na transformação das estruturas incorporadas de forma a reduzir a dissonância com o presente contextual (g).

Neste caso, podemos observar essencialmente duas situações distintas, apesar de ambas terem como resultado último a alteração das estruturas interiorizadas de forma a maximizar a adaptação a esta nova realidade – a adesão a discursos e valores dominantes ou a mobilização de discursos e valores alternativos.

---

<sup>16</sup> De notar que as experiências de regresso ao contexto profissional do painel de entrevistadas em questão são marcadas pelas suas elevadas habilitações e ocupação de postos profissionais qualificados, encontrando na vida profissional uma fonte de realização pessoal – outras mulheres terão relações diferentes com o contexto profissional.

Tomemos aqui como exemplo a amamentação, uma vez que a valorização cultural da mesma por todos os discursos dominantes é inquestionável, sendo esta percebida como algo *natural* e desejável, crucial para o estabelecimento da relação com o recém-nascido e para a saúde do mesmo. Esta valorização encontra-se presente nos discursos das entrevistadas, existindo ainda uma associação forte entre a capacidade de amamentar e o ideal de boa maternidade – *“E para mim, para já era essa coisa de eu ter a capacidade de amamentar, eu estar a dar o meu leite ao meu filho, que é o que é biologicamente suposto, que é o que é animalmente suposto, que é essa a minha capacidade como mãe”* Marta; *“há as mães perfeitas e as mães imperfeitas. Porque...é como se quem não desse mama fosse uma mãe diferente ou fosse menos capaz... ninguém diz, mas subentende-se muito isso”* Matilde.

Em algumas situações, por exemplo, pode então verificar-se uma adoção total do discurso dominante de valorização da amamentação, o qual não fazia parte das orientações para a ação daquela mulher anteriormente à maternidade, mas que agora passa a ser utilizado por permitir que esta lide melhor com a nova realidade – ou simplesmente como resultado de uma pressão social elevada.

*“Tinha pensado que não queria fazer [amamentação]... depois li que a Organização Mundial de Saúde recomenda até aos seis meses em exclusivo e como complemento até aos dois anos, e aquilo começou-me a pesar, apesar de eu continuar a dizer que eu não queria fazer, começou-me a mexer porque... se a Organização Mundial da Saúde recomenda é porque há algum fundamento para isto... mas mesmo assim não tinha pensado, até porque queria começar a trabalhar logo o mais cedo possível, não tinha pensado muito em fazê-lo. Quando ele nasceu, e depois de ter feito o curso, talvez também porque eles falavam nisso, foi um bocado natural, e eu achei que tinha mesmo que fazer, e tornou-se ‘não, eu tenho que conseguir’”* Julieta

Noutras situações, por outro lado, verifica-se que a adesão ao discurso dominante não permite dar resposta às pressões da nova realidade, e observa-se então a mobilização de novos discursos alternativos, os quais facilitam a adaptação situacional. Por exemplo, mulheres que desejavam amamentar e que por algum motivo não podem, mudam o tipo de retórica em que se apoiam para justificar essa impossibilidade e destacar as vantagens da não amamentação.

No caso de Sara, apesar da culpa inicial como resultado da incapacidade de amamentar (*“e estava a começar a perceber, isto se calhar do dar de mamar não vai correr muito bem, e estava a começar a sentir um bocadinho culpada com isso porque lá está, é uma coisa que nos é muito inculida”*), foi possível avançar desse sentimento e mobilizar outra retórica que destaca as vantagens da alimentação por fórmula; no caso da Margarida, perante a mesma situação, esta recorre a uma retórica que apresenta a amamentação enquanto moda.

*“O facto de eu ter percebido que eu conseguia descansar mais do que amigas minhas nas circunstâncias semelhantes, eu percebo que levou a uma série de outras coisas, de estar menos irritada, ter menos tendência para discutir com o pai da criança, ter outro género de disponibilidade física e mental para usufruir do meu filho de outra maneira, se calhar*

*brincar mais com ele. (...) Acho que se está a pôr uma pressão demasiado grande nas mulheres e eu acho que há mulheres que se deviam sentir mais à vontade para poder dar leite de fórmula aos seus filhos, se isso trazer outras coisas boas para o ambiente familiar, digamos assim” Sara*

*“Eu não sei se é uma moda, eu acredito piamente que haja mais vantagens, porque há, se calhar alimenta mais que o leite artificial, mas acho também que é um bocadinho uma vertente de moda (...) acho que é exagerado e acho que tem que haver por parte do corpo de enfermeiros alguma flexibilidade” Margarida*

No entanto, verifica-se que, muitas vezes, apesar desta adesão a discursos alternativos que permitem uma melhor adaptação à realidade enfrentada, o peso dos discursos dominantes mantém-se, levando a que o desencontro entre expectativas e realidade se mantenha, e dando origem a sentimentos de frustração ou culpa – como já se viu, o caso da Matilde, em que apesar da adoção de uma nova perspetiva acerca da amamentação, o peso do discurso dominante ainda é bastante claro.

*“Dá-se um enfoque tal àquilo quando mais importante do que se é mama ou se é biberon, é o bebé ser alimentado, não é? Obviamente se for alimentado a mama melhor, mas não é o fim do mundo e é difícil a pessoa num momento sensível conseguir perceber isto, isto leva tempo. Para você ver, já quase há um ano e ainda hoje tenho ‘se’. E digo isto e acredito que isto é verdade, mas eu não consigo esquecer os ‘se’” Matilde*

Podem também existir casos nos quais, apesar de as decisões tomadas se aproximarem dos discursos socialmente dominantes e das expectativas sociais correspondentes, continuarem a constituir uma fonte de angústia para a mãe, por se afastarem das estruturas e valores interiorizados. Por exemplo, para Mónica, apesar de esta acreditar que *“as coisas tem que ser feitas de forma a serem boas para a mãe e para a criança, esta coisa da maternidade é uma coisa de partilha entre duas pessoas que se passam a conhecer e têm de adaptar uma à outra”*, a sua decisão por amamentar em exclusividade aos seis meses foi realizada em contrariedade com essas crenças, reconhecendo a própria entrevistada esta decisão como resultando das expectativas e pressão social existentes, associadas ao ideal gendricado de maternidade intensiva.

*“Eu acho que fui eu a pressionar-me a mim própria mas obviamente por causa da pressão que eu acho que existe a nível social para que se amamente porque tudo durante a gravidez e no pós-parto é direcionado para te dizer que deves amamentar em exclusividade durante pelo menos 6 meses, é isso que os médicos recomendam, é isso que os enfermeiros recomendam, é isso que a Organização Mundial de Saúde recomenda, se não o fazes é visto por cada mãe como uma falha (...) Eu não desisti por causa dessa pressão, porque me convenci a mim própria que se não o fizesse me ia sentir culpada, me ia sentir... não é má mãe, mas pior do que aquilo que poderia ter sido... para mim, eu senti essa pressão, (...) o ‘não desistas’, ‘é só uma fase’, ‘vai melhorar’, são palavras de apoio, mas que neste caso*

*funcionavam... e se eu desistir? Vão ficar dececionados comigo? Vão achar que eu não fiz o melhor? Eu vou achar que não fiz o melhor” Mónica*

É ainda interessante verificar que nem sempre o ajuste de estruturas mentais acompanha a velocidade do ajuste comportamental. Efetivamente, em algumas situações torna-se bastante evidente o desencontro entre orientações para a ação anteriores que, perante esta nova realidade e este novo papel, deixam de ser socialmente válidas, e a dificuldade da mãe a adaptar-se a essas novas expectativas, sendo necessário transformar as suas ações de acordo com as mesmas. Esse ajuste pode ser mais rápido ou mais lento, relacionando-se isso muitas vezes também com o próprio processo de ajuste identitário da mulher, e a forma como esta encara e assume o seu novo papel enquanto mãe.

*“Lembro-me muito dessa sensação que era, é suposto perguntar-se pelo bebé, mas não era uma coisa que eu estivesse a sentir, lá está, ainda não havia... isto é o mesmo do que outra sensação muito parecia que eu tive nos primeiros tempos, que era, eu queria chamar-lhe Tomás, e para mim ele não era Tomás, era um bebé, era o ele, ele não fazia parte de mim, é tão estranho, faz muito mais parte de mim agora do que fazia na altura, era um bebé exterior, em que eu tinha que lutar para conseguir adequar a minha linguagem e as minhas ações àquele ser que existia e que era suposto eu gostar dele, porque fui eu que o quis e isso tudo, não era uma coisa tão natural assim (...) demorou algum tempo até haver um amor que é mais incondicional, que não é só porque é suposto gostar-se daquele bebé”  
Julieta*

*“Lembro-me do primeiro dia a seguir a ela ter nascido, e foi engraçado, agora estava-me a lembrar disto, porque é uma questão de prioridades, uma pessoa não tem consciência depois das prioridades que vêm, agimos de uma forma natural, veio o pequeno almoço, eu estava cheia de fome, e eu ia tomar o pequeno almoço e a miúda entretanto acorda e portanto eu tenho que lhe dar de mamar, e a enfermeira estava lá, e eu disse, mas disse isto, verbalizei alto mas nem estava a pensar no assunto, ‘se calhar vou tomar o pequeno almoço primeiro e depois amamentá-la’ e a enfermeira ficou assim a olhar para mim ‘então, não, as prioridades agora são outras’, portanto eu deixei o meu pequeno almoço lá, fui amamentá-la e depois lá então fui tomar o pequeno almoço” Margarida*

*“No parto elas depois meteram logo o bebé em cima de mim e depois diziam ‘ah não está contente’, ‘é o seu bebé’ e não sei quê, e eu estava tão desorientada que eu nem... (risos) pronto estava muito contente, sim, mas...” Sandra*

Assim, nestes casos, a transformação ao nível da ação dá-se mesmo antes de os esquemas terem tido oportunidade de se reajustar – isto é, apesar de a orientação base para a ação se manter desajustada, as expectativas associadas ao papel social materno exercem o seu peso sobre a ação e a mulher age de acordo com os mesmos. Quando isto não acontece apenas como resultado da própria mulher para que assim o faça, pressões exteriores agem no sentido de corrigir o comportamento desviante, como no caso da



Margarida e de Sandra, relembrando à nova mãe que existe um conjunto de expectativas associadas ao seu novo papel, entre as quais o auto-sacrifício e a expressão de felicidade.

Todas estas formas de ação são adaptativas, na medida em que alteram elementos, quer seja características situacionais, quer quadros representativos adotados ou mobilizados – o resultado é que a forma de pensar, de agir, ou ambas, são alteradas de forma a responder melhor à realidade enfrentada. Vale ainda a pena mencionar como estratégias adaptativas o estabelecimento de redes de apoio emocional, e sobretudo o contacto com outras pessoas a experienciar a mesma situação.

*“Depois o fato de ter esta amiga que teve o bebé três meses antes de mim eu pude ir sabendo de uma série de desafios pelos quais ela teve que passar (...) acho que com esta partilha de informação acaba por haver uma base de apoio” Mónica*

Pelo contrário, a interação com pessoas que estejam a passar por situações semelhantes, mas as quais aparentemente estão a lidar com as mesmas com maior facilidade, pode ser uma fonte de maior frustração para a mulher, criando sentimentos de desadequação e responsabilização pela incapacidade adaptativa das próprias.

*“Fico irritada, como é que elas conseguem ficar tão tranquilas, como é que isto não as tira do sério, como é que elas não estão ansiosas com isto. Como se fosse quase uma incapacidade de não conseguir gerir essa situação” Julieta*

*“Depois falava com a minha prima e a minha prima tem um bocado a visão de ah, é tudo tão giro... e eu não sou assim (...) é a minha maneira de ver as coisas e então senti muita pressão... porque é que eu não me sentia feliz, porque é que eu não me sentia tão iluminada, tão airosa, ‘sou mãe’, eu sentia-me muito mal por causa disso” Marta*

Por outro lado, existem formas de lidar com a dissonância resultante da entrada na maternidade que assumem um modelo mais passivo, destacando-se aqui sobretudo o foco no aspeto efémero do período pós-parto e das alterações que este impõe.

*“Acho que sempre pensei, se calhar mais uma vez iludida, isto não vai ser sempre assim, portanto daqui a seis meses ou um ano vai ser diferente e conseguia viver a pensar que isto vai passar, lá está, não sei se iludida ou não, mas pronto, isso era o que me dava ânimo” Julieta*

*“Mas tinha pensado nisso, o primeiro ano vai ser assim mais brando e tal, e acho que ainda bem que pensei assim porque assim também me ajudou, se o nível de trabalho baixar não me vou stressar com isso porque depois a gente vai recuperar, ela há de ir para a escola e eu hei de conseguir voltar à minha rotina” Lúcia*

No entanto, e apesar do seu carácter mais passivo, esta forma de lidar com a realidade do pós-parto também constitui uma estratégia em si mesma, uma vez que leva a que a mãe, naquele momento, consiga lidar melhor com a situação.

Outra operação concetual que pode levar a que uma realidade potencialmente difícil se torne mais fácil de enfrentar trata-se da valorização do fator que deu origem à mesma, acima das desvantagens e

pressões em que esta resultou. Este tipo de pensamento surge muitas vezes associado à entrada na maternidade, quer através da valorização da própria maternidade, quer do bebé ou da sua saúde.

*“Também acho que a vontade de ser mãe, o gosto que eu tinha... a gravidez para mim foi uma alegria, o nascimento do Xavier foi uma alegria... só por isso qualquer coisa má apagou-se” Guida*

No geral, e quando falamos na entrada na maternidade, é importante mencionar esta dimensão valorativa, uma vez que esta irá desempenhar um papel fundamental na construção de pensamento e ações, sendo este um contexto tão fortemente afetado por quadros valorativos e pressões e representações sociais. A valorização da saúde do bebé, acoplada ao ideal de auto-sacrifício materno desempenham quase sempre um peso elevado na avaliação realizada por novas mães, podendo ser utilizadas, como referido, de forma vantajosa; ou podendo encontrar-se na origem da criação de sentimentos de inadequação e culpa.

É particularmente importante considerar esta dimensão ideológica-valorativa na medida em que esta tem que ser considerada na compreensão de processos de adaptação à nova realidade – não estamos numa situação em que qualquer ação que resulte em maior benefício para a adaptação contextual seja bem-sucedida seja adotada, uma vez que existem outros valores que tomam prioridade sobre a adaptação. A adaptação terá então que ser feita não apenas tomando em conta as características situacionais, mas também estes valores cristalizados e que assumem uma dimensão tal que são encarados como parte imutável da realidade a enfrentar. É neste ponto que é criado um conjunto de cenários e situações que ficam de fora do campo de possibilidades para lidar com a adaptação à maternidade, mesmo que num modelo de ação puramente instrumental pudessem ser considerados benéficos.

*“O resto também há solução, mas é... custa mais. Até emocionalmente. Porque mesmo que eu tenha, se for preciso eu pagar uma babysitter ou, para vir tomar conta, faço, não é por aí, não é pelo dinheiro, mas emocionalmente a pessoa sente que está a deixar, depois está a deixar com uma pessoa que não conhece tão bem...” Matilde*

Em situações nas quais que existe uma maior rigidez das estruturas mentais, torna-se mais difícil lidar com a dissonância entre passado incorporado e presente contextual, sobretudo se também não existirem possibilidades de alterar as pressões situacionais (h). Assim, a dissonância entre estruturas incorporadas e pressões situacionais mantém-se, e surgem dificuldades de adaptação à realidade do pós-parto e ao novo papel materno adotado, com todas as responsabilidades, expectativas e pressões sociais que este implica. Por exemplo, para Julieta, o período pós-parto é pensado como marcadamente negativo, uma vez que foi marcado por um desencontro entre realidade imaginada e vivida, pela dificuldade na aplicação de esquemas para a ação interiorizados nas situações enfrentadas, e por uma ausência de redes de apoio fortes.

*“Foi horrível, horrível, horrível, horrível, horrível. E o meu marido às vezes quando me via um bocadinho bem-disposta dizia ‘eu sabia que tu ias gostar disto’ e eu a pensar, ‘mas eu estou a odiar’. Não, não, foi horrível. Porque, pela primeira vez na minha vida senti que*

*não tinha qualquer controlo, portanto não havia nada que eu soubesse, se eu fizer isto vou conseguir provocar este efeito.” Julieta*

Porém, e como já verificámos, mesmo nestes casos de maior dificuldade adaptativa, as mulheres são capazes de desenvolver estratégias que lhes permitem construir a situação de tal forma que a sua vivência seja, pelo menos a algum nível, facilitada. Por outro lado, devemos notar que é possível que uma mesma entrevistada tenha, simultaneamente, ações mais adaptativas em determinados componentes do pós-parto, e ações menos adaptativas noutras; ou mesmo que uma situação de dissonância e dificuldade adaptativa progrida mais tarde para uma situação de desadaptação, quer por alteração das estruturas interiorizadas, quer das características situacionais (que, como já vimos, se encontram em permanente atualização).

Por fim, não podem deixar de ser tidas em consideração as próprias características sociodemográficas de cada mulher, nomeadamente a idade e o posicionamento social.

Relativamente à idade, esta terá um impacto em aspetos mais concretos como a velocidade e facilidade da recuperação física, até mais subjetivos e identitários, associando-se à maternidade surgirem em diferentes fases das trajetórias de vida.

*“Apesar de tudo não é, assim em termos mais identitários, digamos assim, não é assim uma espécie de clivagem, um antes e depois, sei lá, houve tanta coisa já na minha vida, e esse é o lado bom de ter filhos com 34 e não com vinte e se calhar quem tem com 40 acha o mesmo em relação aos 30, não sei bem, mas que é apesar de tudo já ter havido mais reinvenções de nós mesmas ao longo da vida” Anabela*

No que toca ao posicionamento social, é importante lembrar que estamos perante uma amostra na qual todas as entrevistadas apresentam uma posição relativamente favorecida na estrutura social, e qualificações elevadas. Ter em conta este posicionamento social é absolutamente determinante, uma vez que este irá influenciar no geral a forma como esta transição para a maternidade é vivida e pensada. Efetivamente, esta posição é revelante não apenas na medida em que estrutura o presente contextual, a forma como este se organiza e as possibilidades disponíveis para a mulher lidar com o mesmo (questões práticas como ter meios para recorrer a um infantário ou ama); mas também na medida em que afetam diretamente o tipo de quadros valorativos e esquemas disposicionais interiorizados (até porque também o tipo de contextos de socialização em que estas mulheres já participaram anteriormente é também determinado pela sua posição social).

Adicionalmente, é necessário ter em conta o impacto do nível educacional destas mulheres, tanto na organização da forma como estas refletem sobre o pós-parto, como no acesso, seleção e interpretação de informação e na sua capacidade reflexiva sobre a informação adquirida, sendo que um maior domínio da informação pode ser determinante na redução do sentimento de desorientação nesta fase.

Como vimos, o período pós-parto e a entrada para a maternidade são fases marcadas por profundas mudanças e processos múltiplos e consecutivos de adaptação. Identificar quais os fatores e

elementos que participam na estruturação desses processos permite melhor compreender a forma como este período é vivido pelas novas mães, e que tipo de estratégias estas aplicam para que a adaptação ao mesmo seja bem-sucedida, ou em que pontos é que este esforço adaptativo falha.

Apesar de as novas mães poderem fazer um balanço geral de maior ou menor facilidade adaptativa, e de ser inquestionável que algumas mulheres encaram com maior dificuldade as transformações implicadas neste processo do que outras, este balanço será sempre o resultado de diversos esforços adaptativos, com temporalidades diferentes, sendo, no geral, a adaptação tanto mais fácil quanto maior distância ao parto, como resultado da habituação e da crescente capacidade de estruturação do quotidiano, e do desaparecimento de alguns dos elementos mais desafiantes deste período.

## Conclusão

A análise realizada revelou que a adaptação à nova maternidade não deve ser entendida enquanto um processo unitário e o qual é bem ou mal-sucedido na totalidade, mas sim enquanto algo dinâmico, multidimensional e complexo, apenas compreensível através da análise dos múltiplos elementos que a constituem e das relações estabelecidas entre estes elementos – as quais são, elas mesmas, menos lineares do que o esperado. O modelo desenvolvido pretende ser um mapa analítico, o qual permite olhar para este processo de adaptação à nova maternidade não focando cada uma das vivências narradas, mas sim colocando em destaque precisamente os diferentes elementos e relações que estruturam e organizam essas vivências, mostrando de que modo diferentes associações podem servir para potenciar ou dificultar os esforços adaptativos de novas mães, e evidenciando o impacto de fatores culturais.

Efetivamente, pensamos que a análise realizada demonstra como qualquer processo adaptativo à maternidade é profundamente e indubitavelmente social e cultural, destacando sobretudo o papel das representações culturais de maternidade, que preenchem a paisagem dos discursos e representações culturais, as quais determinam as necessidades, limites e possibilidades destes processos adaptativos.

Apesar do impacto predominante de representações e ideais de maternidade, a análise permitiu também revelar o interessante papel desempenhado pelo discurso médico no pós-parto e adaptação à maternidade. Afinal, estamos a lidar com a fase final de um processo que em todas as outras frentes se encontra fortemente medicalizado – e se é inquestionável que o peso dessa medicalização decresce ao analisarmos este período, também é verdade que o poder da medicina continua bem presente, por exemplo através da figura orientadora do pediatra e da valorização de qualquer diretiva de carácter médico. Talvez de forma ainda mais evidente, o impacto do discurso médico surge em torno da temática da amamentação – é nesta temática, mais do que em qualquer outra, que os ideais gendricados de maternidade intensiva se aliam aos discursos médicos e ganham força a partir deles, de tal modo que a valorização da amamentação se trata talvez da mais forte crença identificada no discurso de todas as entrevistadas (incluindo aquelas que mais tarde a procuravam desconstruir); sendo que surgem ainda em torno desta temática formas de pressão por parte da comunidade de profissionais médicos, no sentido de reforçar essa valorização e ajustar as práticas das novas mães à mesma.

Apesar do peso destes fatores sociais e culturais sobre a organização das formas como as novas mães vivem o pós-parto e a maternidade, foi também claro que estes não exercem de modo algum um efeito determinista sobre os processos adaptativos destas mulheres, tendo estas a capacidade de agir sobre as representações e quadros interiorizados, de os mobilizar estrategicamente ou de recorrer a outras formas estratégicas de ação, as quais permitem que estas lidem com os desafios, pressões e limitações encontrados.

Pensamos que a análise realizada permite então retirar várias conclusões relevantes para a compreensão da temática em estudo. No entanto, é importante notar também as limitações da análise desenvolvida - e nomeadamente as limitações impostas pela homogeneidade do painel relativamente ao

posicionamento social e qualificações das novas mães, por existir consciência de que os processos adaptativos de mães com diferente acesso a recursos serão em muitos aspectos também eles diferenciados, pela importância e impacto destas variáveis em todos os elementos considerados.

No entanto, ao mesmo tempo, a homogeneidade inesperadamente criada ao nível da posição social e dos recursos qualificacionais do painel permitiu que estes dois fatores pudessem ter sido assumidos enquanto variáveis controladas na análise dos dados, por isso facilitando a identificação de outras variáveis com poder diferenciador. Por outro lado, pensa-se que o modelo de adaptação construído é flexível o suficiente para, com alguns ajustes, poder ser aplicável a novas mães com outros posicionamentos sociais e recursos qualificacionais, por não assumir relações rígidas entre elementos cristalizados, mas sim sugerir associações múltiplas entre elementos de definição ampla, cujo conteúdo é também facilmente variável de acordo com estes fatores - a confirmação desta possibilidade fica por confirmar, talvez num projeto futuro, no qual possam ser focadas exatamente as diferenças entre processos de adaptação entre novas mães com posicionamentos sociais distintos.

Por fim, gostaríamos de destacar que, apesar de ter sido possível concluir que nem sempre se verifica um intervalo entre expectativas construídas acerca do pós-parto e a realidade vivida, e que nem todas as dificuldades adaptativas nesta fase resultam de um desencontro a este nível, também foi possível verificar que, efetivamente, existe um conjunto extenso de expectativas fundamentadas numa representação idealista deste período e da maternidade no geral, que de fato podem ter um efeito nocivo sobre o bem-estar de novas mães, e facilmente resultar em sentimentos de desadequação, frustração e culpabilização por parte das mesmas.

Se considerarmos, por um lado, que estamos a lidar com um processo de transformação significativo, com tudo o que isso implica; e, por outro lado, que as mulheres constituem um grupo heterogêneo, com experiências, expectativas, desejos e prioridades diversos e, como tal, com formas de lidar e pensar o pós-parto também diversas – parece relativamente simples concluir que a construção da crença de que a adaptação à maternidade deveria ser um processo fácil, instintivo e resultante exclusivamente em sentimentos positivos e de realização pessoal é perigosa, e cria muito espaço para que um conjunto alargado de mulheres, que não se revejam nessa imagem, ou que pelo menos não sejam capazes de aderir à mesma, de forma contínua e em todos os momentos, se sintam ainda mais desorientadas numa fase já por si desorientadora. A existência de uma representação do período pós-parto menos idílica pode então ser um elemento chave no potenciamento de uma adaptação mais fácil à nova maternidade, reduzindo o intervalo entre realidades imaginadas e vividas, e aumentando a probabilidade de a realidade do pós-parto ser enfrentada, mobilizando quadros interiorizados que à partida contem com a possibilidade de esta não ser apenas “*cor-de-rosa*”.

Neste sentido, a partilha de relatos de pós-parto e adaptação à maternidade que os descrevam em toda a sua complexidade, sem negligenciarem e desvalorizarem os desafios e frustrações que esta inclui, podem ser um primeiro passo essencial para reduzir as dificuldades adaptativas nesta fase, ou pelo menos tornar as mesmas mais facilmente superáveis e menos prejudiciais para o bem-estar de novas mães.

## Bibliografia

- Aber, Cynthia; Marianne Weiss e Jaqueline Fawcett (2013), “Contemporary Women’s Adaptation to Motherhood: The First 3 to 6 Weeks Postpartum”, *Nursing Science Quarterly*, 26(4)
- Armstrong, Davis (1994), “Bodies of Knowledge/Knowledge of Bodies”, em Roy Porter e Colin Jones (orgs.), *Reassessing Foucault: power, medicine and the body*, London, Routledge
- Beckett, Katherine (2005), “Choosing Cesarean – Feminism and the politics of childbirth in the United States”, *Feminist Theory*, 6(3)
- Bell, Susan (2004), “Intensive performances of mothering: a sociological perspective”, *Qualitative Research*, 4(1)
- Carapinheiro, Graça (1986), “A saúde no contexto da sociologia”, *Revista Sociológica, Problemas e Práticas*, 1
- Christiaens, Wendy, Marianne J. Nieuwenhuijze e Raymond de Vries (2013), “Trends in the medicalization of childbirth in Flanders and the Netherlands”, *Midwifery*, 29
- Conrad, Peter (2003), “Medicalization and Social Control”, *Annual Review of Sociology*, 18
- Davis-Floyd, Robbie (1994), “The Technocratic Body: American childbirth as cultural expression”, *Soc. Sci. Med.*, 38(8)
- Davis-Floyd, Robbie (2001), “The Technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth”, *Int. J Gynaecol Obstet*, 75
- Donnison, Jean (1977), *Midwives and Medical Men – a history of the struggle for the control of childbirth*, London, Historical Publications
- Firoz, Tabassum *et.al* (2013), “Measuring maternal health: focus on maternal morbidity”, *Bulletin of the World Health Organization*, 91
- Hogan, Susan (2017), “The tyranny of expectations of post-natal delight: gendered happiness”, *Journal of Gender Studies*, 26
- Johanson, Richard, Mary Newburn, e Alison Macfarlane (2002), “Has the medicalisation of childbirth gone too far?”, *British Medical Journal*, 324
- Katz-Rothman, Barbara (1982), *In labor: women and power in the birthplace*, New York, Norton
- Kirkham, Mavis (2011), “The Midwife-Mother Relationship. In Birth Rites and Rights”, em Fatemeh Ebtehaj *et.al* (orgs.), *Birth Rites and Rights*, Portland, Hart Publishing
- Kukla, Rebecca e Katherine Wayne (2018), “Pregnancy, Birth and Medicine”, *Stanford Encyclopedia of Philosophy*
- Lahire, Bernard (2001), *O homem plural – as molas da ação*, Lisboa, Instituto Piaget
- Lahire, Bernard (2005), “Patrimónios individuais de disposições para uma sociologia à escala individual”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, 49
- Lane, Karen (1995), “The medical model of the body as a site of risk: a case study of childbirth”, em Jonathan Gabe (ed.) *Medicine, Health and Risk: sociological approaches*, Oxford, Blackwell Publishers
- Laney, Elizabeth K. *et.al* (2014), “Expanding the Self: Motherhood and Identity Development in Faculty Women”, *Journal of Family Issues*, 35(9)
- Lupton, Deborah (1994), *Medicine as Culture: illness, disease and the body in western societies*, London, Sage Publications
- Lupton, Deborah (1999), “Risk and the ontology of pregnant embodiment”, em Deborah Lupton (ed.) *Risk and Sociocultural Theory: new directions and perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press
- Maher, Jane Maree e Lise Saugeres (2007), “To be or not to be a mother? Women negotiating cultural representations of mothering”, *Journal of sociology*, 43(1)

- Marshall, Catherine; e Gretchen B. Rossman, (2011), *Designing Qualitative Research*, London, Sage Publications
- Martin, Karin (2003), "Giving Birth Like a Girl", *Gender & Society*, 17(1)
- Oakley, Ann (1992), *Social Support and Motherhood: The Natural History of a Research Project*, Oxford, Blackwell
- Pintassilgo, Sónia e Helena Carvalho (2017), "Trends and consequences of the technocratic paradigm of childbirth in Portugal: A population based analysis of birth conditions and social characteristics of parents", *Sexual and Reproductive Healthcare*, 13
- Riessman, Catherine Kohler (1983), "Women and medicalization: a new perspective", *Social Policy*, 14
- Simkin, Penny (1991), "Just Another Day in a Woman's Life? Women's long-term perceptions of their first birth experience, part I", *Birth*, 18
- Turner, Bryan (1987), *Medical Power and Social Knowledge*, London, Sage Publications
- Turner, Bryan (1992), *Regulating Bodies*, London, Routledge.
- Woollett, Anne e Harriette Marshall (1997), "Discourses of pregnancy and childbirth", em Lucy Yardley (org.) *Material Discourses of Health and Illness*, London: Routledge



## Anexo A

Quadro 1.1 Variações em intervenções relacionadas com o parto em países com elevado rendimento

	Partos domiciliares (%)	Partos vaginais (%)	Cesarianas (%)	Episiotomias (%)	Data dos dados
Portugal	< 1	-	36,3	-	2010
França	0	79	21	26,9	2010/2012
Alemanha	0	21	26,9	82	2010/2012
Japão	1,1	80,8	19,2	-	2010/2011
Holanda	20	83	17	30	2010/2012/2013
Espanha	N/A	75	25	43	2010/2011/2012
Suécia	< 1	82,9	17,1	6,6	2008/2010/2014
Reino Unido	2	75,4 73,9	24,6 26,1	19,4 20,1	2010/2013- 2014
EUA	0,91	67,8	32,2	14,4	2012/2014

Fonte: Shaw, Dorothy *et.al* (2016), “Maternal Health 4 - Drivers of maternity care in high-income countries: can health systems support woman-centered care?”, *The Lancet*, 388(10057)

Quadro 1.2 Breve revisão de literatura acerca da temática do pós-parto

1. Impacto das experiências de parto no bem-estar	2. Representações sociais de maternidade	4. Período de adaptação	3. Bem-estar mental	5. Elementos específicos (conjugação maternidade e trabalho; amamentação)
<p>Okaley, Ann (1983), “Social Consequences of Obstetric Technology: the importance of measuring ‘soft’ outcomes”, <i>Birth</i>, 10(2)</p> <p>Simkin, Penny (1991), “Just Another Day in a Woman’s Life? Women’s long-term perceptions of their first birth experience, part I”, <i>Birth</i>, 18(4)</p>	<p>Bell, Susan (2004), “Intensive performances of mothering: a sociological perspective”, <i>Qualitative Research</i>, 4(1)</p> <p>Maher, Jane Maree e Lise Saugeres (2007), “To be or not to be a mother? Women negotiating cultural representations of mothering”, <i>Journal of sociology</i>, 43(1)</p> <p>Sevón, Eija (2005), “Timing Motherhood: Experience and Narrating the Choice to Become a Mother”, <i>Feminism &amp; Psychology</i>, 15(4)</p> <p>Saavedra, Luísa e Miguel Cameira (2017), “Deconstructing Idealized Motherhood: The Extreme Case of Neonaticidal Women”, <i>Feminist Criminology</i></p>	<p>Aber, Cynthia; Marianne Weiss e Jaqueline Fawcett (2013), “Contemporary Women’s Adaptation to Motherhood: The First 3 to 6 Weeks Postpartum”, <i>Nursing Science Quarterly</i>, 26(4)</p> <p>Laney, Elizabeth K. <i>et.al</i> (2014), “Expanding the Self: Motherhood and Identity Development in Faculty Women”, <i>Journal of Family Issues</i>, 35(9)</p> <p>Hogan, Susan (2017), “The tyranny of expectations of post-natal delight: gendered happiness”, <i>Journal of Gender Studies</i>, 26</p> <p>Choi, P, <i>et.al</i> (2005), “Supermum, superwife, supereverything: Performing femininity in the transition to motherhood”, <i>Journal of Reproductive and Infant Psychology</i>, 23(2)</p>	<p>Balaji, Alexandra <i>et.al</i> (2007), “Social Support and Maternal Mental Health and Well-Being”, <i>Journal of Women’s Health</i>, 16(10)</p> <p>Jackman, Lauren <i>et.al</i> (2017), “Perfect Imperfections: Locus of Control, Perfectionism and Postpartum Depression”, <i>SAGE Open</i></p> <p>Lee, Katharine <i>et.al</i> (2017), “‘Lonely within the mother’: An exploratory study of first-time mothers’ experiences of loneliness”, <i>Journal of Health Psychology</i>, 00(0)</p>	<p>Rippeyoung, Phyllis L. F. e Mary C. Noonan (2012), “Is Breastfeeding Truly Cost Free? Income Consequences of Breastfeeding for Women”, <i>American Sociological Review</i>, 77(2)</p> <p>Zhou, Muzhi (2017), “Motherhood, Employment and the Dynamics of Women’s Gender Attitudes”, <i>Gender &amp; Society</i>, 31(6)</p>

Nota: Não se pretende afirmar que a totalidade da literatura produzida acerca do período pós-parto se cinge à coleção de artigos apresentados no quadro, mas apenas exemplificar através dos artigos selecionados quais algumas das dimensões do fenómeno exploradas na literatura produzida no campo das ciências sociais. Esta seleção foi ainda realizada tendo por base artigos que apresentassem conteúdo considerado relevante para a abordagem ao período pós-parto em questão.

## Anexo B

### Sumários Individuais – Paineis de Entrevistadas

#### *Julieta*

*34 anos | Mês do parto 06/2017 | Cesariana não eletiva*

Para Julieta, a gravidez foi planejada e desejada, integrada num plano de vida mais amplo. O período de gravidez foi sentido como mais desafiador do que o esperado, talvez dada a atividade profissional fisicamente extenuante de Julieta, a qual implica diversas deslocamentos diários – *“foi perceber o que é que é ter limitações, deixar de conseguir fazer uma série de coisas que eu achava que sempre conseguiria fazer e lutar contra essas limitações... pronto, o deixar de conseguir dormir bem, o deixar de conseguir andar e subir as escadas no trabalho, deixar de conseguir carregar pesos”*.

O parto da Julieta ocorreu na Maternidade Alfredo da Costa, onde foi acompanhada durante a gravidez. Como resultado da frequência cardíaca do bebê, foi realizada uma cesariana de emergência com anestesia geral, acerca da qual Julieta afirma *“o fato de acordar e já ter acontecido pensei ‘olha que fixe, não tive que passar por aquilo’”*. Após o parto, e na maternidade, ficou surpreendida pelas dificuldades e desconforto envolvidos na recuperação física, em comparação com outras mães com partos vaginais (*“mesmo na maternidade eu lembro-me que eu não me conseguia mexer, não me conseguia tomar banho, não conseguia ir à casa de banho, e via as pessoas que tinham tido partos normais a andar, que eu imaginaria que seria muito mais doloroso”*). Apesar do forte desconforto físico durante a primeira semana, depois desta voltou a conduzir e afirma *“custava imenso, mas já dava para gerir, não era impossível”*.

No que toca a redes de apoio, Julieta afirma que as tarefas são divididas entre si e o marido. No entanto, menciona também como o marido, devido à sua atividade profissional, tem que se deslocar para fora do país com alguma regularidade. Relativamente a redes de apoio mais extensas, a Julieta conta apenas com o apoio pontual da sua mãe – no entanto, reforça que recorrer a este nem sempre é possível e que se trata inclusivamente de uma fonte de stress – *“em vez de ser ‘ok, hoje ele está com ela, posso estar mais tranquila’, não, é ‘hoje vou ter de lhe pedir e isso vai ser ainda pior’”*. Aos quatro meses o Tomás foi para a creche, o que permitiu a Julieta ganhar *“alguma estrutura”* na organização do seu quotidiano.

Relativamente à amamentação, apesar de antes do parto pensar que não queria amamentar, essa opinião alterou-se como resultado das recomendações da OMS e das orientações dadas nas aulas de pré-parto. Como resultado, Julieta acabou amamentar até aos seis meses. Durante este tempo, não foi completamente rigorosa com a exclusividade no regime alimentar, recorrendo à fórmula circunstancialmente, de forma a reduzir a pressão da amamentação e a facilitar a organização temporal do quotidiano, sobretudo a conjugação com a atividade profissional – *“começámos a quando eu saía, em vez de eu estar a tirar leite, se não houvesse dávamos lata e não vai haver stress”*.

No que toca ao regresso ao trabalho, Julieta conjuga diferentes atividades profissionais, entre as quais a principal consiste num serviço de catsitting, criado pela mesma. Dada a particularidade desta atividade, o regresso ao trabalho para Julieta ocorreu quase de forma instantânea, apesar de não em todas as funções – *“eu estava sempre preocupada com o que estava a acontecer no trabalho, e com coisas que tinha efetivamente de fazer, e outras que tinha de ver se estava a correr bem ou não”*. Apesar de, neste sentido, o trabalho ter constituído uma fonte de

pressão para a Julieta, exigindo a conjugação desde muito cedo entre as pressões da atividade profissional e as exigências do papel materno, esta também afirma que o mesmo foi importante para que esta se sentisse mais realizada, sobretudo em momentos nos quais a esfera da maternidade era, sobretudo, fonte de frustrações.

#### Marta

29 anos | Mês do parto 09/2017 | Parto vaginal sem intervenção médica (parto domiciliar)

A gravidez de Marta foi inesperada, tendo resultado de uma relação muito recente - *“Foi uma surpresa... eu conheci o pai do Gonçalo em Janeiro e engravidei logo, nós soubemos em Fevereiro”*. Tanto Marta como o pai decidiram que queriam avançar com a gravidez. Assim, para Marta, a passagem para a maternidade foi a passagem para uma nova realidade a muitos níveis, incluindo o relacional, coincidindo com a passagem para uma vida em casal e para a co-residência.

Para Marta, era importante que o seu parto ocorresse num contexto domiciliar, uma decisão que tomou logo à partida, tendo sido este um desejo que se concretizou (*“A única coisa que eu queria era ter um parto em casa, era a única coisa que eu tinha assim mesmo como foco”*). Apesar disso, ao longo da sua gravidez, teve acompanhamento médico e realizou todos os exames aconselhados (*“fiz os exames todos, as ecografias todas, aliás, até acho que fiz mais ecografias do que supostamente deveria, mas foi mesmo também por uma questão minha de ter segurança, porque via se o bebé estava bem ou não (...) para mim era importante pelo menos saber, se fosse para o hospital, ao menos tinha os exames todos, não havia por onde pegassem”*). Para além deste acompanhamento clínico, foi também acompanhada quer pela sua doula, quer pelas parteiras que depois prestaram a assistência ao parto, e destaca a importância deste acompanhamento multifacetado e continuado – o qual se estendeu até às primeiras semanas do pós-parto.

No geral, a experiência de parto de Marta é lembrada pela mesma de forma positiva, afirmando que o facto de ocorrer num contexto domiciliar permitiu que o ritmo individual do seu corpo fosse respeitado (*“Foi a única coisa pela qual eu mantive mesmo o finca pé e não estou arrependida, porque se tivesse sido noutra contexto eu não ia ter tido o tempo que eu precisei para esse processo de ok, deixaste de ser uma pessoa e és outra”*). Contudo, o facto de não ter contrações durante o parto foi interpretado pela entrevistada durante muito tempo enquanto uma falha da sua parte, o que pode estar associado com a adesão a uma visão do nascimento que valoriza a vivência do parto em todas as suas componentes, incluindo as dores do processo. Esta crença integra-se num modelo de nascimento essencialmente holístico, a que Marta revelou aderir em vários momentos da entrevista, acentuando a valorização de dimensões naturais e espirituais do nascimento. Associado a este discurso, surgiram representações de género e feminilidade fortes e associadas a noções essencialistas e naturalistas, bem visíveis nos discursos sobre amamentação (*“Vai à minha função de mãe. Vai à minha identidade animal. Todos os mamíferos amamentam as suas crias, e por mais que eu queira estar com muitos rodeios, basicamente a explicação é esta, eu não ser capaz de amamentar a minha cria é como se me estivessem a tirar a função de mãe”*), em conjunto com a construção do nascimento enquanto um processo marcadamente gendricado (*“é uma capacidade que o nosso corpo tem que o corpo do homem não tem, e eu queria senti-la, do mesmo modo que o depois no parto queria sentir as dores das contrações”*), como se revelou pela vontade de que no momento do parto estivessem apenas presentes junto a Marta outras mulheres (*“se calhar pela ligação que eu tenho aos círculos de mulheres, e a esta energia dos círculos de mulheres e de mulheres a tomarem conta de mulheres, ou se calhar porque vejo o parto ainda como uma coisa de mulheres”*).

A recuperação de Marta foi relativamente rápida, tendo realizado um parto vaginal sem episiotomia (*“Fiquei feliz, claro, de não ter nenhuma episiotomia, é claro que fiquei feliz, fiquei feliz de ao fim de três semanas estar apta a ter relações, é assim, não vou dizer que não, lembro-me passado um mês de ir ao centro de saúde para a consulta dele e estar sentada ao lado de uma mulher que tinha feito episiotomia e via-se que ela estava queixosa e eu... eu realmente não tive nada disso”*).

No que toca à prestação de cuidados ao bebé, Marta afirma que estes são partilhados com o pai. No entanto, ao mesmo tempo, existe uma priorização da figura materna como principal responsável pela prestação de cuidados - *“Acabava por ficar um bocado as coisas para mim, porque se ele começava a fazer birra, o meu namorado não tinha muita paciência, então vinha para mim, pronto, eu sentia-me um bocado sozinha e com tudo em cima, que é um sentimento que ainda se arrasta um bocadinho”*.

A rede de apoio da Marta é constituída sobretudo pela sua mãe; no entanto, durante a entrevista Marta relatou como sente que durante o pós-parto se isolou, como resultado da dificuldade em lidar com as opiniões e comparações frequentes - *“A minha mãe vinha, mas, lá está, também estava com o menino enquanto eu fazia o resto, depois eu própria já também comecei a ficar mais cansada, porque a minha mãe vinha também trazia coisas... que não me apetecia, sei lá (...) acabei por começar a isolar-me, eu notei isso”*.

Relativamente à amamentação, como já verificámos, esta era para Marta *“ponto assente”*, essencial para a sua construção identitária enquanto mãe, tendo realizado amamentação em exclusivo até aos seis meses, apesar das várias dificuldades associadas ao processo (*“isto é um filme de terror, se não fosse eu a ter aquela teimosia de, não, eu quero amamentar, eu tinha ido para o leite de lata, ponto”*).

Marta trabalha como enfermeira numa unidade de Obstetrícia, tendo também formação enquanto doula. Marta revelou como a sua formação e atividade profissional impactaram a forma como a experiência da gravidez, parto e pós-parto foram vividas. Relativamente à formação, destacou sobretudo a forma como viveu os acontecimentos destas diferentes fases do nascimento não apenas do ponto de vista de grávida, parturiente e mãe, mas também do ponto de vista de doula. No que toca à atividade profissional, relatou sobretudo a ansiedade, dado o contacto com outros casos com complicações durante o período de gravidez.

Na altura da entrevista, Marta ainda não tinha regressado à sua atividade profissional, tendo optado por ficar com o seu filho em casa durante tanto tempo quanto possível, e estando mesmo a considerar prolongar esse período - *“Se calhar ainda ponho baixa e volto só daqui a um ano. Eu por mim, sou sincera, por mim volto pela questão do dinheiro, porque estou a viver tanto, apesar de ser um bocado desgastante, e de ser só o meu filho, só o meu filho e a casa, mas há tanta coisa que eu estou a viver neste momento tão rica”*.

#### *Matilde*

*37 anos | Mês do parto 07/2017 | Cesariana não eletiva*

Matilde relata ter tido uma gravidez tranquila, a qual foi desejada e planeada entre si e o pai (*“faz parte dos nossos planos, já viajamos, já fizemos uma série de coisas juntos, vamos dar um outro passo, basicamente foi assim”*).

O parto da Matilde foi pré-termo, dado ter ocorrido um deslocamento de placenta, através de uma cesariana com anestesia local, no Hospital da Luz. Relativamente à experiência do parto, ficou desiludida com não ter sido possível aplicar o princípio *“pele com pele”*, no entanto relativiza essa perda, afirmando que *“o triste é muito relativo, porque em especial depois mais tarde a pessoa consegue racionalizar este tipo de coisas que é, face aquilo que podia ter acontecido”*. Depois de ter alta, a sua filha teve que ficar no hospital durante mais uma

semana, e relata como essa foi a parte mais difícil de lidar. Ao mesmo tempo, relatou também como o apoio das enfermeiras durante esse tempo foi importante na aprendizagem de prestação de cuidados, uma dimensão que inicialmente tinha sido fonte de preocupações (nomeadamente aspetos práticos, como dar o banho) – tendo até realizado as aulas de preparação para o parto e pós-parto exatamente no sentido de se preparar para os mesmos.

Relativamente à recuperação física, destaca sobretudo as dificuldades enfrentadas durante as primeiras três semanas – *“As 3 primeiras semanas foram as mais complicadas porque realmente tinha dores, não eram dores incapacitantes, mas havia ali determinadas coisas que eu fazia com algum cuidado porque eram mesmo dores fortes”*.

Exatamente nesse período, reforça a importância do pai do bebé poder ficar em casa, sendo o seu apoio indispensável nesse período. Afirma também que ambos trabalham em equipa e procuram organizar as coisas o melhor possível de forma a apoiarem-se mutuamente (*“Fazemos muito uma divisão e... é uma divisão para ser em conjunto, para ser em equipa, um bocadinho por aí”*), mencionando como talvez parte dessa cooperação surja como resultado de não terem à sua disposição uma estrutura de apoio mais alargada (*“às vezes que nós deixámos a Ana com terceiros, sem ser no infantário, contam-se pelos dedos de uma mão e sobram e ela vai fazer 1 ano”*). Regressou ao trabalho depois de 5 meses, e relata como esse regresso foi sentido de forma positiva, tendo sido importante para *“começar a fazer outras coisas, começar também a socializar mais um bocadinho”*.

Relativamente à alimentação, uma vez que a sua filha nasceu com peso a menos, esta teve que ser alimentada a sonda durante os primeiros dias, em paralelo com alimentação a biberão. Apesar de se ter tentado introduzir a amamentação, e de ter insistido durante algumas semanas, a produção de leite não era elevada e o risco de perda de peso não podia ser tomado – para além de se estar a tornar uma fonte de frustração. Matilde revela como amamentar era uma expectativa que tinha, e cuja incapacidade foi a que a *“mandou mais abaixo”*, tendo os sentimentos de frustração, culpa e inadequação que resultaram desta situação sido algo com o qual teve de lidar ao longo de todo o pós-parto.

#### Margarida

*43 anos | Mês do parto 07/2017 | Cesariana não eletiva*

Para Margarida, a gravidez foi totalmente inesperada – não só porque nesta fase da vida já não contava com a possibilidade de vir a ser mãe (*“Sempre até mais ou menos aos trinta, e depois de repente passou, nunca mais pensei no assunto, entretanto com 42 fiquei grávida, e, portanto, foi uma surpresa, e na altura já não estava à espera sequer, já nem sequer pensava no assunto”*), como também porque foi depois de ter terminado a sua relação com o pai que descobriu ter engravidado. Depois de descobrir que estava grávida, Margarida tomou a decisão de aceitar essa mudança na sua vida, apesar de o pai não ter partilhado o mesmo desejo e, amigavelmente, ter decidido não assumir de forma ativa o papel paterno – *“apesar de nós termos uma relação muito boa, ele não está a pagar pensão de alimentos, eu disse-lhe logo, porque ele na altura não queria avançar com a gravidez, nós já tínhamos terminado a relação, entretanto eu disse-lhe que ia avançar com a gravidez e que não precisava de pagar nada, ele se quiser dá, se não quiser não dá, e por causa disto eu assinei também uma regulação do poder parental com ele, portanto, para todos os efeitos a Leonor é minha, que é um bocado completamente ao lado daquilo que é o normal, foi uma opção tomada em conjunto, ele não está cá, poucas vezes está em Portugal, portanto não sabemos muito bem como é que é o futuro”*.

Margarida diz ter vivido a gravidez de forma tranquila, mas sem que esta fosse assumida como um período de preparação para a maternidade, tendo prosseguido com a sua vida com naturalidade. Para esta, o parto tratou-se de um momento de passagem entre essa fase - *“Se calhar antes [durante a gravidez], eu não estava a ver as coisas também com muita clareza, ia avançando ao sabor do vento, sabia que depois do parto as coisas não iam ser ao sabor do vento, iam ser ao sabor dela, como se nota, e, portanto, aquele momento do parto, o intermédio, é como se fosse uma porta de transporte para a outra fase”*.

Durante a gravidez fez o curso pré-parto, que diz ter isso útil sobretudo para “desmistificar” os cuidados base ao recém-nascido, e deixar as novas mães mais confiantes no desempenho dos mesmos, mas também para adquirir algum conhecimento sobre o processo do parto.

O parto foi induzido (apesar de a Margarida ter afirmado que não gostava que isso acontecesse) e ocorreu no Hospital dos Lusíadas, depois de numa primeira consulta no público sentir que tinham colocado demasiado peso num discurso de risco ligado ao fator idade (*“assustaram-me tanto com a trissomia que eu pensei, se calhar não quero este tipo de stress para mim”*). Inicialmente, Margarida queria ter um parto vaginal, uma expectativa que não correspondeu à realidade (*“Já, já tinha pensado, queria parto natural, queria a coisa mais natural possível, e não foi, e sinto-me um bocadinho defraudada”*). O parto acabou então por contrastar completamente com o desejado e imaginado, como Margarida relata - *“depois fui para cesariana, que era a única coisa que eu não queria era fazer uma cesariana, não é, e psicologicamente não estava preparada para isso e, portanto, a mim custou-me ir para a mesa, de tal forma que levei a anestesia e tudo mais, mas parecia que estava em constante dor, aquilo, portanto, foi mais uma catarse de chegar ao sítio onde eu não queria estar que era sentada numa marquesa a abrirem-me a barriga”*.

Relativamente à recuperação física, diz que as maiores dores, que caracteriza como *“infernais”*, apesar da sua alta tolerância à dor física, passaram uma semana e meia depois do parto.

Apesar da ausência da figura paterna, a Margarida contou com o apoio dos pais, sobretudo durante os primeiros dois meses do pós-parto, durante os quais voltou a viver com eles, de forma a estes a apoiarem na prestação de cuidados à recém-nascida. Neste momento, tendo regressado à esfera profissional (um regresso que foi vivido de forma positiva), conta com o apoio de uma ama, de forma a não sobrecarregar os pais - e a qual apoia não apenas nos cuidados à bebé, mas também ao nível doméstico.

Relativamente à amamentação, revela como esta foi uma fonte de grande frustração e ansiedade durante o pós-parto, dada a reduzida produção de leite, até ao momento em que decidiu passar para a alimentação por fórmula depois de 30 dias a amamentar, momento esse em que lhe *“saiu um peso de cima”*. Destaca sobretudo a pressão exercida pelo corpo de enfermeiros, ao contrário da sua obstetra que apoiou a sua decisão de deixar de amamentar - *“depois tive a pressão enorme das enfermeiras, mais do corpo de enfermeiros do que propriamente da minha obstetra (...) iam sempre sugerindo, mas tem que continuar a tentar, a reforçar sempre, até ao dia em que eu enchi, sugeriram-me uma coisa que eu já não me lembro o que era mas achei que era um bocadinho fora já do âmbito da coisa, e pensei, não, vou acabar com isto, é um sofrimento”*.

Regressou à sua atividade profissional ao fim de cinco meses, e relata ter sido bom, e como *“já estava um bocadinho a desejar voltar para o trabalho”*, por sentir que todo o seu tempo estava demasiado limitado a *“tudo aquilo que tenha a ver com a maternidade”*. Destaca, no entanto, a importância do horário de amamentação, e a forma como este facilita a organização do quotidiano e a conjugação entre trabalho e maternidade.

Sara

36 anos | Mês do parto 08/2017 | Cesariana não eletiva

A gravidez de Sara foi planeada. Na verdade, Sara conta como engravidou uma primeira vez e acabou por perder o bebé. Demorou um ano a engravidar pela segunda vez e acha que ter passado por essa experiência antes alterou a sua perspetiva, tendo o desejo de maternidade ganho uma maior dimensão. Também, como resultado desta experiência anterior, durante um período relativamente longo da gravidez, não sentiu confiança que esta se iria concretizar, tendo essa confiança apenas ganho forma depois do segundo trimestre.

Fez um curso pré-parto, afirmando que este ajudou-a, não só levando a que se sentisse mais tranquila, mas também providenciando algumas informações práticas básicas, mas úteis; sendo que o único problema que aponta é a forma “arcaica” de apresentarem a figura paterna – *“pinta-se um bocado o pai como o tonto, a mãe vai ser a pessoa que vai ter o instinto maternal que clica, o que também não é muito bom porque nem todas as mulheres têm”*.

Sara tinha algumas expectativas ou desejos relativamente ao parto, que pensa serem *“as que quase todas as mulheres hoje em dia têm, de querer fazer um parto natural”*. No entanto, para Sara, o mais importante era escolher uma maternidade em que confiasse, neste caso a Maternidade Alfredo da Costa, e *“daí para a frente achar que aquilo que os médicos estavam a decidir estava à partida certo”*.

Na realidade, no parto de Sara acabou por correr *“tudo ao contrário”* do que tinha imaginado, *“mas mesmo assim correu tudo bem”* - o parto acabou por ser induzido e por cesariana. Mesmo assim, afirma que não olha para o processo com mágoa ou dor emocional, exatamente por ter ocorrido num sítio no qual confiava - *“sei que em Portugal há um excesso de cesarianas, mas estava num sítio em que achava, se me fizerem uma cesariana é porque tem mesmo que ser uma cesariana”*.

Sara afirma que a divisão de responsabilidades e tarefas no que toca à prestação de cuidados ao bebé é equilibrada entre si e o marido, reforçando mesmo como *“ele não ajuda, ele faz a parte dele”*. Depois do nascimento o seu marido mudou de atividade profissional de forma a poder trabalhar a partir de casa durante a maior parte do tempo. Destaca como, não tendo amamentado, conseguia dividir a responsabilidade de amamentação com o marido – *“Eu tenho um pai de criança que é extremamente presente, e nisso eu também acho que, coisas boas e más de dar de mamar, o facto de desde sempre que ele também lhe dá de comer – o Jaime deixou de ser fisicamente dependente da mãe muito depressa. Muito cedo começou-se a dividir tudo, há o pai e a mãe”*. Em contrapartida, relativamente a estruturas de apoio mais alargadas, a situação não é a mesma – *“aquilo que eu tenho é ajuda do marido, não tenho é ajuda de estrutura familiar enquanto um todo”*.

Segundo Sara, *“é posta uma pressão enorme em cima da mãe para dar de mamar”*, ao ponto de confessar como, em várias circunstâncias, evitou dizer que não amamentava, sentindo alguma vergonha e culpa, por ser *“sempre muito vendido que se vai estar a fazer qualquer coisa de horrível ao bebé se não se der de mamar”* – mesmo que não amamentar não tenha sido uma escolha pessoal, mas uma consequência da infeção dos pontos da cesariana, que levou a que tivesse que tomar antibióticos. Relata também a forma como, baseando-se na própria experiência e na experiência de amigas, *“em regra geral a resposta da parte dos médicos é um bocadinho agressiva”*, relatando uma situação em particular na qual uma enfermeira quis realizar uma lavagem de estômago depois do seu filho ter bebido leite de fórmula ainda na maternidade.

No que toca ao regresso à atividade profissional, Sara relata como estava à espera de *“ser o género de mãe que ia apanhar um bocado de seca e ia estar ansiosa por voltar ao mercado de trabalho”*, mas como isso não aconteceu. Apesar disso, regressou às atividades profissionais depois de cinco meses, recorrendo à creche a partir desse



período. Sara conjuga diferentes atividades profissionais, com horários relativamente flexíveis, trabalhando como freelancer. Ao regressar a essas atividades, sentiu que tinha que “provar” ter ainda o mesmo nível de empenho e eficiência do que antes de se ter tornado mãe.

Para além disso, procurou voltar a outras atividades de convívio e lúdicas, integrando o filho nessas atividades. - *“tudo o que nós fazemos é com o Jaime atrás (...) o Jaime está habituado desde sempre a ir connosco para todo o lado. Seja para o restaurante, seja para viajar, há uma exposição que eu quero ver, o Jaime vem atrás”.*

### *Anabela*

*34 anos | Mês do parto 10/2017 | Vaginal com intervenção médica, instrumental*

Para Anabela, engravidar foi algo que, apesar de não rigorosamente planeado, fazia parte do pretendido, tendo acontecido na altura desejada, dado que *“seria ótimo que coincidisse no último ano da bolsa para ter licença de maternidade”*, o que acabou por se concretizar. Segundo Anabela, a gravidez foi *“ótima, porque correu tudo muito bem”* e *“muito bonita”*. Durante a gravidez, fez o curso pré-parto no São Francisco Xavier, que diz ter sido sobretudo útil relativamente a sinais de preparação para o parto e à disponibilização de informação sobre a epidural. Relativamente ao parto, este foi alvo de reflexão pela parte da entrevistada, para quem era importante a escolha por opções humanizadas do parto, como por exemplo não ter um parto obrigatoriamente deitado e com pouca intervenção médica, tendo mesmo considerado a opção de um parto em água em contexto hospitalar. Ao longo do processo, acabaram por optar pela Maternidade Alfredo da Costa, tanto porque Anabela queria ter o parto num hospital público (*“achava que às vezes se podia fazer um bocadinho levemente cesarianas no privado”*), como pela ideia de que este seria o melhor local do ponto de vista dos cuidados de pediatria e neonatais – e ainda considerando que estava a trabalhar na maternidade uma amiga de infância do pai do bebé. Apesar deste desejo por um parto com pouca intervenção médica, Anabela relatava como pensa não existirem em Portugal *“muitas condições que possibilitassem o parto que nós idealizámos ao início”* de forma que, a certa altura, pensou que o melhor seria *“simplificar”* e *“houve um basta”*.

No final, a realidade do parto da Anabela acabou por ser muito diferente do desejado. Para começar, tratou-se de um parto induzido, após ter sido detetado através de uma ecografia que não tinha líquido amniótico suficiente. Para além disso, Anabela descreve o parto como uma *“situação um bocadinho caótica”*, com uma forte trama burocrática na qual não existe um entrosamento informativo suficiente para que o processo seja tão célere como poderia ser, e no qual a parturiente não é devidamente informada acerca da situação, criticando ainda a falta de acompanhamento do pai pelos constrangimentos da instituição. Adicionalmente, o parto acabou por ser instrumental (uso de fórceps), e de implicar uma episiotomia com um corte que Anabela suspeita ter sido excessivo.

Para Anabela, em termos físicos, o primeiro mês foi marcado por um grande desconforto, sobretudo como resultado da episiotomia – *“numa fase inicial, durante mais ou menos um mês, até um mês e meio, eu não me conseguia sentar, tinha que por gelo, além disso sangrava muito, porque nós sangramos bastante a seguir ao parto, portanto, tudo o que era movimentos de sentar e levantar, pegar no bebé, eu só conseguia fazer com ajuda, e doía-me sempre, e era uma dor um bocadinho constante”*.

O apoio do pai do bebé foi importante – este é trabalhador por conta própria e, na época, o trabalho estava calmo. Quando este regressou ao trabalho, tornou-se mais difícil gerir. Relativamente à prestação de cuidados ao bebé, Anabela relata como acha que *“apesar de tudo caiu muito para cima de mim”*, destacando o papel da amamentação

e a incapacidade de dividir essa tarefa. Em termos de redes de apoio mais extensas, têm sobretudo o apoio da avó materna,

Relativamente à alimentação, Anabela decidiu amamentar, mas relata como este foi um *“processo muito doloroso”*, sobretudo durante o primeiro mês, afirmando que a amamentação é algo para o qual as novas mães vão *“pouco cientes e pouco informadas, e que devia haver imenso apoio”*. Como resultado, esteve perto de desistir de amamentar, mas conseguiu *“persistir”* e amamentar em exclusivo até aos seis meses.

No que toca ao regresso ao trabalho, no caso de Anabela este não é linear, uma vez que esta se encontrava no momento a terminar o seu doutoramento. Mesmo assim, efetivamente, Anabela relata como é com o apoio da avó materna que cria tempo para se dedicar ao doutoramento, tendo também sido esta que se encarregou dos cuidados à neta quando Anabela participou numa conferência. Para Anabela, foi ainda importante voltar a fazer algumas atividades lúdicas com amigos – *“fiz questão de ir a alguns concertos há uns tempos, era uma coisa quase adolescente, e de ir ao aniversário de uma amiga (...) na altura tinha tudo assim um peso”*.

### Mónica

*40 anos | Mês do parto 01/2017 | Vaginal com intervenção médica, instrumental*

Para Mónica, ser mãe constituía um forte desejo e objetivo de vida. No entanto, engravidar revelou-se não ser um processo fácil – uma dificuldade que mais tarde veio a ser explicada quando Mónica foi diagnosticada com endometriose. Depois deste diagnóstico, e de algumas intervenções no sentido de aumentar a probabilidade de uma gravidez ser bem-sucedida, Mónica necessitou de algum tempo antes de tentar novamente, de forma a recuperar, não apenas fisicamente, mas também mentalmente – tendo mesmo durante este período realizado terapia (*“Eu achei que emocionalmente estava um farrapo depois de todos aqueles anos a tentar e não conseguir, não estava bem para avançar para uma coisa dessas”*). Quando sentiu que estava *“preparada para qualquer que fosse o desfecho”*, Mónica e o marido avançaram e voltaram a tentar engravidar, acabando por recorrer à fertilização in vitro. Quando recebeu a notícia de que estava grávida, para Mónica *“foi assim a notícia melhor, mais importante da minha vida, porque foi o culminar ali de uma série de situações, de expetativas”*.

Para Mónica, apesar de ter feito algumas sessões pré-parto acerca de temáticas como a amamentação ou prestação de cuidados a recém-nascidos, apesar de afirmar que não era algo que a preocupasse particularmente, dada a sua experiência anterior – *“havia coisas que não me metiam medo nenhum, o cuidar do bebé, porque também tenho quatro sobrinhos e pelo menos dois deles pude acompanhar mais de perto, portanto eu não sou daquelas pessoas que nunca tinham tido contacto com bebés”*.

O parto da Mónica, no Hospital CUF Descobertas, foi um parto vaginal instrumental. Apesar de o mesmo ir de encontro ao desejo de Mónica em ter um parto vaginal, atualmente repensa essa posição, dada a falta de flexibilidade vaginal - *“Os médicos hoje em dia todos eles fazem o corte para que depois seja mais fácil e porque é um corte controlado (...) para que não hajam mais estragos do que haveriam se a pessoa rasgar, ela nasceu muito lindinha, mas deixou-me num estado miserável, eu nem sei quantos pontos levei, nem quis saber, mas para além do corte que a médica fez, eu rasguei toda, praticamente o meu períneo todo (...) eu rasguei praticamente tudo até ao ânus e fiz hemorroidas também, não muito grandes mas estavam lá e num sitio super delicado porque eu rasguei praticamente toda até lá, e rasguei também pela vagina acima por dentro (...) Ela provavelmente ter-me-ia proposto uma cesariana se soubesse que a minha vagina não tinha praticamente flexibilidade nenhuma (...) se houver uma próxima eu marco uma cesariana”*. Como resultado, a recuperação física no pós-parto foi

particularmente difícil para Mónica, que descreve como teve dores *“muito piores que o parto, dessem-me antes dez partos”*.

Apesar do marido de Mónica ter tirado a maior parte da licença de parentalidade, Mónica pensa que não aproveitou tão bem como poderia o fato de ele estar em casa, em particular por causa da amamentação, que não permite organizar o seu tempo de modo a retomar atividades que realizava antes, como ir ao ginásio. Para além do pai, Mónica conta também com o apoio prático da sua empregada doméstica, no entanto o problema mantém-se – *“tenho uma empregada em quem confio plenamente com quem a posso deixar (...) não é uma questão de não ter confiança na pessoa com quem posso deixar, mas o fato de ela não ter um padrão certo em termos de alimentação”*. Para Mónica, para além do apoio prático, foi importante o apoio emocional, sobretudo da parte de outras mães passando por processos semelhantes - *“Depois o fato de ter esta amiga que teve o bebé três meses antes de mim eu pude ir sabendo de uma serie de desafios pelos quais ela teve que passar (...) ajuda muito ter alguém que vá passando, os bebés são todos diferentes, cada bebé é um bebé (...) nem é bem esta coisa de uma pessoa não se sentir sozinha, mas acho que com esta partilha de informação acaba por haver uma base de apoio”*. Relativamente à alimentação, Mónica optou por amamentar em exclusivo até aos seis meses, reconhecendo que esta opção foi o resultado da enorme pressão para o fazer *“porque isso é o melhor para o bebé, e parece que se não o fizermos somos as piores mães do mundo”*. Mónica destaca como acredita que a amamentação em exclusivo *“não é para toda a gente”*, implicando uma grande dependência física, e reforçando como muitas vezes se sentiu *“única e exclusivamente uma vaca leiteira”* como resultado.

Mónica conjuga diferentes atividades profissionais. Enquanto algumas destas foram mantidas, como a gestão de alojamento local, a qual não implica deslocações, relativamente às restantes, estas ainda não foram retomadas. Mónica gostava de regressar, dado que é *“uma coisa importante para mim, sentir-me útil e ativa e a trabalhar, eu não queria que a minha vida se centrasse única e exclusivamente na minha filha, acho que isso não seria bom para mim enquanto individuo”*, no entanto, ao mesmo tempo *“gostava de proteger”* a filha dos riscos associados à creche (*“a gente sabe perfeitamente, as crianças vão para as creches apanhar gripes e gastroenterites”*), planeando por isso que esta ingresse na creche *“lá para um ano e meio”*. Apesar desta opção, destaca como sente ter pouco tempo para si e para pensar em si - *“Eu sei que não deixo de existir enquanto pessoa individual, e não deixo de ter consciência que, pelo menos agora e nos próximos tempos, a minha vida vai ter um foco diferente e vai estar focada mais nela do que propriamente em mim, mas é estranho porque se ao mesmo tempo a gente às vezes pensa, eh pá, nem tenho tempo para pensar em mim, mas depois de fato há momentos em que eu sinto... isso está-me a fazer falta, porque somos constantemente atacadas por uma espécie de bicho que é depressivo, que é angustiante, que é solitário, a maternidade pode ser uma coisa extramente solitária, mesmo muito”*.

### Lúcia

*39 anos | Mês do parto 07/2017 | Vaginal com intervenção médica, instrumental*

A gravidez de Lúcia foi inesperada e teve como resultado o fim da relação com o pai, dada a sua reação à notícia – *“Ele revelou-se... no dia em que eu lhe disse que estava grávida as coisas mudaram completamente de figura, de atitude, começou a ser mal-educado comigo, a tratar-me mal, e eu ok... olha lamento, não é por aí, não é por estar grávida que podes agora fazer-me esse tipo de coisas, e vamos ficar por aqui, e assim foi”*.

Lúcia foi seguida durante a gravidez na Maternidade Alfredo da Costa, depois de lhe ter sido diagnosticada diabetes gestacional. Apesar desta condição, relatava que a sua gravidez foi tranquila, não tendo alterado a sua

rotina. Durante este período, realizou o curso de preparação para o parto da maternidade, que diz ter ajudado bastante na redução da sua ansiedade e a esclarecer muitas das suas dúvidas e preocupações.

No que toca ao parto, tinha pensado que *“queria fazer o mais natural possível”*, não querendo *“precipitar nada”*, no entanto, conta como, não tendo sido acompanhada sempre pela mesma médica desde o início, acabou por nunca ter a oportunidade de discutir essas expectativas, e o parto acabou por ser induzido – *“isso eu não gostei, porque gostava que fosse natural, e quando ele quisesse nascer que nascia, sentia que havia pouca... como não fui sempre acompanhada pela mesma médica, sentia que havia pouca proximidade nesse sentido”*. Apesar disso, o parto de Lúcia, um parto vaginal com realização de episiotomia, mas não instrumental, acabou por ser uma experiência que descreve como *“acaba por ser tudo natural, porque depois uma pessoa vai-se lembrando das aulas de preparação, e faz todo o sentido e nada é assim muito... nada é um choque, nada é assim uma surpresa muito grande, porque vai fazendo tudo sentido”*.

No que toca à figura paterna, esta não constitui uma fonte de qualquer apoio, consistindo na verdade o oposto – uma fonte de ansiedade (*“É uma preocupação grande, porque ele percebeu que me chateia com isso, disse que queria a guarda do Jorge, e percebeu que me chateava com isso e então está a insistir com isso, sabendo que já teve outros filhos e nunca cuidou deles”*).

No entanto, e apesar desta situação, Lúcia tem um conjunto de estruturas de apoio disponíveis, destacando sobretudo o papel da família e dos amigos, quer durante a gravidez quer no período do pós-parto – *“A minha mãe também me vinha visitar muitas vezes, vinha-me cá ajudar muitas vezes, e a minha irmã também, ajudar com a casa, ajudar com as coisas, a roupa, a comida, traziam-me comida feita, se era preciso comprar alguma coisa”* – e mesmo durante o parto, tendo estado a sua irmã presente no mesmo.

No que toca à situação profissional, Lúcia é gerente de uma empresa de remodelação de casas e, como tal, o regresso a muitas das funções do trabalho foi quase imediato, relatando como, três semanas após o parto, já estava em contacto com clientes - *“Sim, eles sabiam, eu explicava a situação, o Jorge tinha três semanas quando um cliente chinês contactou-me, disse que queria avançar com a obra, eu expliquei a situação, até era uma senhora, expliquei a situação e eles entendem e não entendem, porque depois são chatos na mesma”*. Para Lúcia, a conjugação entre atividade profissional e maternidade revelou-se um dos maiores desafios, o qual se tornou mais fácil de encarar desde que o seu filho foi para o infantário, com oito meses.

### Sandra

*42 anos | Mês do parto 03/2018 | Vaginal com intervenção médica, instrumental*

A gravidez da Sandra foi planeada, sendo a maternidade sempre parte dos seus desejos (*“com a idade que tenho achei que tinha que ser, era agora ou nunca”*). No período final da gravidez, foi necessário ficar de baixa por risco de parto prematuro, e como tal não pôde participar no curso de preparação para o parto e pós-parto da Maternidade Alfredo da Costa, onde foi seguida, o que revela ter depois feito falta mais tarde, sobretudo no que toca a aprendizagens relativamente à prestação de cuidados a recém-nascidos – *“eu sinto até que me fez alguma falta, porque eu sabia zero sobre bebés, portanto quando o bebé nasceu foi um bocado o pânico de tentar perceber, e agora, o que é que eu faço com o bebé”*.

O parto ocorreu na Maternidade Alfredo da Costa, tendo sido um parto vaginal com uso de fórceps. A recuperação física foi dolorosa, sobretudo durante o primeiro mês, não só como resultado da recuperação da episiotomia e das hemorroidas, mas também como resultado de uma dor no coxix que Sandra não tem a certeza da origem - *“O*

*primeiro mês também foi muito mais difícil porque eu não me conseguia sentar, e não era propriamente da hemorroida, eu acho que teve a ver com o fato de usarem os ferros, ou não sei se é da epidural, não sei o que foi, sei que fiquei com uma dor imensa no coxix e não me conseguia sentar, não podia estar com o bebê ao colo sentada”.*

Quanto à alimentação, optou por amamentar por pensar ser esta a opção mais vantajosa para a saúde do bebê, e por motivos económicos, dado o preço da fórmula (“*Era importante dar mama sim, porque tem aquela coisa do nosso sistema imunitário que passa para o bebê, e isso é importante, já para não falar também nos custos, porque uma lata de leite é caríssima*”).

No que toca a divisão de responsabilidades e tarefas com a figura paterna, Sandra menciona sentir recaírem sobre si as principais responsabilidades - “*A ideia que eu tinha era que a maior responsabilidade era minha, porque eu é que tinha que lhe dar de comer, eu é que tinha de decidir se dava biberão ou não, embora eu perguntasse muito porque queria partilhar essa responsabilidade, ‘mas o que é que tu achas’, porque eu queria muito que ele me ajudasse a tomar essas decisões (...) e ele também não deixou de trabalhar, eu fiquei sozinha em casa com o bebê, a minha mãe vinha durante o dia para me ajudar*”. Como vemos, a avó materna surge para Sandra como uma fonte de apoio prático, estando presente e ajudando na prestação de cuidados – sobretudo aquando do regresso ao trabalho, que aconteceu depois de quatro meses. Segundo Sandra, este regresso ao trabalho foi “*fácil*” dado o seu horário flexível, sendo trabalhadora independente. Adicionalmente, o fato de trabalhar perto da sua casa, e de saber que a bebé está com alguém de confiança, também facilita esse regresso - “*como estou descansada com ela, acabo por quando estou a trabalhar noutra coisas estou focada naquilo e até me esqueço que... que tenho um bebê*”.

Menciona também a importância de voltar a fazer outras atividades lúdicas, similares às anteriores, para sentir que “*estão a viver*” - “*Já vai acompanhando um bocadito mais (...) por exemplo, fomos aos santos populares, mas não fomos à noite dos santos (...) não fomos para a confusão, mas não deixámos de fazer os nossos programas, para sentir que estamos a viver, porque senão é só estar sempre em casa a tomar conta do bebê*”.

### *Guida*

*27 anos | Mês do parto 09/2017 | Vaginal com intervenção médica*

A gravidez de Guida surgiu integrada nos seus planos de vida, logicamente colocada após o casamento (o qual ocorreu mais cedo do que tipicamente, como resultado da formação católica de ambos) e duas grandes viagens - “*Casámos em 2015, depois fizemos duas grandes viagens à Índia e América do Sul, já tínhamos mais ou menos planeado que fazíamos duas viagens e depois começávamos a tentar engravidar e pronto, depois disso foi relativamente rápido*”. Segundo Guida, esta “*sempre quis ser uma mãe mais jovem*” do que a sua própria mãe tinha sido (“*chegaram a pensar que a minha mãe era minha avó, perguntavam-me na escola, e eu acho que isso faz alguma diferença*”). Segundo Guida, enquanto grávida esteve “*muito descontraída sempre*”, descrevendo-se como “*uma grávida um bocadinho para o relax*”, talvez em parte como resultado da sua formação - Guida é médica, nomeadamente interna de especialidade em Medicina Geral e Familiar (“*percebia as coisas, qualquer toquezinho assim mais esquisito não entrava em pânico, uma ou outra dúvida mandava mensagem a colegas, e só se podia fazer com colegas, e explicando as coisas, porque às vezes pessoas que não têm este background podem não saber explicar as coisas tão bem e eu sabia, tinha muita percepção do que se estava a passar, e eu acho que ajuda*”). Também como resultado dessa formação, não sentiu necessidade de fazer preparação para o parto, “*já tinha uma noção de tudo o que iria acontecer, os vários momentos, que decisões é que se poderiam tomar*”.

Guida optou por escolher como local do parto o Hospital Santa Maria, dada a confiança e familiaridade com o mesmo, dado o seu percurso formativo. O seu parto foi pré-termo (36 semanas), como resultado de uma rotura prematura de bolsas, e instrumental, tendo sido aplicados fórceps. A sua formação alterou a forma como experienciou o mesmo - *“Eu tinha noção de tudo o que estava a acontecer, já assisti a vários partos, e eu tinha perfeita noção, sabia o que estava a acontecer, sabia quando estavam a aplicar a ventosa, percebi quando estavam a aplicar os fórceps, portanto eu percebi tudo, e senti, eu confio naquelas pessoas, estou tranquila”*.

Também durante o pós-parto a formação de Guida fez a diferença, tal como afirma - *“Não sei acho que também tem a ver com o meu background médico porque eu percebo um bocadinho que a casa está limpa, não é por causa de cair ao chão que vai ganhar uma infeção (...) também foi aquela ideia de não estar a complicar, também os miúdos precisam de ganhar defesas”*. Por outro lado, a sua experiência enquanto mãe também impactou a sua prática profissional - *“mudou imenso a minha perceção mesmo das gravidezes que eu seguia e agora sigo e dos conselhos que dou”*.

Relativamente à recuperação física, relata que esteve dorida durante aproximadamente duas semanas, e destaca a importância do apoio do marido durante esse período - *“aquelas três semanas fazem toda a diferença, muitas vezes era ele que tratava de tudo, eu levantar e sentar para mim naquelas duas semanas era horrível”*.

No geral, Guida destaca como a divisão de responsabilidades e tarefas entre si e o pai do bebé são feitas de forma equilibrada, afirmando que *“por vezes até há situações em que ele até trata mais, não consigo fazer um balanço, mas claramente eu não sou a pessoa que toma mais conta ou orienta mais as coisas, vamos dividindo muitas vezes, mas é uma coisa muito fluida, não é minimamente contabilizada”*.

O sistema de apoio de Guida é forte, sendo que as redes familiares, tanto do lado materno quanto paterno, se encontram bastante disponíveis para prestar apoio - por exemplo, enquanto os pais desempenham as suas atividades profissionais, os cuidados ao bebé são assegurados por um sistema de dias divididos entre avós paternos e maternos. A própria Guida reconhece *“estamos a ser muito bem apoiados, e isso faz diferença”*.

No que toca à alimentação, Guida decidiu amamentar, considerando a amamentação *“uma coisa muito importante para o bebé”*, mas reforça como, apesar de as pessoas *“pintarem tudo de uma forma linda e cheia de flores”* esta ser na realidade algo difícil e doloroso, pelo menos durante os primeiros tempos. Muito cedo, começou a tirar leite para dar em formato de biberão, de forma a conseguir regressar às suas atividades anteriores (*“por volta de um mês começou a beber leite de biberão, mas meu, e isso acabou por ajudar”*).

Guida regressou à sua atividade profissional depois de cinco meses, e destaca a importância do horário de amamentação, o qual permite um regresso gradual às atividades, não só profissional, mas também extra. Para além da atividade profissional, Guida faz parte da Ordem dos Médicos - tendo retomado as reuniões semanais da mesma mais ou menos um mês e meio após o parto (*“sentia a necessidade de me envolver e de não ficar muito tempo desligada para não pensarem ‘ela veio para aqui ter filhos e não faz nada’”*). Para além disso, voltou também a integrar um conjunto de atividades lúdicas logo após o primeiro mês, e a integrar o filho nas mesmas, desde atividades religiosas (*“foi uma das coisas que começámos a fazer primeiro com ele, muito resguardadinhos, à missa de nossa senhora de Fátima, quando ele fez mais ou menos duas semanas fomos”*), até lúdicas (*“O Jaime começou a ir connosco para todo o lado, restaurantes, ficar sossegadinho a dormir no ovo, jantares de amigo, tudo e mais alguma coisa, ele ia sempre”*) e até viagens (*“decidimos ir à Madeira (...) as coisas correram bastante bem, e a partir do momento marcamos tudo para a Noruega”*).

Anexo C

Figura 3.1 Modelo ilustrativo da adaptação no pós-parto

