

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Administração

Viviane Cordeiro de Almeida

**TRABALHO E RELÓGIO BIOLÓGICO: um estudo com mulheres que se
submeteram às técnicas de reprodução assistida**

Belo Horizonte
2018

Viviane Cordeiro de Almeida

TRABALHO E RELÓGIO BIOLÓGICO: um estudo com mulheres que se submeteram às técnicas de reprodução assistida

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Orientadora: Dr^a. Carolina Maria Mota Santos.

Área de Concentração: Gestão Estratégica de Pessoas e Relações de trabalho.

Belo Horizonte

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

| | |
|-------|--|
| A447t | <p>Almeida, Viviane Cordeiro de</p> <p>Trabalho e relógio biológico: um estudo com mulheres que se submeteram às técnicas de reprodução assistida / Viviane Cordeiro de Almeida. Belo Horizonte, 2018.</p> <p>175 f. : il.</p> <p>Orientadora: Carolina Maria Mota Santos</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Administração</p> <p>1. Maternidade. 2. Gravidez na meia idade. 3. Mulheres - Emprego. 4. Técnicas reprodutivas. 5. Inseminação artificial humana. I. Santos, Carolina Maria Mota. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Administração. III. Título.</p> <p>CDU: 396.5</p> |
|-------|--|

Viviane Cordeiro de Almeida

**TRABALHO E RELÓGIO BIOLÓGICO: um estudo com mulheres que se
submeteram às técnicas de reprodução assistida**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Área de Concentração: Gestão Estratégica de Pessoas e Relações de trabalho.

Prof^a. Dr^a. Carolina Maria Mota Santos – PUC MINAS (Orientadora)

Prof. Dr. Antônio Carvalho Neto – PUC MINAS

Prof^a. Dr^a. Andréa Poleto Oltramari - UFRGS

Belo Horizonte, 27 de Fevereiro de 2018.

AGRADECIMENTOS

Toda honra e toda glória sejam dadas a Jesus! Por que Dele e por meio Dele e para Ele são todas as coisas!

À professora Dr.^a Carolina Maria Mota Santos, minha orientadora, por ter acreditado neste projeto mesmo quando ele era apenas um sonho, por ter me dado oportunidade de deixar um legado para meus filhos de que podemos ir além das barreiras que a nossa realidade econômica social nos impõe. Por ter enxergado em mim potencialidades que eu mesma desconhecia. Agradeço, ainda, por tamanha dedicação, energia e disponibilidade, por inúmeros momentos, de forma paciente e amorosa, em que me ofereceu contribuições tão relevantes e enriquecedoras.

Aos professores que fizeram parte da minha trajetória no programa de Pós-Graduação em Administração da PUC-Minas, em especial ao Professor Antônio Carvalho Neto, pela significativa contribuição para o meu desenvolvimento acadêmico e profissional.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudos que foi fundamental para o cumprimento desta jornada.

Ao meu marido, Michel P. Almeida, por seu amor e paciência nos momentos difíceis, por ter sido muito mais que um incentivador, por significar um pilar de sustentação deste sonho que se tornou real. Obrigada por entender as longas noites que passei em claro estudando, pelos cultos em que foi sozinho, por me proteger e me compreender mesmo quando eu era tomada pelo estresse. E também por inúmeras vezes me lembrar de que eu era capaz de concluir esta jornada. Sua presença foi fundamental para que eu superasse as dificuldades e pudesse chegar até aqui. Sempre entre nós haverá algo mais...

Aos meus filhos, Abner e Hannah, por comemorarem comigo a cada entrega que eu fazia. Por ser uma das minhas principais motivações. Vocês são a expressão da Graça, do amor e da Luz do Senhor para mim. Amo vocês!!!

Aos meus irmãos e cunhados, pelo cuidado, incentivo e pela compreensão durante este momento da minha vida. Obrigada pelas tantas vezes em que me ajudaram e por estarem sempre disponíveis independentemente das circunstâncias.

Agradeço imensamente a minha mãe, Maria Cordeiro, pelo amor, carinho e zelo dedicados à formação do meu caráter, por ter me ensinado com poucos

recursos que servir e amar as pessoas é sempre mais importante do que adquirir e acumular coisas...

Aos demais familiares e amigos que de alguma maneira contribuíram para que este sonho se tornasse realidade.

Às mulheres que aceitaram compartilhar suas histórias, acreditando no propósito e na contribuição deste estudo.

Aos meus colegas e amigos do Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) que adquiri ao longo desta jornada, pela troca de conhecimento e pelo companheirismo.

A toda a equipe do PPGA, em especial à Jaqueline Araújo, pela simpatia e apoio.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente deram a sua contribuição para que a realização deste trabalho fosse possível, muito obrigada!

“Porque Dele, por meio Dele e para Ele são todas as coisas”.

Romanos 11:36.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo principal compreender os impactos na carreira e na vida pessoal das mulheres que procrastinaram a maternidade e, posteriormente, vivenciaram-na por meio da reprodução assistida. Para tanto, foram ouvidas 26 mulheres que se submeteram às técnicas de reprodução assistida em idade superior a 30 anos. A pesquisa é de caráter qualitativo e o método escolhido foi o estudo de caso. Os dados encontrados foram analisados a partir da análise de conteúdo, que por sua vez foram agrupados em três categorias: a experiência do adiamento da maternidade; os impactos na vida pessoal; e os impactos na vida profissional. Buscou-se analisar os impactos na carreira e na vida pessoal das mulheres que obtiveram ou não êxito nesse processo. Por meio do estudo foi possível perceber que o perfil da mulher contemporânea de certa maneira é voltado mais para o trabalho remunerado do que para a maternidade, e que aliada à figura da mulher autônoma encontra-se a medicina reprodutiva, proporcionando uma nova forma de vivenciar a maternidade. Por acompanharem essa tendência, as mulheres vêm criando mecanismos para lidar tanto com o desejo de se tornarem profissionais reconhecidas, quanto de se tornarem mães. Os dados encontrados evidenciaram que, na maioria das vezes, as mulheres não percebem que estão adiando a maternidade, muitas investem na carreira e, quando se dão conta, o tempo passou e já não as permite mais engravidar naturalmente. Verificou-se que a estabilidade financeira é um pré-requisito para as mulheres optarem pela maternidade, e por isso, cada vez mais, elas vêm encarando com naturalidade a maternidade tardia. Na maioria das vezes, essa opção se dá em virtude de acreditar que posteriormente poderá recorrer ao auxílio da medicina reprodutiva. Concluiu-se que essas mulheres têm utilizado a reprodução assistida como um meio de lidar com os impasses de carreiras e de seus relógios biológicos. No entanto, as técnicas de reprodução assistida ainda não são capazes de anular a interferência negativa do tempo sobre o potencial reprodutivo natural da mulher, sugerindo assim que se aprofunde na temática, uma vez que as consequências dessa escolha podem trazer impactos relevantes para a vida pessoal e profissional das mulheres.

Palavras-chave: Maternidade Tardia. Carreira Feminina. Relógio Biológico. Reprodução Assistida.

ABSTRACT

The work aims to understand the impacts of career and personal life of women who have procrastinated motherhood and, after experimented through assisted reproduction. Therefore, twenty-six women were submitted to assisted reproduction techniques aged over thirty years. The research is qualitative and the method chosen was the case study, the data found analyzed from the content analysis, which in turn grouped into three categories: the experience of postponing maternity; impacts on personal life; and impacts on employment. It was possible to perceive that the profile of the contemporary woman is characterized by forming her identity geared more toward work than to motherhood. She soon realized that the figure of the autonomous woman is now found in reproductive medicine, consolidating a new way of experiencing motherhood. The Brazilian woman has also followed this trend, so they have been creating mechanisms to deal with both the desire to become recognized professionals and the desire to become mothers. The financial stability is currently a requirement for women to choose the maternity. For this reason, more and more, they are naturally facing late motherhood. It has been concluded that contemporary women have used assisted reproduction techniques as a means of dealing with career deadlocks and their biological clocks. However, assisted reproduction techniques are not yet capable of eliminating the negative interference of time with the natural reproductive potential of the woman, thus suggesting a deeper understanding of the subject, since the consequences of this choice can have relevant impacts on personal life and professional development of women.

Keywords: Late Maternity. Women's Career. Biological Clock. Assisted Reproduction.

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 - Proporção de registros de nascimentos em 2010 por grupo de idade das mães | 53 |
| Gráfico 2 - Taxas de fertilidade e aborto espontâneo em funções da idade materna | 70 |
| Gráfico 3 - Percentual de formação acadêmica por grupos | 80 |
| Gráfico 4 - Profissão das entrevistadas..... | 81 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Rendimento médio das mulheres brasileiras em relação aos homens brasileiros entre 2003 a 2011 | 45 |
| Tabela 2 - Risco de síndrome de Down e anormalidades cromossômicas de acordo com a idade materna..... | 71 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 - Diferentes técnicas de reprodução humana..... | 61 |
| Quadro 2 - Idade das entrevistadas | 79 |
| Quadro 3 - Esfera de atuação profissional | 82 |
| Quadro 4 - Profissão versus renda..... | 83 |
| Quadro 5 - Número de tentativas | 84 |
| Quadro 6 - Técnicas de reprodução humana utilizadas | 85 |
| Quadro 7 - Histórico gestacional | 86 |
| Quadro 8 - Categorias de análise de conteúdo | 88 |
| Quadro 9 – Resumo dos principais achados da categoria I | 111 |
| Quadro 10 – Resumo dos principais achados da categoria II | 133 |
| Quadro 11 – Resumo dos principais achados da categoria III | 143 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---|
| ANPAD | <i>Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração</i> |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| ESHRE | Sociedade Europeia de Reprodução Humana e de Embriologia |
| FIV | Fertilização <i>in vitro</i> |
| FSH | Hormônio folículo estimulante |
| GIFT | Transferência intratubária de gametas |
| IA | Inseminação artificial |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ICSI | Injeção intracitoplasmática de espermatozoides |
| LH | Hormônio luteinizante |
| NTR | Novas Tecnologias de Reprodução |
| PPGA | Programa de Pós-graduação em Administração |
| RH | Recursos Humanos |
| SBRH | Sociedade Brasileira de Reprodução Humana |
| SHO | Síndrome de hiperestimulação ovariana |
| SPELL | <i>Scientific Periodicals Electronic Library</i> |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TRA | Tecnologia de Reprodução Assistida |
| TV-TEST | Transferência transvaginal intratubária de embriões |

SUMÁRIO¹

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 27 |
| 1.1 O problema de pesquisa | 29 |
| 1.2 Justificativa | 30 |
| 1.3 Objetivos | 34 |
| 1.3.1 <i>Objetivo geral</i> | 34 |
| 1.3.2 <i>Objetivos específicos</i> | 34 |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 35 |
| 2.1 Maternidade em transição: do determinismo biológico à liberdade de opção | 35 |
| 2.1.1 <i>A construção social histórica em torno do amor materno</i> | 35 |
| 2.1.2 <i>Maternidade na contemporaneidade: uma questão de escolha</i> | 38 |
| 2.2 Questões de gênero: reflexos na carreira e na maternidade | 41 |
| 2.2.1 <i>Protagonismos dos movimentos feministas no cenário de trabalho e maternidade da mulher contemporânea</i> | 41 |
| 2.2.2 <i>Divisão sexual do trabalho: estereótipos e preconceitos envolvendo a maternidade</i> | 44 |
| 2.3 O comportamento reprodutivo da mulher contemporânea | 51 |
| 2.3.1 <i>O declínio das taxas de fecundidade</i> | 51 |
| 2.3.2 <i>A escolha voluntária pela maternidade tardia</i> | 54 |
| 2.4 As técnicas de reprodução assistida (TRA) | 60 |
| 2.4.1 <i>A reprodução assistida via inseminação artificial (IA)</i> | 62 |
| 2.4.2 <i>A reprodução assistida fertilização in vitro (FIV)</i> | 63 |
| 2.4.3 <i>Técnicas complementares da reprodução assistida (NTRS)</i> | 65 |
| 2.5 Os impactos biopsicossociais decorrentes da procrastinação da maternidade | 69 |
| 3 METODOLOGIA | 73 |
| 3.1 Estratégia e método de pesquisa | 73 |
| 3.2 Sujeitos de pesquisa | 75 |
| 3.3 Estratégias de coleta de dados | 75 |
| 3.3.1 <i>Pré-teste</i> | 77 |
| 3.4 Caracterização da amostra | 79 |
| 3.4.1 <i>Domicílio e formação acadêmica</i> | 80 |
| 3.4.2 <i>Atuação profissional</i> | 81 |
| 3.4.3 <i>Histórico gestacional e os filhos</i> | 83 |
| 3.5 Estratégias de análise de dados | 86 |
| 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS | 89 |
| 4.1 A experiência do adiamento da maternidade | 89 |
| 4.1.1 <i>O lugar da carreira profissional</i> | 89 |
| 4.1.2 <i>O parceiro afetivo</i> | 97 |

¹ Este trabalho foi revisado de acordo com as novas regras ortográficas aprovadas pelo Acordo Ortográfico assinado entre os países que integram a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), em vigor no Brasil desde 2009. E foi formatado de acordo com as Orientações para elaboração de trabalhos técnico-científicos – PUCMINAS, 2016.

| | |
|---|------------|
| 4.1.3 O alerta do relógio biológico..... | 101 |
| 4.1.4 O processo de reprodução assistida | 104 |
| 4.2 Impactos na vida pessoal | 112 |
| 4.2.1 Rotina familiar: organização, tempo e prioridades | 112 |
| 4.2.2 Relacionamento conjugal | 118 |
| 4.2.3 Sentimento de culpa/incompletude | 122 |
| 4.2.4 A dualidade: ser mãe e mulher..... | 127 |
| 4.2.5 Os efeitos no corpo e na mente | 129 |
| 4.3 Impactos na carreira profissional | 134 |
| 4.3.1 Repensando a carreira profissional..... | 134 |
| 4.3.2 Reorganização do tempo e das prioridades | 136 |
| 4.3.3 Carreiras interrompidas | 140 |
| 5 CONCLUSÃO | 144 |
| REFERÊNCIAS | 150 |
| APÊNDICES | 165 |
| ANEXOS | 173 |

1 INTRODUÇÃO

A maneira como as mulheres percebem e lidam com os temas “maternidade” e “trabalho” passou por modificações ao longo do tempo e assume, cada vez mais, posturas em resposta ao contexto social contemporâneo (Biffi 2014; Biffi & Granato, 2017). A mulher brasileira, principalmente aquela de classe média a alta, que possui uma carreira profissional, acompanha essa tendência e apresenta comportamentos inovadores em relação ao contexto social anterior (Tiburi, Menezes & Egget, 2002), onde outrora, em decorrência dos valores herdados do patriarcado, a mulher era colocada em posição absolutamente secundária (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007; Oliveira, 2005; Santos Coutinho & Menandro, 2015), cujos papéis atribuídos às mulheres estavam sempre entrelaçados à esfera doméstica, isto é, ao cuidado ao marido, às tarefas do lar e à educação dos filhos (Fleck & Wagner, 2003; Lopes, Dellazzana-Zanon & Boeckel, 2014).

O contexto a que se refere como contemporâneo, pelo menos no Ocidente, é aquele em que as diferenças de gênero vêm sendo gradativamente superadas e há a tentativa de romper com o padrão de subjugação em relação ao homem, o qual perdurou durante longas décadas. Nesse sentido, Tiburi *et al.* (2002) ressaltam que a mulher assume comportamentos inovadores quando procura expressar e buscar uma vida com seus ideais de autonomia e liberdade, fazendo suas próprias escolhas e marcando os seus próprios limites. Sendo assim, cresce cada vez mais o número de mulheres que exercem uma atividade laboral fora do ambiente do lar e que utilizam seus rendimentos para contribuir com a renda familiar. “Além da maternidade, muitas se preocupam com sua formação acadêmica e valorizam a construção de uma carreira profissional, vislumbrando nessa atividade uma condição necessária ao sucesso da sua vida” (Fleck & Wagner, 2003, p.31).

É importante destacar que essas transformações no modo como se enxerga as mulheres brasileiras que detêm uma carreira, elevada formação educacional e são, geralmente, pertencentes às classes média e alta foram fortemente influenciadas pelos movimentos feministas (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Scavone, 2001). Vários aspectos relacionados à vida das mulheres sofreram mudanças após os movimentos feministas, tais como a sexualidade (Alves e Pitanguy 2017; Costa, 2013; Del Priore, 2011; Facchini, França & Braz, 2014), a estrutura familiar (Bertolini, 2002), a divisão sexual do trabalho (Biroli, 2016; Hirata,

2015; Krein & Castro, 2015; Mies, 2016; Scavone, 2001; a maternidade (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Mota-Santos & Carvalho Neto, 2017), entre outros.

A inserção da pílula anticoncepcional foi uma das grandes conquistas oriundas desses movimentos e compôs um marco na história das mulheres (Del Priore, 2011). O aumento de escolaridade e a ascensão profissional da mulher também se constituem em outros fatores importantes nesse processo de ampliação da autonomia feminina (Bruschini & Puppini, 2004; Santos Coutinho & Menandro, 2015). Todo esse cenário de mudanças proporcionou às mulheres o alcance de espaços antigamente inatingíveis e abriu possibilidades de saírem dos guetos profissionais e construírem carreiras sólidas, tendo em vista, em especial, a sistematização de um público cada vez mais representativo no ambiente organizacional e nas demais esferas da sociedade (Andrade; Vieira; Nascimento & Barbosa, 2013).

Tais questões, por sua vez, além de impactar a vida profissional das mulheres (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012), também foram responsáveis por significativas alterações nas estruturas e nas rotinas familiares da sociedade brasileira, no que diz respeito à concepção social de feminilidade e às próprias perspectivas dessas mulheres em relação à experiência da maternidade (Scavone, 2001). Os métodos contraceptivos proporcionaram várias modificações na vida da mulher (Del Priore, 2011), mas o relógio biológico continua a ser um fator complicador (Carvalho Neto, Tanure & Andrade, 2010), posto que ele não sofreu alterações e isso acaba impondo às mulheres certo limite de idade para se ter uma gestação saudável (Cleary-Goldman, Malone, Vidaver, Ball, Nyberg, Comstock & Timor-Tritsch, 2005; Corrêa, 2001; Luke & Brown, 2007; Portes Vargas, 2012).

Com a ampliação da consciência feminina quanto ao direito pelo próprio corpo, a maternidade passou a ser vista como opção e não mais como destino (Boris & Cesidio, 2007). Nesse sentido, a escolha pelo momento ideal de experienciar a maternidade ainda é um tema importante para as mulheres e tal decisão vem sendo tomada de forma consciente, a qual destina à mulher a escolha do momento e das condições desejáveis para vivenciá-la (Szapiro & Féres-Carneiro, 2002). Desse modo, a escolha pelo adiamento da maternidade parece ser favorecida pelos avanços da Medicina e pelo desenvolvimento das técnicas de reprodução assistida, que por sua vez permitem à mulher escolher o momento mais oportuno para vivenciar a maternidade (Carvalho, 2014; Schupp, 2006).

1.1 O problema de pesquisa

O interesse pelo tema se deu após ler uma matéria publicada em outubro de 2014, no portal de notícias da *NBC News*, na qual foi relatado que as empresas *Apple* e *Facebook* tornaram pública a decisão de financiar o congelamento de óvulos de suas funcionárias nos Estados Unidos. A reportagem mostrou que as funcionárias que optassem por investir na carreira e adiar a maternidade poderiam ser beneficiadas com o custeio do procedimento (Friedman, 2014; Mendes, 2014).

A leitura desencadeou vários questionamentos, tais como: “o congelamento de óvulos é de fato um benefício para as profissionais?” “Seria uma forma de favorecer um ambiente de menos disparidade entre homens e mulheres?” “Ou poderia ser um tipo de ‘pressão’ sutil para que essas profissionais continuassem trabalhando sem que questões referentes à maternidade ‘atrapalhassem’ sua produtividade?”

A reportagem criticou a posição das empresas, por considerar que tal decisão deveria acontecer no âmbito pessoal e não sofrer interferência do mundo corporativo. Nessa perspectiva, ao ofertarem tal benefício, as empresas poderiam acabar passando uma mensagem de que as mulheres que não desejassem se submeter ao procedimento poderiam ser reconhecidas como descompromissadas (Friedman, 2014; Mendes, 2014).

Corrêa (2001) salienta que atualmente as mulheres possuem autonomia de escolha sobre praticamente todos os aspectos de suas vidas, tais como o casamento, o controle de natalidade, o trabalho, entre outros. No entanto, a configuração biológica da mulher acerca da relação “idade *versus* fertilidade”, até então, continua a ser um fator impreterível (Sociedade Brasileira de Reprodução Humana - SBRH, 2016), havendo a impressão de que quem acerta os ponteiros do relógio biológico de uma mulher, na atualidade, não são as configurações biológicas, mas sim a própria mulher (Corrêa, 2001).

Diante disso, vislumbrou-se a importância do tema nos dias atuais e a necessidade de se aprofundar tornou-se clara ao perceber que as tecnologias de reprodução assistida poderiam ser alternativas utilizadas pelas mulheres dessa nova geração, a fim de lidarem com o crescimento profissional. Começou, então, a emergir um possível problema de pesquisa.

A escolha do momento ideal da carreira para tornar-se mãe é um dos principais dilemas das mulheres na atualidade (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007; Beltrane e Donelli, 2012; Rios-Lima, 2012). Essa escolha por perpassa questões muitas vezes conflitantes para as mulheres, tais como o estágio da trajetória profissional em que se encontra, a estabilidade financeira que possui ou não, o parceiro ideal, a probabilidade de não conseguir conciliar as demandas do trabalho com o papel materno, entre outras (Gomes, Donelli, Piccinini, & Lopes, 2008; Santos, Tanure & Carvalho Neto, 2014).

Assim, a consolidação da mulher no mercado de trabalho trouxe implicações importantes em relação à maternidade (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012). Embora se considere que a visão da empresa em relação ao tema seja importante, o enfoque deste trabalho é compreender apenas a percepção da mulher que vivenciou o procedimento por meio de uma técnica de reprodução assistida, independentemente do posicionamento da empresa.

Diante do exposto, tem-se como pergunta de pesquisa: de que forma as técnicas de reprodução assistida têm se constituído em possíveis alternativas para lidar com os desafios da carreira feminina?

1.2 Justificativa

Nas últimas décadas, o menor interesse pela maternidade e a tendência a postergá-la é um fenômeno notório em todo o mundo (Carvalho, 2014). Nos Estados Unidos, por exemplo, entre os anos de 1996 e 2006 houve aumento de 50% de gestações de mulheres com idade acima de 40 anos (Patrizio & Greenfeld, 2007).

A maternidade a partir dos 35 anos é uma tendência observável em países desenvolvidos e em desenvolvimento (Ribeiro, Ferrari, Sant'Anna, Dalmas, & Giroto, 2014). No Brasil, por exemplo, nota-se crescente número de mulheres que vêm adotando o mesmo comportamento, sobretudo aquelas de classe média a alta e que possuem uma carreira profissional (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007; Carvalho, 2014; Leite & Frota, 2014; Oliveira, 2005).

A Síntese de Indicadores Sociais, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelou que o comportamento das mulheres brasileiras quanto à maternidade tem sofrido modificações, reduzindo significativamente a taxa de fecundidade. Em todas as regiões do país, as mães

decidiram ter menos filhos, o que é perceptível a partir da análise do período entre 2000 e 2015, no qual o número médio de filhos caiu 18,6%, ou seja, de 2,14 filhos nascidos vivos por mulher para 1,74. O IBGE documentou também que a proporção de lares formados por um casal com filhos diminuiu nos últimos 10 anos, pois em 2004 essa configuração era de 51% e em 2014 o percentual caiu para 42,9% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2010).

A pesquisa recente do Ministério da Saúde constatou que a porcentagem de “mães tardias” cresceu na última década, o que comprova os resultados da pesquisa do IBGE. De acordo com o estudo, as brasileiras estão frequentemente optando por postergar a maternidade e escolhendo vivenciá-la com no mínimo 30 anos de idade. Algumas têm esperado até mais para ter o primeiro filho (Brasil, 2014). Segundo a mesma pesquisa, o percentual de mães na faixa etária de 30 anos cresceu na última década de 22,5% em 2000 para 30,2% em 2012. No mesmo período, o número de mulheres com menos de 19 anos que tiveram filhos caiu de 23,5% para 19,3% no mesmo período (Brasil, 2014).

Ainda de acordo com o IBGE (2010), o declínio das taxas de fecundidade em todos os segmentos etários e o adiamento da maternidade, em especial no caso de mulheres com mais escolaridade, são elementos que explicam as reduções dos nascimentos, principalmente entre a população feminina de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos de idade. De acordo com os dados, houve uma evolução do percentual de mulheres que tiveram o primeiro filho na faixa etária de 40 anos, tendo em vista que o percentual cresceu de 1,9% no ano de 2000 para 2,3% no ano de 2010. Desse modo, fica evidenciado que, além de terem menos filhos, as mulheres brasileiras estão decidindo tê-los mais tarde (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007; Brasil, 2014; Gomes *et al.*, 2008; IBGE, 2010; Oliveira, 2005).

Com o intuito de subsidiar este trabalho e de identificar publicações que correlacionassem tais temas, foi realizada ampla pesquisa nas principais bases de dados nacionais que abordam estudos na área das organizações, especificamente no *Scientific Periodicals Electronic Library* (SPELL) e no *site* do principal evento da área da Administração - *Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração* (ANPAD). A pesquisa foi realizada considerando-se um período de 15 anos compreendidos entre 2002 e 2017 e a busca foi feita com as palavras-chave “maternidade”, “carreira feminina”, “fertilização” e “reprodução assistida”.

Foram encontrados trabalhos com enfoque em questões particulares, por exemplo, carreira feminina e empreendedorismo (Andrade; *et al.*, 2013), conflito casa *versus* trabalho (Botelho, Moraes & Cunha, 2008; Carvalho Neto *et al.*, 2010; O'Neil & Bilimoria, 2005); barreiras para o crescimento feminino nas organizações e o fenômeno *Glass Ceiling* (Santos, 2012; Carvalho Neto *et al.*, 2010; Santos *et al.*, 2014). Não foram localizadas publicações nos portais SPELL ou ANPAD relacionadas diretamente ao tema deste trabalho no período pesquisado.

Em uma nova busca, a qual considerou as bases de dados que compreendiam outras áreas além da Administração, como as bases *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Google Scholar* (Google Acadêmico) e o portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), pesquisas sobre família homoparental (Martinez & Barbieri, 2011), adoção (Sonego & Lopes, 2009), maternidade tardia (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007; Gomes, *et al.*, 2008; Lopes, *et al.*, 2014) adiamento da maternidade (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007), infertilidade e reprodução humana (Camargo & Prestes, 2013; Carvalho, 2014; Lanius & Souza, 2010; Leite & Frota, 2014; Ribeiro *et al.* 2014; feminismo e reprodução assistida também foram encontradas (Torres & Adrião, 2014).

Ao final da sondagem realizada por meio das bases de dados não foram encontradas pesquisas no Brasil que abordassem a questão da experiência da procrastinação da maternidade a partir da perspectiva de mulheres saudáveis. Isto é, mulheres que não possuíam problemas de infertilidade e que procrastinaram voluntariamente a maternidade devido às questões relacionadas ao trabalho, para posteriormente vivenciá-la a partir do auxílio das técnicas de reprodução assistida.

Estudos a respeito do trabalho, sobre gênero e sobre carreira feminina receberam significativas contribuições nos últimos anos. No Brasil, porém, os mesmos temas correlacionados à temática de procrastinação da maternidade e de reprodução assistida são carentes de discussão por parte das organizações e, principalmente, no que se refere aos possíveis impactos na vida pessoal e profissional das mulheres que a vivenciam.

Mediante os resultados encontrados, ficou evidenciada uma lacuna teórica a ser preenchida, sobretudo para compreender a temática a partir da perspectiva da Administração, visto que a maior parte dos trabalhos aborda questões a partir do olhar da Psicologia e/ou da Medicina. Isso evidencia o quanto é recente no Brasil o interesse por estudos com este enfoque. A maior parte das pesquisas que se

aproximam desse assunto está pautada em estudos da Medicina e em publicações internacionais.

Diferentemente do Brasil, pesquisas em relação à maternidade em idade avançada e os riscos relacionados a ela, bem como sua relação com as tecnologias de reprodução assistidas, avançam constantemente em diversos países.

Encontram-se estudos principalmente nos Estados Unidos (Cleary-Goldman *et al.* 2005; Viau, Padula, & Eddy, 2002), no Reino Unido (Bell, Campbell, Graham, Penney, Ryan, & Hall, 2001; Jolly, Sebire, Harris, Robinson, & Regan 2000; Maheshwari, Porter, Shetty, & Bhattacharya, 2008; Robb, Alder & Prescott, 2005), no Canadá (Benzeis, Tough, Tofflemire, Frick, Faber & Newburn-Cook, 2007; Joseph, Allen, Dodds, Turner, Scott, & Liston, 2005; Tough, Benzeis, Fraser-Lee & Newburn-Cook, 2007), na Austrália (Carolan, 2007; Carolan & Nelson, 2007), na Suécia (Jacobsson, Ladfors & Milsom, 2004; Zasloff, Schytt, & Waldenström, 2007) e no Peru (Ozalp, Tanir, Sener, Yazan & Keskin, 2003). Assim como no Brasil, grande parte desses estudos possui enfoque na Medicina, o que evidencia a necessidade de discutir o tema no âmbito da Administração.

Pode-se inferir que a maior parte da produção científica sobre o tema investigado é internacional e esse grande interesse, possivelmente, se liga “ao fato de que os países europeus, bem como a Austrália e o Canadá, estarem testemunhando as novas configurações conjugais e familiares há mais tempo que o Brasil” (Biffi & Granato 2017, p.209). A abundância de estudos no contexto internacional, em oposição à incipiente produção brasileira, indica que, apesar de no Brasil haver crescente número de mulheres que estão postergando a maternidade (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007; Oliveira, 2005), o fenômeno da procrastinação voluntária da maternidade ainda é um tema pouco explorado, mas de grande importância. Sendo assim, é notável a necessidade de investigações empíricas no âmbito nacional que discutam o tema.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Compreender os impactos na carreira e na vida pessoal das mulheres que procrastinaram a maternidade e, posteriormente, vivenciaram-na por meio da reprodução assistida.

1.3.2 Objetivos específicos

- a) Compreender os impactos na carreira das mulheres que obtiveram ou não êxito no processo de reprodução assistida.
- b) Compreender os impactos na vida pessoal das mulheres que obtiveram ou não êxito no processo de reprodução assistida.
- c) Compreender quais fatores influenciaram as mulheres na decisão de procrastinar a maternidade e, posteriormente, fazer a opção de vivenciá-la por meio da reprodução assistida.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fim de facilitar a compreensão e subsidiar as discussões propostas neste trabalho, o referencial foi subdividido em tópicos que abordam questões tais como: a construção social histórica em torno do amor materno; os reflexos decorrentes das questões de gênero e da divisão sexual do trabalho na carreira da mulher; questões a respeito do comportamento reprodutivo da mulher contemporânea e as técnicas de reprodução assistida; e, por fim, questões referentes aos impactos biopsicossociais, decorrentes da procrastinação da maternidade.

2.1 Maternidade em transição: do determinismo biológico à liberdade de opção

A maternidade como escolha é um fenômeno contemporâneo, pois até meados do século XX as percepções a respeito de maternidade, de família e de amor maternal não eram as mesmas que se apresentam na atualidade (Scavone 2001). As diferentes formas que as famílias assumem atualmente são reflexos de normas socialmente estabelecidas, mas também dos valores e das práticas em que estas se organizam em um dado contexto histórico. Em vista disso, a família é constituída por relações e arranjos sociais que podem variar historicamente, em que o amor materno que percebemos hoje também se torna fruto de uma evolução social (Ariés, 1978; Braga & Amazonas, 2005).

2.1.1 *A construção social histórica em torno do amor materno*

Entre os séculos XVII e XVIII, a percepção a respeito do amor da mãe aos filhos era bem diferente do modelo atual (Freire, 2008). Para a classe média, por exemplo, a criação dos filhos não estava entre as atribuições das mães (Ariés, 1978). A sociedade daquela época considerava natural que as mães entregassem seus filhos, desde tenra idade, às amas-de-leite para que os criassem e apenas após os cinco anos de idade é que os filhos passavam a se relacionar com as mães (Badinter, 1985).

Consequentemente, a representação da maternidade como se conhece hoje consolidou-se primeiramente na Europa, entre o final do século XVIII e início do século XIX (Badinter, 2011; Berlinck, 2014). No início do século XIX, o modelo

anterior começou a perder forças e um novo arranjo começou a emergir. Naquele contexto, a figura da “*santa-mãezinha*” era propagada pela Igreja Católica e a figura da mãe ganhava mais prestígio e visibilidade social. Nessa conjuntura, as mulheres começaram a aceitar a ideia do amor maternal como uma missão divina e um dever social (Del Priore, 1995). De certa forma, a Igreja fazia com que a mulher internalizasse a maternidade como uma espécie de missão divina. A “*santa-mãezinha*” simbolizava a figura da mulher casada, boa mãe, piedosa, religiosa e atenciosa quanto às demandas do lar e da família. Essas eram as atribuições direcionadas à mulher, “cuja moldura era o cuidado dos filhos, a obediência a Deus e ao marido” (Del Priore, 1995, p. 82).

Logo, a partir desse ideário de “dever divino” e instinto materno, a maternidade ficou envolta em um mito de que era o ápice da realização da mulher. É possível perceber que esse mito, embora ainda permeie o imaginário social, vem perdendo gradativamente as forças na atualidade (Badinter, 2011; Berlinck, 2014).

Foi apenas após a Primeira Guerra Mundial que a ideologia maternalista ganhou mais atenção e foi evoluindo em cada sociedade de forma singular (Braga & Amazonas, 2005). Para algumas correntes, a construção do ideário maternalista encontrou sua justificativa em questões patrióticas, ou seja, a maternidade fazia parte de um projeto modernizador nacionalista que buscava reconstruir a nação (Freire, 2008). Dessa forma, não se tratava apenas de garantir herdeiros ao marido, mas sim cidadãos à Pátria. Para outras correntes, o amor maternal perpassava questões demográficas e sanitárias, ou seja, a proteção e o incentivo à maternidade eram formas de enfrentar o despovoamento (Braga & Amazonas, 2005; Freire, 2008).

Na Europa como um todo, devido ao aumento no índice de mortalidade infantil e à escassez de mão de obra produtiva, essa ideologia transformou a maternidade em valor social (Freire, 2008). Com isso, as mulheres passaram a ser responsáveis pelo cuidado e pela educação dos filhos, para que o bem-estar da criança se efetivasse. A devoção e o cuidado materno surgiram como valores essenciais e propagaram a ideia do amor natural e espontâneo das mulheres por seus filhos (Badinter, 2011; Berlinck, 2014).

No Brasil, principalmente em meados da década de 1920, o fenômeno sofreu forte influência europeia e se apresentou associado às questões de sociabilidade e civilização. Foi por meio do projeto republicano de reorganização da sociedade

brasileira, o qual visava à rejeição da cultura colonial “atrasada”, ao alcance do progresso e à modernidade, que o cuidado com filhos realizado pela própria mãe foi incentivado. Com isso, a figura materna exerceu papel relevante na família brasileira, pois em muitos momentos se constituía em um lugar de refúgio para os filhos que eram alvo do autoritarismo do pai (Corrêa & Aquino, 2015).

Além desse aspecto, para conseguir reorganizar a nação, o Brasil teria de enfrentar outro desafio, sendo ele o combate à mortalidade infantil decorrente das más condições sanitárias (Braga & Amazonas, 2005; Freire, 2008). As provas de amor materno estavam relacionadas à dedicação constante à amamentação, ao cuidado e à higiene (Badinter, 1985). O movimento higienista propagava a ideia de que a figura do médico era fundamental, impondo às famílias uma série de costumes e práticas envolvendo a higiene da criança. Os médicos transmitiam às mães a tarefa de cuidar de forma mais “adequada” e preventiva de aspectos relacionados ao sono, ao banho, ao vestuário, à limpeza do dormitório, enfim, à higiene e à saúde da criança. Era um claro “esforço em demarcar as fronteiras entre as crenças populares e o conhecimento científico” (Freire, 2008, p. 163).

Diante do exposto, a Medicina, por meio da figura do médico, contribuiu para solidificar a valorização da ideologia maternalista, elevando atos maternos do cotidiano a um *status* de mais prestígio e de mais valor social no século XX. A maternidade se revelava, portanto, como a missão primordial da mulher. “Todos concordavam quanto à relevância da maternidade como o principal papel social da mulher e, ao mesmo tempo, sua própria essência, devendo, portanto, ser amparada e protegida” (Freire, 2008, p. 157).

Alguns autores, a partir de uma perspectiva médica, salientam que o amor dos pais para com seus filhos não se dá de forma instantânea, ou seja, não é um sentimento adquirido automaticamente no nascimento da criança. Desse modo, o vínculo deve ser compreendido como um processo contínuo (Brazelton, 1988), pois é um longo caminho que os pais percorrem para estabelecer uma ligação afetiva sólida com seus filhos (Ajuriaguerra & Marcelli, 1991).

Ao se delimitar um breve percurso histórico, faz-se necessário tratar também do tema família, já que ele se relaciona diretamente com a temática mulher e maternidade. Das várias mudanças que ocorreram na sociedade estão as mudanças ligadas à família. Ao longo dos séculos, a família se organizou de diferentes formas e, por isso, pode ser entendida como uma instituição social que vem se

transformando com o passar dos tempos, pelos quais permanece em constante reconstrução e renovação (Corrêa & Aquino, 2015).

É possível perceber que o conceito de família esteve durante muito tempo vinculado a valores oriundos do patriarcado, no qual durante um longo tempo não sofreu modificações, pois naquele contexto era praticamente inconcebível se falar em outros modelos familiares. O poder se concentrava na figura masculina do pai, o qual ocupava o lugar central na família e era considerado figura de grande autoridade. Em contrapartida, a mulher era posta em posição secundária (Lamy, Rocha, Lima & da Silva, 2012). Por consequência, a herança histórica da família patriarcal impactou profundamente na história da mulher em seus mais diversos âmbitos, como o da política, da economia e da sociedade (Corrêa & Aquino, 2015). Entretanto, apesar de na atualidade a sociedade não se comportar totalmente com base nos conceitos anteriores, em que o cuidado aos filhos e à casa eram atribuições dadas às mulheres, enquanto o trabalho remunerado, o sustento e a liderança da família eram considerados, tradicionalmente, responsabilidades masculinas, ainda assim, questões referentes à maternidade ainda impactam a vida das mulheres na contemporaneidade (Lopes *et al.*, 2014).

Logo, “a história nos ensina que o lugar e a valorização da maternidade no âmbito sociocultural modificam-se e variam em função de distintas épocas e contextos, respondendo a interesses econômicos, demográficos, políticos, etc.” (Tubert, 1996, p.104-105). Dessa maneira, na atualidade, as construções em torno do ideário maternal continuam presentes na vida das mulheres. Silveira e Hanashiro (2011) corroboram ao dizer que a concepção de maternidade na contemporaneidade ainda molda a identidade das mulheres, independentemente de terem ou não filhos.

2.1.2 Maternidade na contemporaneidade: uma questão de escolha

A maternidade como escolha é um fenômeno contemporâneo, que foi se consolidando no decorrer do século XX. Acredita-se que, entre outros fatores, os movimentos feministas, o advento da pílula anticoncepcional, as transformações econômicas, os avanços tecnológicos e os novos arranjos familiares constituíram-se em elementos fortemente influenciadores para que a percepção acerca da maternidade rompesse com o determinismo biológico e que o “ser mãe” e o “ser mulher” se estabelecessem de formas distintas (Scavone 2001).

De acordo com Badinter (2011), à medida que é possível escolher pela maternidade ou pela não maternidade, não é mais possível dizer que todas as mulheres têm um “instinto maternal”, ou seja, que buscam a realização pessoal por meio da maternidade. Barbosa e Rocha Coutinho (2007) reforçam que a opção pela não maternidade vem crescendo exponencialmente nos últimos anos. De igual modo, o adiamento da maternidade também vem se tornando comum, principalmente devido ao fato de que na atualidade o desejo por filhos, na maioria das vezes, entra em conflito com outros interesses de vida da mulher, como, por exemplo, o desenvolvimento do intelecto acadêmico e da carreira profissional. De acordo com Mota-Santos e Carvalho Neto (2017), a formação, o trabalho e a família são quesitos importantes para as mulheres contemporâneas.

Nesse sentido, o desejo pela maternidade na contemporaneidade vem sendo avaliado com cautela, principalmente pelas mulheres profissionais. Badinter (2011, p. 31) destaca que “é como se a criança não fosse mais a prioridade das prioridades”. A literatura vem demonstrando que, de maneira geral, as mulheres querem garantir primeiramente a sua independência financeira e, por consequência, demandam mais tempo de estudos, e só após esse período é que o projeto da maternidade ganha atenção.

Ainda de acordo com Badinter (2011, p. 32), o desejo pela maternidade “tem despertado preguiçosamente em torno dos 30 anos e mais energeticamente entre os 35 e 40 anos”. De acordo com a autora, o soar do relógio biológico assombra a mulher com o medo da perda da possibilidade de ser mãe. Esse alerta, por vezes, é o que determina o momento de engravidar, ou seja, para Badinter (2011), muitas vezes é o relógio biológico que tem forçado as mulheres a se decidirem pela maternidade. Assim, as mulheres assumem posição bastante reflexiva diante do projeto da maternidade, por isso as gestações têm sido cada vez mais planejadas. Acredita-se que o fácil acesso aos métodos contraceptivos e a evolução da medicina reprodutiva estejam favorecendo tal planejamento (Carvalho, 2014).

Apesar de a maternidade contemporânea não ser mais relacionada diretamente ao determinismo biológico, contraditoriamente, nota-se tendência crescente pelo retorno do discurso naturalista, no que diz respeito às boas práticas de cuidado com o nascimento e com os filhos (Badinter, 2011; Barbosa & Rocha Coutinho 2007).

Como exemplo, observa-se atualmente o constante estímulo ao parto natural ou humanizado, já incorporado na Europa, e no Brasil fortemente estimulado pelo Ministério da Saúde dos governos federais e estaduais. Nota-se, também, o estímulo ao aleitamento materno, em que as creches e os berçários passam a ser fortemente criticados e desaconselhados para os bebês com menos de um ano. Na contemporaneidade crê-se, então, que para se ter desenvolvimento adequado, a criança necessita de mais apoio da figura materna, ou seja, “a boa mãe é aquela que amamenta, que faz o parto natural e que abdica tempo de trabalho para cuidar do seu filho” (Badinter 2011, p.56).

Embora haja um incentivo à manutenção da mulher no ambiente profissional, bem como exigência por parte da sociedade de que as mulheres estudem e invistam em uma carreira profissional, permanece a expectativa de que um dia elas venham a exercer o papel de mãe (Barbosa & Rocha Coutinho, 2007). É importante destacar que as diferentes percepções e construções em torno do tema maternidade, ainda que variáveis ao longo dos anos, por vezes deixam de considerar que existe uma diversidade de mulheres, assim como uma diversidade de desejos.

Verifica-se, portanto, que não há consenso quanto aos discursos acerca da maternidade e ao modo que as mulheres vivenciam esse processo. “Entende-se que há uma tensão entre o que o meio social, o histórico e o cultural determinam diante da vivência subjetiva de cada mulher a respeito da maternidade”, ou seja, as concepções a respeito do ser mãe e do amor materno foram fortemente marcadas por discursos sociais e científicos de cada época, e a concepção sobre o que é maternidade pode variar de acordo com o momento histórico (Resende, 2017 p. 189).

Assim, pode-se perceber que, no decorrer da história, grandes avanços aconteceram quanto ao amor maternal e à própria estrutura familiar, que contribuíram de forma significativa para que as mulheres de classe média conquistassem autonomia, se inserissem no mercado de trabalho, adquirissem independência financeira e, por fim, direcionassem seus desejos e necessidades para a realização pessoal e profissional (Alves-Silva, Scorsolini-Comin e Santos, 2016; Alzuguir & Nucci, 2015; Corrêa & Aquino, 2015; Zordan, Wagner & Mosmann, 2012).

É possível identificar, também, que a forma como o mercado de trabalho se posiciona na atualidade em relação à divisão sexual de trabalho evidencia a forte

influência em torno das construções do amor maternal e de algum modo tem levado as mulheres a se questionarem se vale ou não a pena se tornarem mães (Mota-Santos, Tanure & Carvalho Neto, 2015). Essas questões são compartilhadas pela maioria das mulheres que iniciam uma carreira profissional e, além disso, nutrem o desejo de se tornarem mães (Corrêa Oliveira, Rigoni de Faria, Castellá Sarriera, Piccinini & Marcelli Trentini, 2011).

2.2 Questões de gênero: reflexos na carreira e na maternidade

Embora as conquistas sejam evidentes ao longo da história sobre a mulher brasileira, ainda assim, na atualidade elas continuam a enfrentar dilemas quanto às temáticas trabalho e maternidade (Hooks, 2014). A forma como o mercado de trabalho se posiciona atualmente em relação à divisão sexual de trabalho tem levado as mulheres a se questionarem se vale ou não a pena se tornarem mães (Santos *et al.*, 2014). Hoje as mulheres vivem um momento histórico de conquista de autonomia e liberdade, porém um momento complexo e contraditório. Muitas se sentem divididas entre o desejo de se afirmar como protagonistas de uma história construída em paridade profissional com os homens e entre o desejo de exercer a maternidade (Maluf & Kahhale, 2012). Dilemas dessa natureza são compartilhados pela maioria das mulheres que iniciam uma carreira profissional e ainda nutrem o desejo de se tornarem mães.

2.2.1 Protagonismos dos movimentos feministas no cenário de trabalho e maternidade da mulher contemporânea

As transformações ocorridas no modo como as mulheres brasileiras que possuem uma carreira profissional e elevada formação educacional pertencentes às classes média e alta se enxergam foram fortemente influenciadas pelos movimentos feministas (Hooks, 2014). As heranças deixadas por esses movimentos modificaram vários aspectos relacionados à vida das mulheres, tais como a sexualidade (Alves & Pitanguy 2017; Costa, 2013; Del Priore, 2011; Facchini *et al.*, 2014), a estrutura familiar (Bertolini, 2002), a divisão sexual do trabalho (Biroli, 2016; Hirata, 2015; Krein & Castro, 2015; Mies, 2016; Scavone, 2001), a maternidade (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Mota-Santos, & Carvalho Neto, 2017), entre outros.

A liberação dos métodos contraceptivos também se constituiu em um dos principais avanços decorrentes dos movimentos feministas. Foi após a introdução da pílula que as mulheres passaram a ter acesso ao prazer sexual sem remorso, tornando possível a dissociação da sexualidade *versus* reprodução (Del Priore, 2011). Desse modo, diversos autores (Alves & Pitanguy 2017; Costa, 2013; Del Priore, 2011; Facchini *et al.*, 2014) concordam que a liberação da pílula se estabeleceu como um marco histórico nas vidas mulheres. Além disso, um leque de possibilidades se abriu e outras grandes mudanças surgiram, tais como a busca por melhor qualificação profissional, bem como a possibilidade do planejamento familiar (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Mota-Santos, & Carvalho Neto, 2017).

De igual modo, o aumento da escolaridade também se mostrou outro fator importante nesse processo de ampliação da autonomia feminina e da ascensão profissional da mulher (Bruschini & Puppini, 2004; Santos Coutinho & Menandro, 2015). Todo esse cenário de mudanças proporcionou às mulheres o alcance de espaços antigamente inatingíveis e abriu possibilidades de saírem dos guetos profissionais e construírem carreiras sólidas. Tendo em vista esse cenário, aos poucos as mulheres constituíram um público cada vez mais representativo no ambiente organizacional e nas demais esferas da sociedade (Andrade *et al.*, 2013).

Desse modo, desde a década de 1960, várias mudanças importantes ocorreram na vida das mulheres brasileiras e atingiram, de maneira significativa, a concepção social de feminilidade, as relações entre sexo e a própria visão da maternidade (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Bruschini, 2000, 2007, 2013; Bruschini & Lombardi, 2001; Bruschini & Puppini, 2004; Bruschini & Ricoldi, 2013; Scavone, 2001).

No final dos anos de 1970 e meados da década de 1980 houve grande incremento da participação feminina no mercado de trabalho, no qual significativo número de mulheres maduras, casadas e com filhos conseguiram emprego e geraram, assim, outro grande desafio em relação ao trabalho feminino, caracterizado pela reformulação da organização familiar. Para que a mulher conquistasse sua autonomia era necessário que a configuração familiar fosse mais igualitária (Vieira & Amaral, 2013), em que as divisões de trabalho levassem “os homens a partilhar com as companheiras tanto as responsabilidades profissionais, quanto as responsabilidades familiares e domésticas” (Bruschini, 1994, p.31).

Foram inúmeras as conquistas ao longo da história sobre a mulher brasileira e hoje elas vivem um momento singular no qual desejam exercer autonomia e liberdade. Ao mesmo tempo em que desejam se afirmar como protagonistas de uma história construída em paridade profissional, por outro lado, sentem a ambivalência quanto ao desejo de exercer a maternidade. Dilemas dessa natureza são vivenciados pela maioria das mulheres que iniciam uma jornada profissional e que de igual modo em algum momento dessa jornada pensam em se tornarem mães (Maluf & Kahhale, 2012).

Loureiro, Costa e Freitas (2012), ao tratarem das mulheres executivas, salientam que essas profissionais enfrentam grandes conflitos por saberem que a escolha pelo mundo corporativo pode lhes trazer de igual modo grandes desafios quanto à vida pessoal e isso inclui a maternidade. Essa realidade não se aplica apenas às mulheres executivas, se aplica também às empreendedoras, às profissionais que exercem cargos gerenciais e de direção (Santos; Carvalho Neto; Caeiro; Versiani & Martins, 2017), bem como às mães trabalhadoras de baixa renda (Bruschini & Ricoldi, 2013). Deste modo, a imagem da mulher, antes frágil e necessitada de proteção, atuando na esfera doméstica e focada no cuidado com os filhos, ganha novos contornos. A mulher atual busca no seu desenvolvimento o poder da realização de suas potencialidades (Maluf & Kahhale, 2012).

Diferentemente do que ocorre aos homens, por vezes, as demandas familiares continuam a se apresentar como um impacto negativo à carreira profissional da mulher. Para o homem, o fato de ter filhos não representa empecilho na vida profissional (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Carvalho Neto; *et al.*, 2010; Santos *et al.*, 2017). Por isso, algumas mulheres tendem a interpretar a maternidade como uma das principais concorrentes à vida profissional. Algumas lidam com essa concorrência fazendo a opção pela não maternidade, pois entendem que a escolha por ter filhos dificulta a sua dedicação às atividades profissionais (Khlif & Achek, 2017). Há ainda aquelas que fazem a escolha pelo adiamento “inconsciente” da maternidade, ou seja, acabam procrastinando até que deixe de ser uma opção viável (Silveira & Hanashiro, 2011).

Nesse sentido, projetos de vida em relação à maternidade têm sido postergados em função de busca por realização profissional (Khlif & Achek, 2017; Lopes; *et al.*; 2014). A maternidade apresenta-se por vezes como um desejo conflitante, pois ao mesmo tempo em que oferece realização pessoal também pode

se apresentar como um empecilho à manutenção e/ou o crescimento profissional da mulher (Chechi Fiorin, Tochetto Oliveira & Garcia Dias, 2014). Esse conflito surge para elevado número de profissionais independentemente da profissão que exerçam. Para muitas, o trabalho, além de ser considerado como fonte de renda, é também fonte de realizações. Desse modo, decisões que possam sacrificar a carreira em benefício da família se tornam um grande dilema (Powell & Greenhaus, 2012).

Assim, percebe-se que a participação feminina no mercado de trabalho vem crescendo rapidamente e as pressões por ampliar a inclusão e o tratamento igualitário são cada vez mais fortes. Elas estão mudando a cultura corporativa, desafiando estereótipos e ampliando suas atuações em ambientes outrora tradicionalmente dominados pelos homens (Gammie & Whiting, 2013; Lameiras, 2013).

2.2.2 Divisão sexual do trabalho: estereótipos e preconceitos envolvendo a maternidade

Apesar das mudanças favoráveis no que diz respeito à participação feminina nas organizações, ainda assim, não é possível dizer que as disparidades foram extintas (Lima, Lima & Tanure, 2009; Santos Coutinho & Menandro, 2015). A maioria das mulheres enfrentou e/ou ainda enfrentam discriminações baseadas em gênero ao longo de suas trajetórias de vida profissional, tais como salários inferiores aos dos homens, dificuldades de ocupar posições de alto escalão, entre outros (Buchheit, Dalton, Harp & Hollingsworth, 2015; Gammie & Whiting, 2013; Goldin, Kerr, Olivetti & Barth, 2017; Lopes *et al.*, 2014).

As diferenças dos rendimentos das mulheres em relação aos homens foram claramente evidenciadas na pesquisa do IBGE (2012), na qual os dados demonstram que o rendimento médio do trabalho feminino em 2011 foi 27,7% menor do que recebiam os homens no mesmo ano. Entre os anos de 2003 e 2011, os percentuais indicaram evolução no rendimento e entre os anos 2009 e 2011, ou seja, por três anos consecutivos, o rendimento feminino manteve a mesma proporção (72,3%) em relação ao rendimento dos homens, conforme a Tabela 1:

Tabela 1 – Rendimento médio das mulheres brasileiras em relação aos homens brasileiros entre 2003 a 2011

| Anos | Mulheres | Homens | % em relação ao Homem |
|------|--------------|--------------|-----------------------|
| 2003 | R\$ 1.076,04 | R\$ 1.519,07 | 70,8% |
| 2004 | R\$ 1.065,90 | R\$ 1.500,46 | 71,0% |
| 2005 | R\$ 1.084,59 | R\$ 1.524,27 | 71,2% |
| 2006 | R\$ 1.122,61 | R\$ 1.509,77 | 74,4% |
| 2007 | R\$ 1.158,89 | R\$ 1.643,43 | 70,5% |
| 2008 | R\$ 1.204,97 | R\$ 1.696,82 | 71,0% |
| 2009 | R\$ 1.259,19 | R\$ 1.741,41 | 72,3% |
| 2010 | R\$ 1.308,06 | R\$ 1.808,39 | 72,3% |
| 2011 | R\$ 1.343,81 | R\$ 1.857,63 | 72,3% |

Fonte: adaptado de IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Mensal de Emprego 2003-2011. *Média das estimativas mensais.

Embora a diferença ainda esteja presente, em 2011 ela diminuiu em relação ao ano de 2003, aumentando 249% o rendimento do trabalho das mulheres, enquanto o dos homens apresentou aumento de 22,3%. De acordo com a pesquisa, a remuneração média feminina ainda é menor do que a masculina em todas as posições, exceto quanto aos empregos informais, pois nesse segmento as mulheres recebem o equivalente a 92% dos rendimentos masculinos.

A discriminação salarial entre mulheres e homens ocorre, muitas vezes, de forma velada (Rocha-Coutinho, 1998), no entanto, além das desigualdades salariais, é possível perceber disparidades quanto às ocupações. De acordo com Pereira (2012) e Bezerra e Ferreira (2017), muitas mulheres acabam por serem relegadas aos “guetos” profissionais, ou seja, a algumas áreas do conhecimento, como artes, humanas, biológicas, saúde, e em atividades de baixíssima remuneração que detêm pouco ou nenhum prestígio social (Bruschini, 2000; Bruschini & Lombardi, 2001; Galeazzi, 2001).

Leone e Teixeira (2016) concordam, ao destacar que a diferença de renda média por sexo não exprime devidamente a desigualdade existente. De acordo com os autores, essas diferenças são bem mais acentuadas quando se controla o nível de escolaridade. Os homens predominam nos tipos de ocupação decorrentes da produção material de bens em que são reduzidos os requisitos de educação formal, enquanto as mulheres se ocupam de outras atividades como, por exemplo, a prestação de serviços, que em média exige requisitos educacionais bem mais elevados, mas os salários oferecidos são semelhantes.

Por um longo período essas disparidades dificultaram significativamente a ascensão das mulheres nas organizações, principalmente na tentativa de alcançar

posições de liderança (Lopes *et al.*, 2014; Maruani & Hirata, 2003; Silveira & Hanashiro, 2011; Santos *et al.*, 2014). Alguns desses obstáculos encontrados pelas mulheres retratam questões de natureza histórica, cultural e social (Lima *et al.*, 2009) que envolvem estereótipos e preconceitos de gênero (Lopes, *et al.*, 2014; Schein, 2007; Maciel, Paula, Zanella & Silva, 2014).

Na pesquisa de Lima *et al.* (2009), os resultados alcançados demonstraram que algumas organizações ainda são regidas sob códigos e valores essencialmente “masculinos”, fazendo com que as mulheres, principalmente as executivas, ainda sofram significativos processos de inserção subalterna, preconceito e discriminação, o que cria barreiras e limita a ascensão feminina em funções destinadas à alta administração. A pesquisa evidenciou, ainda, que algumas mulheres, ao avançarem profissionalmente, sentem-se motivadas a adotarem comportamentos “masculinizados” na tentativa de adaptarem-se aos modelos tradicionalmente masculinos prevaletentes na maioria das organizações.

Essas evidências também aparecem nos trabalhos de Santos (2012) e Carvalho Neto *et al.* (2010), porém, à medida que a mulher consegue transpor as primeiras barreiras e alcançar os níveis hierárquicos superiores nas organizações, a atuação masculinizada tende a se dissipar (Bruschini, 2000; Santos, 2012), uma vez que acontece certa redução dos estereótipos e as relações de gênero se dão de forma menos problemática.

Nas áreas da Ciência Contábil, por exemplo, existem estudos que indicam que existe um processo complexo de socialização interna nesse tipo de segmento que molda as identidades de seus profissionais. Esses processos agem como um mecanismo para excluir as mulheres, impedindo seu progresso e facilitando sua saída das organizações contábeis. Neste estudo surgiram evidências de que as mulheres deixam as empresas de contabilidade na tentativa de obterem mais flexibilidade, menos pressão e melhor equilíbrio entre trabalho e vida pessoal (Gammie & Whiting, 2013).

Outra pesquisa bastante recente, realizada por Khlif & Achek (2017), também fornece uma revisão crítica sobre gênero, abordando a profissão contábil. Nessa pesquisa a contabilidade surge como uma das áreas mais desafiadoras a serem investigadas no futuro quanto às disparidades de gênero. Os autores da pesquisa ponderam que nos Estados Unidos a profissão contábil vem perpetuando as desigualdades. E que a própria história das ciências contábeis mostra que barreiras

à entrada das mulheres na profissão estão sendo superadas; mas os desafios permanecem, pois as organizações contábeis atuam como uma instituição segmentada e há disparidades de gênero em relação a hierarquias de carreira, maternidade, debates de trabalho-vida.

Não é apenas na área das ciências contábeis que as mulheres se deparam com o teto de vidro. Em outras áreas, tais como nas engenharias e nos cargos públicos de alto escalão, elas também enfrentam desafios de ascenderem na carreira (Vaz, 2013). Desse modo, percebe-se que as mulheres continuam enfrentando desafios na busca por melhores posições no mercado de trabalho, embora boa parte desses desafios esteja relacionada não apenas às questões de gênero, mas também às questões estruturais como, por exemplo, a dificuldade encontrada pelas mulheres em contrabalancear demandas de carreira e maternidade (Rocha-Coutinho, 1998; Mota *et al.*, 2015; Vaz, 2013).

Mesmo com a crescente participação da mulher no mercado de trabalho, atualmente a divisão das demandas domésticas continua ocorrendo desproporcionalmente, o que acaba por sobrecarregar a mulher (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Mota-Santos & Carvalho Neto, 2017; Rocha-Coutinho, 2007; Santos, 2012; Vieira & Amaral, 2013). Diversos estudos demonstram que as mudanças ocorridas nas relações de gênero no século XX promulgaram mais aceitação da igualdade entre homem e mulher no contexto profissional. Apesar disso, no âmbito doméstico ainda prevalece o modelo tradicional de divisão das demandas (Araújo & Scalon, 2005; Jablonski, 1998, 2003; Rocha-Coutinho, 2007).

De acordo com Boris e Cesídio (2007), embora a mulher moderna tenha consciência de sua independência e não necessite mais do “consentimento” do homem para pôr em prática seus desejos e/ou projetos de vida, ainda há significativa parcela de mulheres que continuam mantendo certa relação de “dependência” com o homem. Szapiro e Féres-Carneiro (2002) também acreditam que, apesar do movimento crescente de “feminização” da sociedade, tanto no âmbito privado quanto no público, ainda não foram eliminadas as formas sutis de segregação da mulher.

No Brasil, o discurso pós-moderno de ideais igualitários é bem-aceito pela maioria das mulheres das classes média e alta, continuando elas a atuar nos moldes mais tradicionais, no que diz respeito à divisão das tarefas no lar (Jablonski, 2007), ou seja, mesmo trabalhando “fora” elas ainda se sentem responsáveis pelos

afazeres domésticos, pela educação e acompanhamento dos filhos (Carvalho Neto *et al.*, 2010). Algumas tratam o acúmulo de responsabilidade presente na rotina feminina como natural (Santos, 2012).

As divisões desiguais das tarefas trazem dificuldades que vão além do âmbito privado para as mulheres, visto que em uma pesquisa com mulheres executivas, realizada por Santos (2012), ficou evidenciado que esse acúmulo de demanda também desfavorece a mulher no âmbito profissional. Outra pesquisa envolvendo o mesmo público constatou que as demandas familiares, na maioria das vezes, desfavorecem a mulher no que diz respeito às demandas de carreira (Carvalho Neto *et al.*, 2010). De igual modo, Loureiro *et al.*, (2012) salientam que as demandas da vida pública favorecem o adiamento da maternidade, pois são demandas muito intensas.

Por outro lado, essas questões não fazem parte da realidade masculina, pois os homens e tampouco a sociedade não enxergam a paternidade como um empecilho para a ascensão profissional (Gomes *et al.*, 2008; Lopes *et al.*, 2014; Santos *et al.*, 2014). Para o homem, o fato de ter mais filhos não representa carga adicional de trabalho, afinal, raramente é ele quem cuida dos filhos e das demandas do lar (Carvalho Neto *et al.*, 2010). As demandas femininas envolvendo casa, trabalho e formação profissional tendem a impactar a vida pessoal e familiar das mulheres, favorecendo o adiamento da maternidade (Carvalho Neto *et al.*, 2010; Rios-Lima, 2012).

Por isso, é cada vez mais comum que as mulheres interpretem a maternidade como uma concorrente à vida profissional. Entre as mulheres que manifestam tal tendência estão as que ocupam cargos de gerência (Corrêa Oliveira *et al.*, 2011). Essas mulheres lidam das mais diferentes formas com essa questão. Algumas não desistem da maternidade e optam por serem mães, vivenciando concomitantemente uma rotina intensa como profissional. Nesses casos, o que se observa é a tentativa constante de conciliação entre as demandas da vida profissional e da vida pessoal (Carvalho Neto *et al.*, 2010; Silveira & Hanashiro, 2011). Grande parte dessas mulheres necessita da ajuda de uma rede de apoio, em que “terceiros”, isto é, avós, babás e escolas de tempo integral, prestam-lhe auxílio para que elas obtenham êxito na tentativa de conciliação (Dessen & Braz, 2000; Silveira & Hanashiro, 2011).

Também foi evidenciado na pesquisa de Santos (2012) o sentimento de culpa manifestado pelas profissionais que, por não terem disponibilidade de participar de

algumas atividades do cotidiano de seus filhos, tais como levá-los à escola e ajudá-los nas lições de casa, sentem-se mal. Por se sentirem assim, elas não dão conta de terceirizar todas as rotinas, por isso algumas são realizadas por elas próprias, pois simbolicamente elas as atribuem ao papel materno (Arruda & Lima, 2013; Lopes *et al.*, 2014; Santos *et al.*, 2014).

Nesse caso, a escolha é feita levando-se em consideração quais atividades podem ser delegadas e quais devem ser realizadas pessoalmente (Santos, 2012; Silveira & Hanashiro, 2011). Geralmente, a alimentação e o banho são atividades que elas dizem terceirizar mais facilmente, enquanto nas consultas ao médico e nas apresentações na escola tentam se fazerem presentes (Silveira & Hanashiro, 2011).

Outras ainda lidam com essa concorrência fazendo a opção pela não maternidade, pois entendem que a escolha por ter filhos dificulta a sua dedicação às atividades peculiares à posição gerencial, tais como viagens e jornada de trabalho superiores a 10 horas diárias, entre outras. Há, ainda, aquelas que fazem a escolha pelo adiamento “inconsciente” da maternidade, ou seja, acabam procrastinando até que deixe de ser uma opção viável (Silveira & Hanashiro, 2011).

Dessa maneira, tem crescido a tendência entre as mulheres a adiar ou optar pela não maternidade (D’Elia, 2009). Isso já havia sido evidenciado tanto nos estudos de Carvalho Neto *et al.* (2010), quanto nos estudos de Barbosa & Rocha-Coutinho (2007). Embora grande parte das mulheres profissionais se torne mãe em algum momento de sua vida, ainda assim tem crescido a tendência entre elas a adiar ou optar pela não maternidade (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007; 2012).

Nesse sentido, Lopes *et al.* (2014) também defendem que projetos de vida em relação à maternidade têm sido postergados por diversas mulheres, em função de busca por realização profissional, estabilidade financeira, parceiro amoroso ideal e até mesmo amadurecimento emocional. A maioria das mulheres opta por deixar para depois os planos de casar e ter filhos (Carvalho Neto *et al.*, 2010). Conseqüentemente, percebe-se significativa redução no tamanho das famílias devido à diminuição no número de filhos, o que, de acordo com Betiol (2000), contribui para minimizar as disparidades da vida profissional e pessoal das mulheres.

A maternidade ainda é um dilema para as profissionais que desejam trilhar uma carreira profissional promissora, principalmente devido ao fato de serem elas as responsáveis por assumir as atividades domésticas. Mesmo aquelas que terceirizam

os serviços domésticos não estão isentas da administração dessas demandas. Algumas chegam a ter duas a três empregadas (Barbosa & Rocha Coutinho 2007; Carvalho Neto *et al.*, 2010; Santos, 2012; Scavone 2001; Silveira & Hanashiro, 2011).

Neste contexto, Silveira e Hanashiro (2011) salientam que, para as profissionais contemporâneas lidarem com a maternidade envolve uma constante negociação entre as demandas pessoais e as demandas de carreira. Além disso, as mulheres precisam lidar com a própria concepção de maternidade e com as experiências que esta traz. Percebe-se que tal questão reflete não só na vida pessoal da mulher, mas também no ambiente social (Silveira & Hanashiro, 2011).

De acordo com Silveira e Hanashiro (2011), lidar com maternidade é lidar com contradições sociais, bem como com os possíveis prejuízos que a maternidade possa trazer para a imagem profissional da mulher. Desse modo, as mulheres vivem o dilema de “se, por um lado, a mulher se vê como uma profissional muito competente, por outro ela teme em assumir a maternidade” (Lopes *et al.*, 2014 p. 926). A dedicação da mulher para garantir sua inserção no mercado de trabalho é bastante intensa, o investimento em trabalho e em educação continuada, na maioria das vezes, é o centro de sua rotina cotidiana (Lopes *et al.*, 2014).

Nesse sentido, para a manutenção da carreira a mulher constantemente precisa fazer escolhas e/ou negociações entre as demandas profissionais e as demandas pessoais (Hooks, 2014; Mota Santos *et al.*, 2015; Santos *et al.*, 2014). Fato é que muitas mulheres executivas não têm filhos. Na pesquisa de Santos (2012), por exemplo, das poucas executivas que tinham filhos, 83% destas, de acordo com ponto de vista da Medicina, engravidaram dentro de uma faixa etária considerada “tardia”.

Silveira e Hanashiro (2011) destacam que, para muitas mulheres obterem sucesso nas organizações, elas assumem posturas masculinas na tentativa de gerar melhores condições no contexto do trabalho. Carvalho, Resende, Nakagava, Oliveira Cabral, Barbosa & Silva (2012) validam, ao destacar que, o baixo interesse pela maternidade e a tendência a procrastiná-la, bem como a crescente demanda pelas técnicas de reprodução assistida, muito provavelmente é resultante da busca das mulheres por aperfeiçoamento profissional.

Por isso, acredita-se que a escolha pela maternidade tardia, de certa forma, encontra motivação nos avanços da Medicina Reprodutiva, principalmente pelo fato

de as técnicas de reprodução humana possibilitar à mulher programar o momento mais oportuno para vivenciar a gestação (Carvalho, 2014; Schupp, 2006). Essa possibilidade passa a existir para esse público e será discutida a seguir.

2.3 O comportamento reprodutivo da mulher contemporânea

Como já ressaltado, para se manterem em posições favoráveis no mercado de trabalho, além de superarem as tradicionais barreiras envolvendo as questões de gênero, as mulheres precisam lidar com uma constante negociação entre as demandas pessoais e as de carreira (Hooks, 2014). Diante de tal realidade, muitas mulheres estão adiando as gestações para a quarta ou até mesmo para a quinta década de suas vidas. Como houve ampliação da consciência feminina quanto ao direito pelo próprio corpo, a maternidade passou a ser vista como opção e não mais como destino (Boris & Cesídio, 2007). Contudo, o relógio biológico continua a ser um fator complicador para a mulher contemporânea (Carvalho Neto *et al.*, 2010). Por isso, a decisão pela maternidade tardia e até mesmo pela não maternidade vem sendo tomada de forma cada vez mais consciente, ou seja, cabe à mulher escolher o momento e sob em quais condições deseja vivenciar a maternidade (Szapiro & Féres-Carneiro, 2002).

Acredita-se, dessa forma, que o fenômeno da procrastinação da maternidade possa estar atrelado à incorporação da mulher no mercado de trabalho, dada a importância atribuída ao seu desenvolvimento profissional e intelectual na atualidade, bem como à intensa rotina que a mulher profissional experimenta no seu cotidiano. Do mesmo modo, as organizações podem se favorecer desse cenário, principalmente aquelas que compreendem a maternidade como um mitigador do potencial produtivo da mulher. Nessa perspectiva, os avanços da Medicina em reprodução humana emergiram em um momento estratégico, pois possibilita à mulher decidir o momento mais oportuno para vivenciar a maternidade (Carvalho, 2014; Schupp, 2006).

2.3.1 O declínio das taxas de fecundidade

A maternidade, a partir dos 35 anos, é uma tendência observável em países desenvolvidos e em desenvolvimento (Ribeiro *et al.*, 2014). No Brasil nota-se

crescente número de mulheres que vêm adotando o mesmo comportamento, principalmente aquelas de classe média a alta e que possuem uma carreira profissional (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007; Carvalho, 2014; Leite & Frota, 2014; Oliveira, 2005).

De acordo com a Síntese de Indicadores Sociais divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a configuração das famílias e arranjos tem se modificado em razão da dinâmica social. Conseqüentemente, o comportamento reprodutivo das mulheres brasileiras também sofreu alterações. Entre os diversos fatores que provocaram tais mudanças estão: o declínio da fecundidade, o aumento da escolaridade e da inserção das mulheres no mundo do trabalho, a atualização na legislação sobre divórcio, separação, união estável e casamento entre pessoas do mesmo sexo, etc. (IBGE, 2016).

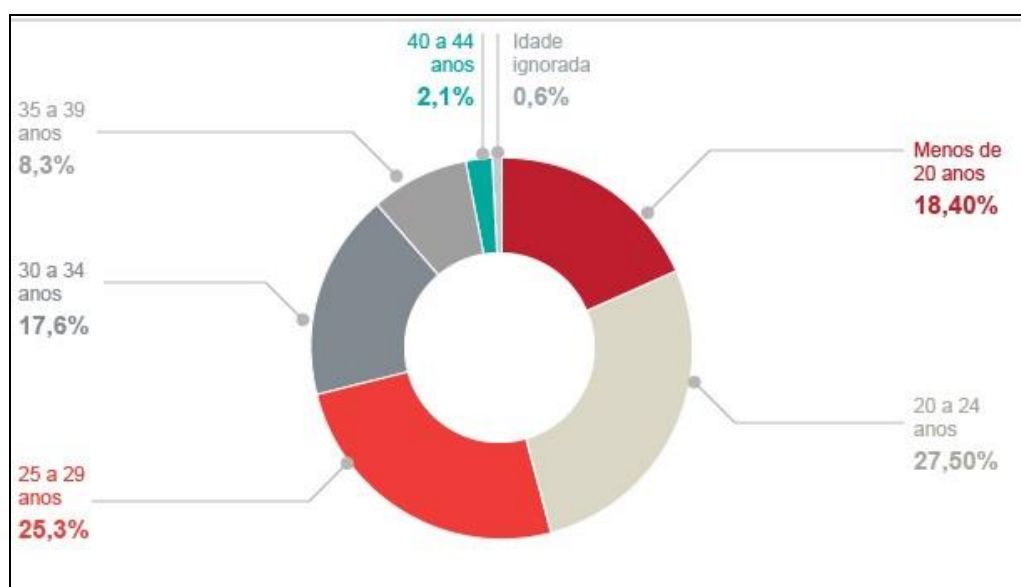
A taxa de fecundidade, por exemplo, decresceu de forma significativa em todo o país. A diminuição das taxas de reprodução e o adiamento da maternidade são uma realidade em todos os segmentos etários, em especial no caso de mulheres com mais instrução. De acordo com os dados divulgados pelo Ministério da Saúde e pelo IBGE, houve evolução do percentual de mulheres que tiveram o primeiro filho na faixa etária de 40 anos. Desse modo, fica evidenciado que o comportamento atual das mulheres brasileiras tende a ser possuir menor número de filhos. Além disso, ficou evidenciado também que elas estão optando por tê-los cada vez mais tarde (Brasil, 2014; Corrêa Oliveira *et al.*, 2011; IBGE, 2016).

Essa realidade já vem sendo apresentada desde a pesquisa do IBGE divulgada em 2010 e corrobora a pesquisa do Ministério da Saúde de 2014. Em síntese, as pesquisas demonstraram que nos últimos anos reduziu-se de forma abrupta a taxa de fecundidade e em todas as regiões do país as mães decidiram ter menos filhos, o que é perceptível a partir da análise do período entre 2000 e 2015, no qual o número médio de filhos caiu 18,6%. As pesquisas destacaram ainda que a configuração familiar que contempla filhos diminuiu nos últimos 10 anos, ou seja, no período de 2004 a 2014 o percentual caiu de 51 para 42,9% (Brasil 2014; IBGE, 2010; 2016).

Desse modo, constata-se que a porcentagem de mães tardias cresceu na última década, de 22,5% em 2000 para 30,2% em 2012, demonstrando que as brasileiras estão optando com frequência por postergar a maternidade e escolhendo vivenciá-la após os 30 anos de idade (Brasil, 2014). Apesar de a faixa etária de

mulheres entre 20 e 24 anos ainda ser a que concentra o maior percentual de nascimentos, a participação desse grupo caiu de 30,8% em 2000 para 27,5% em 2010. No mesmo período também houve redução de 21,7% para 18,4% na proporção de nascimentos entre a faixa etária abaixo dos 20 anos. O percentual de nascimentos de mães com a faixa etária entre 30 e 34 anos passou de 14,4% em 2000 para 17,6% em 2010 e o percentual de nascimentos de mães com a faixa etária entre 35 e 39 anos passou de 6,9% para 8,3% no período, conforme o Gráfico 1:

Gráfico 1 - Proporção de registros de nascimentos em 2010 por grupo de idade das mães



Fonte: adaptado pela autora de IBGE (2010).

No ano de 2010, em Minas Gerais, o volume de registros de nascimentos cujas mães pertenciam ao grupo etário de 30 a 34 anos foi superior ao do grupo de mães pertencentes ao grupo etário abaixo de 20 anos. O mesmo também ocorreu no Espírito Santo e Rio de Janeiro. Já nos estados de São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e no Distrito Federal, as proporções de nascimentos de mães de 25 a 29 anos são maiores que as observadas no segmento etário anterior (20 a 24 anos) e o volume de nascimentos do grupo de mães de 30 a 34 anos foi superior ao verificado entre as mães adolescentes.

Além destes dados surgirem nas pesquisas do IBGE (2010; 2016) e do Ministério da Saúde (Brasil, 2014), aparecem também em pesquisas acadêmicas como, por exemplo, na pesquisa de Santos (2012), em que 48 mulheres executivas

de alto escalão foram ouvidas. Das entrevistadas, 35% não possuíam filhos e das 65% que possuíam filhos 35% tinham apenas um filho. Os dados encontrados na pesquisa revelaram que 69% das executivas tiveram o primeiro filho dentro da faixa etária de 27 a 34 anos e que 14% delas tiveram filhos dentro da faixa etária de 37 a 42 anos (Santos, 2012), ou seja, apenas 17% das executivas não tiveram filhos em idade avançada. Isso evidencia que a mulher brasileira vem fazendo a escolha pela maternidade tardia (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007; Brasil, 2014; Gomes *et al.*, 2008; IBGE, 2010; 2016; Oliveira, 2005).

2.3.2 A escolha voluntária pela maternidade tardia

Escutar o relógio biológico pode ser ainda mais difícil quando os sinais de envelhecimento são reconhecidos mais tarde. Tratamentos estéticos e a preocupação com a boa forma vinculados aos exercícios físicos, aos cuidados com a alimentação e com a saúde podem tornar o “tique-taque” do relógio biológico quase inaudível (Boris & Cesídio, 2007). Além disso, na sociedade contemporânea o corpo é visto como um bem de grande valor, cuja tendência narcisista é uma expressão da própria cultura popular (Nascimento, Próchno & Silva, 2012).

Em consonância com uma série de lutas pelas quais a mulher passou para adquirir liberdade pessoal e profissional, o significado destinado ao seu próprio corpo também sofreu modificações e se constituiu em uma das conquistas femininas das últimas décadas (Ciscon-Evangelista, Leal, Oliveira & Menandro, 2013). “A imagem da feminilidade se traduz num corpo frágil, curvilíneo, magro e bem trabalhado, caminhando no sentido oposto da diversidade corporal, editando uma série de padrões e normas estéticas sobre o corpo” (Kunsler, 2011 p.4). Por isso, a resistência a admitir os limites do corpo é comum entre as mulheres modernas (Boris & Cesídio, 2007; Nascimento *et al.*, 2012).

Desse modo, a percepção acerca da liberdade sobre o próprio corpo acompanhou o processo de transformação sócio-histórico (Boris & Cesídio, 2007). Atualmente, um novo perfil contemporâneo de mulher vem se consolidando. Essas são identificadas por serem mais instruídas, terem menor número de filhos e por formarem sua identidade voltada mais para o trabalho produtivo do que para a maternidade (Betiol, 2000; Mota *et al.*, 2015; Silveira & Hanashiro, 2011).

Nesse sentido, Carvalho (2014, p.1) levanta o questionamento: “as técnicas de reprodução assistida devem ser utilizadas como ferramentas para expressão da liberdade da mulher e de seu controle sobre seu corpo e sua função reprodutiva?” Essa nova realidade vem corroborando para que tanto no Brasil (Corrêa, 2001) quanto no exterior (Lampinen, Vehvilainen-Julkunen & Kankkunen, 2009) as mulheres façam a escolha pela maternidade tardia. Atualmente, a idade entre 40 e 45 anos vem sendo considerada pelas mulheres como uma idade aceitável para se tornarem mães pela primeira vez. A Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida ainda considera a gravidez a partir dos 40 anos uma gestação de alto risco, devido à grande possibilidade de ocasionar danos à saúde e/ou à vida tanto da gestante como do filho (Sociedade Brasileira de Reprodução Humana - SBRH, 2016).

Pesquisas no exterior têm revelado que a maioria das mulheres se considera confortável em adiar a gravidez (Benzies *et al.*, 2006; Kupka, Ferraretti, Mouzon, Erb, D’Hooghe, Castilla & Kreuz-Kinderwunschzentrum, 2014; Lampinen *et al.*, 2009). No Brasil, a procura por tratamentos para engravidar após os 39 anos cresce cada vez mais (Carvalho 2014; Pimentel, Amaral, Batista, Batista & Rosa, 2016; SBRH, 2016). Também são cada vez mais frequentes os recém-nascidos de mães com idade entre 35 e 40 anos. Schupp (2006) salienta que, no que se refere ao conceito de idade avançada no contexto da maternidade, ainda não há consenso por parte dos pesquisadores.

Acredita-se que, entre outras questões, o aumento na demanda por tratamentos que utilizam as técnicas de reprodução assistida esteja atrelado diretamente ao perfil dessa mulher contemporânea. Algumas se casam mais tarde, outras vivenciam novas uniões depois de um divórcio e ainda manifestam o desejo por filhos desse novo relacionamento (Corrêa, 2001). Muitas investem na carreira e, quando se dão conta, o tempo passou e já não lhes permite mais engravidar naturalmente (Carvalho Neto *et al.*, 2010).

Nas pesquisas de Benzies *et al.* (2006) e Tough *et al.* (2007), uma relação estável, educação e desenvolvimento de uma carreira sólida, antes de constituir família, têm se demonstrado como fatores de grande relevância nas decisões das mulheres quanto ao momento ideal para se tornarem mães. Além disso, a segurança financeira e a aptidão de seu parceiro para ser pai também demonstram serem quesitos importantes nessa decisão. Esse fato reforça a percepção de

Scavone (2001) de que atualmente a maternidade possui como “ideal” a busca pela responsabilidade parental amplamente compartilhada.

Além de questões de ordem pessoal há, ainda, outras questões que tendem a influenciar as mulheres na escolha de postergar a maternidade, tais como questões de ordem profissional. Algumas demonstram se preocupar com a estabilidade após a licença-maternidade, outras manifestam preocupação quanto ao tempo de dedicação ao trabalho e aos filhos, bem como à falta de disponibilidade para viagens longas e recorrentes, entre outros (Dambrin & Lambert, 2008; Lima *et al.*, 2009; Mota *et al.*, 2015; Silva, Dal Magro & da Silva, 2016; Souza, Voese & Abbas, 2015; Weber, Santos, Becker & Santos, 2017). Acredita-se que isso ocorra devido a algumas organizações ainda se demonstrarem pouco flexíveis quanto às demandas femininas (Carvalho Neto, *et al.*, 2010).

É comum encontrar profissionais que se submetem às empresas com uma cultura de alto nível de exigências e expectativas, tais como de grande investimento de tempo nas atividades, viagens nacionais e internacionais, longas reuniões, etc. (Carvalho Neto, *et al.*, 2010; Mota, *et al.*, 2015). Embora essas mulheres já tenham vencido as primeiras barreiras quanto à sua inserção no mercado de trabalho, a intensa rotina corporativa acaba favorecendo a vivência da maternidade tardiamente (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007; Lima, *et al.*, 2009).

Scavone (2001) ressalta que um dos aspectos que mais se destacam nas transformações sofridas na percepção das mulheres quanto à maternidade é a tentativa de romper com seu determinismo biológico. De acordo com a autora, essa tentativa de rompimento se deu principalmente devido à separação entre sexualidade e reprodução, na qual as tecnologias contraceptivas favoreceram a desconstrução da imagem mulher-mãe e vêm impulsionando a construção da mulher-autônoma (Badinter, 2011; Barbosa & Rocha Coutinho 2007).

A partir do momento em que a mulher começou a ter consciência dos seus direitos em relação aos seus desejos, às suas atitudes e aos seus impulsos, ela conseguiu estabelecer um perfil de mulher mais ativa social e financeiramente (Barbosa & Rocha Coutinho 2007; Scavone, 2001). Dessa maneira, o desejo da mulher contemporânea não gira mais em torno apenas do lar e da maternidade (Badinter, 2011), posto que, entre o que elas almejam, destacam-se, sobretudo, o bem-estar próprio, a independência, bem como a autonomia de escolha pelo

momento em que se tornarão mães (Borges, Magalhães & Féres-Carneiro 2014; Lopes, *et al.*, 2014; Resende, 2017).

De acordo com Borges *et al.* (2014), entre as expectativas da mulher contemporânea encontra-se, também, a busca pela satisfação afetiva e sexual, o que inclui o desejo de encontrar um parceiro que possua os mesmos ideais, isto é, que haja mutualidade entre o casal. Para algumas mulheres, o parceiro ideal é aquele que respeita a sua individualidade, o seu foco nos estudos e que lhe apoie quanto à carreira profissional. Desse modo, a procura por um parceiro ideal pode adiar o projeto de se ter filhos. Além disso, para elas o tempo de dedicação ao trabalho é tanto que não encontram tempo para encontrar um parceiro (Almeida, 2014; Borges & Magalhães, 2013; Mota, *et al.*, 2015).

Outro fator que se relaciona à escolha pela maternidade tardia é a necessidade da mulher quanto à estabilidade financeira e ao sustento da família. Embora na atualidade ambos os parceiros possam exercer o papel de provedor, existe uma preocupação por parte da mulher quanto ao seu sustento e o da família (Almeida 2014). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), atualmente, as famílias mantidas financeiramente por mulheres subiram de 24% no ano de 2001 para 35% no ano de 2009 (Chechi Fiorin *et al.*, 2014).

Desse modo, mesmo com todas essas mudanças, a mulher ainda é a principal responsável pelas atividades domésticas e pelos cuidados com os filhos, enquanto o homem permanece sendo considerado um ajudante, visto que não assume as responsabilidades e tarefas no lar como a mulher (Chechi Fiorin *et al.*, 2014). Para muitas mulheres, principalmente para aquelas que possuem uma ocupação profissional, esse cenário favorece o adiamento da maternidade (Lima Ciscon-Evangelista *et al.*, 2013; *et al.*, 2009; Mota *et al.*, 2015; Silva *et al.*, 2016; Souza *et al.*, 2015).

Na percepção de Biffi e Granato (2017), a escolha voluntária pela maternidade tardia relaciona-se ao estabelecimento de projetos de vida que visam, preferencialmente, ao desenvolvimento acadêmico, profissional e à independência financeira. Já na percepção de Matias & Fontaine (2013), as mulheres associam a escolha por filhos e as responsabilidades do exercício da maternidade aos problemas financeiros, às dificuldades na educação e às alterações emocionais da gestação, por isso também tendem a postergar.

Cooke, Mills & Lavender, (2010) opinam que embora se falasse em escolha voluntária, ao fazer tal escolha a mulher nem sempre estava suficientemente fundamentada e informada. Pelo contrário, muitas a faziam sem qualquer ciência e acabavam por negligenciar os limites do próprio corpo e também os riscos oriundos de uma gravidez tardia. Por isso, Gauthier & deMontigny (2013) e Roberts, Metcalfe, Jack & Tough (2011) assinalam a importância da inclusão da visão masculina no processo de escolha.

Muitos casais se deparam com as exigências do viver contemporâneo e vivenciam uma experiência paradoxal, cujos modelos antigos coexistem com os novos papéis que passam a fazer parte do cotidiano (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012). De acordo com Silva Neves, Ferreira Dias & Leitão Paravidini (2013), ao mesmo tempo em que se priorizam valores individuais, de autonomia, de liberdade e de desenvolvimento profissional, concomitantemente enfatiza-se a importância da conjugalidade e o desenvolvimento de ideias e projetos em comum. Rios e Gomes (2009) reforçam sobre a importância que a dimensão da escolha por ter ou não filhos assume na vida dos casais contemporâneos. Pontuam, ainda, que essa escolha pode gerar conflitos e angústias quanto aos seus projetos de vida profissional.

Desse modo, embora a dinâmica conjugal pressuponha que a tomada de decisão acerca da formação da futura família seja partilhada entre os parceiros, o que se observa na prática, salvas as exceções, é que pertence às mulheres, predominantemente, o poder de decisão (Scavone, 2001; Testa, Cavalli & Rosina, 2014). Silva Neves *et al.* (2013), destacam que há uma tendência ao acordo entre os parceiros sobre o momento ideal para a gestação acontecer, o que indica um planejamento conjunto. E há ainda a responsabilização da mulher pela contracepção.

Desse modo, verifica-se que o trabalho tem assumido posição central na vida de muitas mulheres, principalmente o trabalho na esfera pública, que para elas significa mais autonomia e liberdade. Mesmo que o trabalho faça parte da construção da identidade da mulher contemporânea, diante da necessidade de se manterem no mercado de trabalho e diante das demandas da tripla rotina, algumas acabam se sentindo sobrecarregadas (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Mota-Santos & Carvalho Neto, 2017; Rocha-Coutinho, 2007; Santos, 2012; Teykal & Rocha-Coutinho, 2007; Vieira & Amaral, 2013).

Nunes (2011), ao falar sobre o ideal da “mulher contemporânea”, salienta que este permanece atrelado à maternidade e, por vezes, esse ideal se apresenta como uma intensa ambivalência devido à dificuldade de conciliar a função materna com as demandas da vida pessoal e também profissional. Esse cenário pode conduzir à opção pela maternidade tardia (Travassos-Rodriguez & Féres-Carneiro, 2013). Rios e Gomes (2009) prelecionam que o fenômeno é recente, especialmente no contexto brasileiro, mas a opção é uma prática cada vez mais constante e carece, ainda, de muitos estudos.

Apesar de todos os avanços, constata-se que as mulheres ainda convivem com os dilemas relacionados à maternidade e, em alguns casos, muitas ainda se sentem culpadas quando optam pela maternidade, pois não conseguem dispensar longas horas aos cuidados aos filhos, pois precisam dar conta das demandas profissionais (Calçada, 2013). Ainda se faz necessário ampliar as discussões e reflexões a respeito da ambivalência materna. As mulheres que estão no mercado de trabalho têm cada vez mais atribuições e responsabilidades.

Em suma, é necessário promover representações menos idealizadas acerca da maternidade, pois a maioria das mães tardias lida, frequentemente, com o estresse decorrente da discrepância entre as expectativas socialmente difundidas e as suas próprias experiências (Travassos-Rodriguez & Féres-Carneiro, 2013). Na tentativa de propor melhorias, Shelton e Johnson (2006) defendem que é recomendável que as gestantes e/ou os pais tardios obtenham ajuda psicológica para lidarem com as dificuldades que advêm dessa escolha, que pode promover sensações de fracasso e impotência, mas também crises individuais e no casamento. A esse respeito, Travassos-Rodriguez & Féres-Carneiro (2013, p. 119) comentam:

Supõe-se que os seguintes aspectos relacionados à transição para a maternidade em uma idade mais avançada merecem destaque: o alto grau de satisfação pessoal e profissional anterior ao nascimento do primeiro filho; as grandes pressões culturais associadas ao sentimento de incapacidade; uma rede de suporte social e familiar mais empobrecida; e uma maior vulnerabilidade sob o ponto de vista biológico nas gestações acima dos 35 anos.

O cenário favorece que, cada vez mais, as mulheres avaliem qual seja de fato o melhor momento para a gravidez acontecer. E, em meio a uma gama de condições, cresce o conflito entre ter filhos nas condições certas e/ou na idade certa para que os objetivos pessoais não deixem de serem alcançados (Thompson;

Lee & Adams, 2013). Muitas mulheres descrevem o momento ideal como aquele em que elas já encontram o parceiro ideal, o qual será um pai participativo e envolvido na criação dos filhos, bem como quando já gozarem de segurança financeira, para que assim possam proporcionar acesso a boas escolas para os filhos.

A satisfação de todas essas condições conduz à escolha pela maternidade tardia. Já as questões biológicas, por sua vez, continuam a ser uma preocupação latente para a mulher contemporânea (Cooke *et al.*, 2010) prelecionam que atualmente, aliada à figura da mulher autônoma, encontra-se a medicina reprodutiva (Pimentel *et al.* 2016), a qual consolida um novo meio de se experienciar a maternidade (Scavone, 2001). Assim, conseqüentemente, as mulheres que ainda nutrem o desejo de terem filhos biológicos e devido à idade não obtiveram êxito na tentativa de engravidar naturalmente, acabam por procurarem as técnicas de reprodução assistida (Schupp, 2006).

2.4 As técnicas de reprodução assistida (TRA)

De acordo com algumas pesquisas (Camargos & Prestes, 2013; Carvalho, 2014; Gradwohl, Osis, & Makuch, 2013; Pimentel *et al.* 2016), vem aumentando consideravelmente no Brasil a procura pelos procedimentos de tecnologia de reprodução assistida (TRA). Acredita-se que um dos fatores que estejam colaborando para que o crescimento dessa procura aconteça seja a dinâmica de vida da mulher contemporânea. Devido às conquistas femininas das últimas décadas, as mulheres são cada vez mais autônomas e por isso não se sentem mais desconfortáveis em vivenciar a maternidade mais tarde (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Benzies *et al.* 2006; Teykal & Rocha-Coutinho, 2007). É possível perceber que com isso são encontradas também algumas dificuldades causadas pelo envelhecimento do corpo em função da perda de alguns componentes biológicos (Portes Vargas, 2012).

Embora muitas mulheres não se sintam mais desconfortáveis em adiar a maternidade, isso não quer dizer que o desejo por filhos não esteja presente. Na realidade, há impasses em decorrência dessa escolha, posto que vários são os motivos pelos quais o adiamento pode acontecer. Por vezes é atribuído às mulheres se casarem mais tarde, ora ao grande investimento na carreira (Carvalho Neto *et al.*, 2010), entre outros. Dessa forma, acredita-se que muitas mulheres que almejam ter

filhos e se deparam com a impossibilidade de concretizar tal sonho pelas vias naturais acabam recorrendo à opção de reprodução assistida (Santos, Ferreira & Costa, 2014).

A reprodução assistida é um conjunto de técnicas utilizadas por médicos especializados, que têm como principal objetivo a busca por meios que viabilizem a gestação em mulheres que por algum motivo encontraram dificuldades de engravidar. Muitas vezes essas dificuldades estão relacionadas à infertilidade do casal ou de seus membros. Assim, a reprodução humana assistida vem possibilitando o sonho de casais que não podem ter filhos pelos métodos naturais (Carvalho, 2014; Pimentel *et al.* 2016).

As diferentes técnicas do conjunto da reprodução assistida podem ser divididas em dois grupos: as mais antigas e as mais recentes, cujas formas de destaque são a inseminação intrauterina, a fertilização *in vitro* (FIV) e a injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI). No Quadro 1 estão as técnicas mais utilizadas:

Quadro 1 - Diferentes técnicas de reprodução humana

| <u>Técnicas</u> | <u>Sigla</u> | <u>Conceitos</u> |
|--|-----------------------|--|
| Inseminação Artificial | <u>IA</u> | Essa é a técnica mais antiga e mais simples - na qual a fecundação se dá dentro do corpo da mulher. Caso os gametas utilizados sejam do próprio casal, dá-se o nome de inseminação HOMÓLOGA. Caso um ou ambos os gametas sejam obtidos a partir de doadores anônimos, dá-se o nome de inseminação HETERÓLOGA. |
| Fertilização <i>in vitro</i> | <u>FIV</u> | Essa é uma das técnicas mais modernas, cuja fecundação se dá fora do corpo da mulher - que passam pelo procedimento de fertilização. Existem diversas variantes dessa técnica, tais como o GIFT, o TV-TEST e o ICSI. |
| Transferência intratubária de gametas | <u>GIFT</u> | Consiste em captar os óvulos da mulher a partir de laparoscopia, exame endoscópico da cavidade abdominal através de uma pequena incisão na parede do abdômen, ao mesmo tempo em que se capta o esperma do marido. Na mesma operação, colocam-se ambos os gametas numa cânula especial, devidamente preparados, introduzindo-os em cada uma das trompas de Falópio, lugar onde se produz naturalmente a fertilização. |
| Injeção intracitoplasmática de espermatozoides | <u>ICSI</u> | Essa talvez seja a técnica mais conhecida popularmente, pois se trata da realização de fertilização <i>in vitro</i> cujo espermatozoide é injetado dentro do óvulo. Essa opção costuma ser adotada quando se sabe, previamente, que o espermatozoide não tem qualquer condição de fertilizar o óvulo por conta própria. |
| Transferência transvaginal intratubária de embriões | <u>TV-TEST</u> | Técnica que transfere por via vaginal um embrião já formado, em estágio pré-nuclear, na altura das tubas uterinas |

Fonte: elaborado pela autora a partir de Machado, M. H. (2003). *Reprodução humana assistida: aspectos éticos e jurídicos*. Juvevê, Paraná: Juruá.

Geralmente, costuma-se pensar que a inseminação artificial e a fertilização *in vitro* são sinônimas, entretanto, embora ambas possuam objetivos semelhantes, caracterizados por tornar viável e possível a gestação, ainda assim existem diferenças quanto ao procedimento em si, às indicações e aos resultados.

2.4.1 A reprodução assistida via inseminação artificial (IA)

Na década de 1930, a inseminação artificial foi introduzida e realizada em uma clínica da Inglaterra, onde a prática, geralmente, era mantida em sigilo e, devido ao menor grau de complexidade, era o procedimento de mais baixo custo. A primeira publicação sobre a prática ocorreu em 1945, no *Journal British Medical* (Pimentel, *et al.*, 2016). A primeira tentativa em humanos ocorreu em meados dos anos de 1970, pois até então os experimentos eram realizados em ratos de laboratórios. O médico inglês John Hunter praticou a inseminação artificial em uma mulher, na qual utilizou os sêmens de seu cônjuge, impossibilitado de procriar em decorrência de uma malformação genética. John não foi reconhecido nem aplaudido, pelo contrário, foi bastante criticado pela sociedade na época (Moura, Souza & Scheffer, 2009).

A IA é uma técnica considerada eficiente e seu uso é recomendado quando os espermatozoides têm dificuldades de locomoção ou o muco que protege a cavidade vaginal de invasores está em uma concentração acima do comum, fazendo com que as células masculinas morram antes de chegar ao óvulo. Nessa situação, o esperma é recolhido e passa por tratamento cujo primeiro passo é uma filtragem dos melhores espermatozoides quanto ao formato e movimentação. Em seguida, eles são injetados no útero da mulher por meio de cateter. Em alguns casos, o tratamento é acompanhado do uso de hormônio folículo estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH).

No homem, o FSH estimula a produção de espermatozoides e o LH age no testículo favorecendo a produção de testosterona (hormônio sexual masculino). Na mulher, o FSH e o LH participam do ciclo menstrual, quando haverá a formação do ovócito e a produção dos hormônios ovarianos estrógeno e progesterona, que preparam o útero para uma possível gravidez. Segundo os especialistas, o uso desses hormônios pode aumentar as chances de a gestação ser gemelar em até 10%. O processo, desde a coleta do esperma até a injeção no corpo da mulher, é

muito rápido, a duração é de aproximadamente 40 minutos. Quando não há a indução de ovulação, as chances de sucesso são de 17%, em contrapartida, quando acontece a indução, a taxa sobe para 30% (Neubourg, Bogaerts, Wyns, Albert, Camus, Candeur & Dhont, 2013). Entre as diversas técnicas de inseminação artificial desenvolvidas no aparelho reprodutor feminino, destacam-se as seguintes:

- a) Inseminação artificial intrauterina - os espermatozoides são depositados diretamente dentro da cavidade uterina;
- b) inseminação artificial intravaginal - o esperma é injetado fresco no fundo da vagina através de uma seringa plástica;
- c) inseminação artificial intracervical - constitui-se no depósito de pequena quantidade de esperma contido em um capilar, no interior no colo do útero. O capilar é retirado do azoto líquido um pouco antes da inseminação e reaquecido rapidamente. O restante do esperma é aplicado através de um "tampão cervical" que é retirado posteriormente;
- d) inseminação artificial intraperitoneal - os espermatozoides são introduzidos diretamente no líquido intraperitoneal através de uma injeção aplicada na cavidade abdominal para que as próprias trompas capturem os espermatozoides fazendo-os seguirem o caminho inverso ao natural, chegando às trompas de Falópio diretamente (Machado, 2003 p. 36).

Em síntese, o processo de IA consiste em estimular o período fértil na mulher, com medicações, análises por ultrassom e colheita do esperma masculino, em que o médico manipula esse material e o coloca dentro do útero da mulher aumentando as chances de êxito da concepção. A inseminação é a mais aconselhada para casais jovens, em que os exames revelam saúde praticamente normal (Corrêa & Loyola, 2015).

2.4.2 A reprodução assistida fertilização *in vitro* (FIV)

Apesar de a inseminação ter sido a técnica precursora, a reprodução humana só começou a ganhar destaque em 1978, em decorrência da fertilização *in vitro* (FIV). Foi na Inglaterra, em 25 de julho de 1978, que nasceu o primeiro bebê fruto da utilização da FIV, cujo nome foi Louise Brown, o primeiro ser humano fruto de uma reprodução *in vitro* (Moura, *et al.*, 2009). O nascimento de Louise Brown culminou em décadas de investigação científica para a Medicina reprodutiva. No mesmo ano, na Índia, outro bebê nasceu pelo mesmo processo. Logo, as pessoas começaram a chamar essas crianças de "bebês de proveta". Em 1981, nasceu o primeiro bebê de tubo de ensaio e o número continuou a aumentar a cada ano. De acordo com a Sociedade Europeia de Reprodução Humana e de Embriologia

(ESHRE), as crianças concebidas pela técnica de fertilização chegaram a 350.000 por ano (Kupka *et al.*, 2014).

Ana Paula Caldeira, nascida em 7 de outubro de 1984, também foi concebida pela mesma técnica e tornou-se o primeiro bebê nascido no Brasil (Moura, *et al.*, 2009). Desde então, uma abundância de avanços na Medicina de reprodução humana tem permitido a inúmeras mulheres a chance de vivenciar a maternidade. Estima-se que já nasceram mais de 2 milhões de crianças em todo o mundo por meio de TRA (Wang & Sauer, 2006).

Entre as técnicas que compõem o conjunto da reprodução assistida destaca-se a FIV. Atualmente, é um dos procedimentos mais utilizados na reprodução assistida para tratamento de diversas causas de infertilidade, tendo em vista que ela possui o mais alto grau de complexidade e o mais alto índice de sucesso entre as técnicas de reprodução assistida (Corrêa, 2001).

Em síntese, a FIV consiste em um processo de fertilização dos gametas realizado em laboratório, em que os espermatozoides, juntamente com os óvulos, são colocados numa cultura especialmente preparada e mantida em condições ideais de temperatura e ambiente que simulam as trompas. Se o processo evoluir favoravelmente, os pré-embriões são transferidos para o útero da mulher, onde irão desenvolver a gestação (Alves & Oliveira, 2014; Salem, 1997).

Além da FIV convencional, existe a técnica conhecida como injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), na qual onde o espermatozoide é injetado no óvulo. Essa opção costuma ser adotada quando se sabe, previamente, que o espermatozoide não tem qualquer condição de fertilizar o óvulo por conta própria. A FIV pode ser realizada utilizando-se óvulos e espermatozoides próprios, óvulos de doadora, espermatozoides de doadores ou embriões doados. A transferência de embriões é feita três a cinco dias após a FIV. O exame de gravidez deve ser realizado entre nove e 12 dias após o procedimento (SBRH, 2016).

O processo da FIV pode ser dividido em três etapas que acontecem em, aproximadamente, 15 dias. A primeira etapa é a da indução da ovulação, cujos ovários são estimulados por medicações administradas por via subcutânea, a fim de que se consiga maior número de óvulos. Durante a indução, é realizado o acompanhamento ultrassonográfico do crescimento dos folículos (que são as bolsinhas que contêm os óvulos e podem ser visibilizadas por meio do ultrassom).

Quando atingirem aproximadamente 18 mm, é sinal de que os óvulos estão maduros e é, então, programada a coleta de óvulos (Alves & Oliveira, 2014).

A segunda etapa é a de coleta de óvulos, pela qual se realiza o procedimento de aspiração dos folículos para captação dos óvulos. A paciente é sedada e uma agulha guiada por ultrassom é introduzida no interior dos ovários, por via vaginal, para que os óvulos sejam captados. O procedimento dura aproximadamente 20 minutos e geralmente recomenda-se que seja executado em um hospital ou em uma clínica que tenha laboratório de reprodução humana preparado para receber o material. Após esse procedimento o espermatozoide é injetado no óvulo e aguarda-se o processo evoluir até que se tenha um embrião (Alves & Oliveira, 2014).

A terceira etapa consiste na transferência embrionária, ou seja, é o momento da transferência de embriões para o interior do útero da mulher. O procedimento é feito entre o segundo e o quinto dias do desenvolvimento embrionário *in vitro*. Também é recomendado que seja realizado em um hospital ou em uma clínica, porém não requer anestesia (Alves & Oliveira, 2014). Segundo a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana - SBRH (2016), as complicações mais comuns do tratamento são a síndrome do hiperestímulo ovariano e a gravidez múltipla.

Embora aconteça com bastante frequência, a síndrome de hiperestimulação ovariana (SHO) está entre as complicações mais temidas pelas mulheres que estão em tratamento de reprodução assistida. A síndrome está relacionada à resposta exagerada dos ovários durante a fase de estímulo ovariano, ou seja, devido às medicações utilizadas para estimular a ovulação o organismo responde de forma exagerada, podendo provocar várias outras complicações como, por exemplo, distúrbios na coagulação e insuficiência renal. Além disso, podem ocorrer casos mais sérios em que o aumento do volume dos ovários causa a torção ovariana e, por consequência, a necrose do ovário (Rocha, 2006).

2.4.3 Técnicas complementares da reprodução assistida (NTRS)

A reprodução assistida pode ser heteróloga ou homóloga. Na reprodução heteróloga, a fertilização ocorre a partir do óvulo da mulher com o espermatozoide de um terceiro, não sendo utilizado o do seu companheiro. Este deve ter conhecimento e deve autorizar a referida técnica. Tendo em vista a autorização do parceiro, ele não

poderá contestar sua paternidade posteriormente, uma vez que não se trata, obviamente, de paternidade biológica, e sim afetiva. Na reprodução homóloga, há a manipulação do material genético da mulher e do seu parceiro, fecundando-se sem relações sexuais. Essa modalidade recebe mais aceitação, em razão de o material genético utilizado ser do próprio casal, sendo apenas manipulado para fecundação e, posteriormente, introduzido novamente na mulher (Alves & Oliveira 2014; Santos, Ferreira... *et al.*, 2014).

Outras técnicas complementares da reprodução assistida são a doação de óvulos, sêmen, embriões; o congelamento de material biológico reprodutivo e de embriões; o diagnóstico genético pré-implantatório, entre outros. O congelamento de embriões está cada vez mais comum e ocorre em detrimento da utilização da FIV. Durante o processo da FIV, o médico pode produzir alto número de embriões a partir dos materiais biológicos, mas somente alguns desses embriões serão implantados no útero materno, pois os demais serão criopreservados, isto é, mantidos congelados para utilização posterior, caso seja necessário (Carvalho, 2014; Corrêa, 2001; Ribeiro *et al.* 2014).

De acordo com a Resolução 1.358/92 do Conselho Federal de Medicina (CFM), os embriões criopreservados não podem ser destruídos ou descartados, devendo permanecer congelados. O destino a ser dado a esses embriões caso ocorra divórcio, doença grave ou morte de um ou ambos os cônjuges, deve ser anunciado previamente por escrito pelo casal. Muitas mulheres demonstram certo desconforto com o destino dos embriões congelados e o assunto ainda é um tabu para a sociedade, mas também um desafio para área do Direito (Corrêa, 2001).

No Brasil, a única possibilidade é a doação voluntária e anônima desses embriões às mulheres estéreis que desejam gerar um filho. A escolha do doador e da receptora do embrião é realizada pelas clínicas de reprodução humana, visando obter mais semelhança fenotípica possível entre a futura mãe e a criança a ser gerada (Alves & Oliveira, 2014; Santos, Ferreira... *et al.*, 2014). Em outros países, os embriões congelados, passado o prazo legal preestabelecido, podem ser utilizados para pesquisa médica (Neubourg *et al.*, 2013). Na Inglaterra, as pesquisas médicas permitidas são aquelas que venham a promover avanços no tratamento da infertilidade, bem como o desenvolvimento de novas técnicas contraceptivas e o aumento do conhecimento de doenças congênitas ou a detecção de anormalidades

genéticas no embrião antes da implantação (Kupka *et al.*, 2014). Também é permitido o uso desses embriões para a obtenção de células-tronco (Corrêa, 2001).

A clonagem terapêutica de células embrionárias é permitida em países como Alemanha e Estados Unidos da América (EUA). Em ambos, o limite máximo permitido para o desenvolvimento do embrião *in vitro* é de 14 dias, sendo permitido em casos especiais o desenvolvimento do embrião até o limite de 18 dias. A clonagem dita terapêutica – aquela voltada para a produção de células-tronco embrionárias para utilização em pesquisa – não visa, em hipótese alguma, à obtenção de seres humanos inteiros. Esses procedimentos, isto é, inseminações artificiais, fertilizações *in vitro*, doações de óvulos e/ou de sêmens e embriões, são apresentados em grande parte da literatura brasileira como “novas tecnologias reprodutivas” (NTRs) (Corrêa, 2001).

As chances de fertilidade de uma mulher estão diretamente relacionadas à idade, por isso, as NTRs são tratamentos indicados para casos de perda da fertilidade decorrentes da idade avançada (Carvalho, 2014; Corrêa, 2001; Ribeiro *et al.* 2014). O que se percebe na atualidade é que não são apenas as mulheres inférteis que estão se beneficiando com essas técnicas, incluindo-se nesse público os casais homossexuais, mulheres solteiras e até mesmo as mulheres que precisam dilatar ao máximo o *timing* do relógio biológico (Diniz & Costa, 2006; Camargos & Prestes, 2013; Carvalho, 2014; Pimentel *et al.* 2016).

A maior parte dessas mulheres tem ciência de que após os 35 anos a sua capacidade reprodutiva diminui e, por isso, muitas se afligem frente a essa realidade. O congelamento de óvulos tem mostrado uma possível saída ou um meio de minimizar essa angústia (Corrêa, 2001). Como mencionado, nem sempre o parceiro ideal surge no momento que essas mulheres desejam (Carvalho Neto *et al.*, 2010). Tais questões posteriormente podem levá-las a procurarem por procedimentos da reprodução assistida (Leite & Frota, 2014).

Caso em um futuro próximo essa mulher encontre o parceiro, ela poderá tentar a gravidez naturalmente, podendo doar óvulos que foram anteriormente congelados, para a constituição da sua família. Se esse homem surgir numa idade mais avançada, quando estiver próxima a menopausa, os óvulos congelados no passado poderão ser fertilizados e darão mais chance de gestação além do baixo índice de abortamento e malformação, se comparados com um tratamento feito em idade mais avançada (SBRH, 2016).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, a saúde das gestantes é a principal preocupação dos médicos nos casos de gravidez tardia. Por isso, o Conselho Federal de Medicina fornece orientações por meio da Resolução nº 2.013/2013, que prevê: “qualquer mulher a partir dos 40 anos sofre risco maior de desenvolver diabetes e hipertensão na gravidez ou de ter parto prematuro”. Apesar disso, o Conselho Federal de Medicina fixou em 50 anos a idade-limite para que mulheres se submetam aos tratamentos de fertilidade (SBRH, 2016). Como a fertilização *in vitro* pode atingir mais chance de gravidez para a maioria dos casos, a técnica é considerada tratamento eficaz. É preciso salientar que o sucesso decorrente da sua utilização está fortemente relacionado à idade, bem como o risco elevado de intercorrências (Neubourg *et al.*, 2013).

Cerca de 20% das gestações resultantes da fertilização *in vitro* são gestações múltiplas, com riscos e complicações associados a um cenário estressor para muitas mulheres (Rouchou, 2013). Gradwohl *et al.* (2013), ao avaliarem o nível de estresse de homens e mulheres que buscavam o tratamento para infertilidade, observaram que os 202 participantes, ou seja, 101 homens e 101 mulheres, de modo geral apresentaram alto nível de estresse. Para Cserepes, Kollár, Sápy, Wischmann & Bugán (2013), o apoio psicossocial é importante e deve ser diferenciado para homens e mulheres, pois a mulher sofre mais com os sintomas do estresse.

Ao longo do processo de reprodução assistida, a mulher se depara com muitas incertezas quanto ao resultado final, mas também em relação aos riscos para a própria saúde e a saúde da futura criança. Esse cenário de insegurança favorece o surgimento de sentimentos como medo, ansiedade e, em alguns casos, frustração (Gradwohl *et al.*, 2013). Quando se fala de mulheres de baixa renda e que necessitam recorrer ao Sistema Único de Saúde (SUS), o estresse ainda é maior, porque o acesso a esse tipo de tratamento pode ser bem difícil. Além disso, são poucos os serviços públicos que disponibilizam todas as técnicas de reprodução assistida (TRA) de maneira totalmente gratuita. Esse conjunto de situações somado à dificuldade em engravidar pode provocar estresse, o que afeta consideravelmente a qualidade de vida da mulher que enfrenta esse problema (Gradwohl *et al.*, 2013).

Outro fator interessante revelado pela pesquisa de Gradwohl *et al.* (2013) foi que se associaram a níveis mais elevados de estresses as mulheres que se sentem pressionadas por pessoas que sabiam sobre a dificuldade em engravidar e/ou, em

face de sua incapacidade de ter filhos, sentem-se responsáveis por expectativas não atendidas e decepções de outros membros da família.

2.5 Os impactos biopsicossociais decorrentes da procrastinação da maternidade

Os impactos econômicos e biopsicossociais decorrentes da procrastinação da maternidade ainda carecem de reflexão (Ramírez-Gálvez, 2003). O cenário ainda é pouco conhecido, tanto relacionado às mulheres que a vivenciam quanto às crianças geradas por elas (Caplan & Patrizio, 2010). Ainda que as novas tecnologias reprodutivas sejam utilizadas em defesa da autonomia da mulher e apesar de serem realizadas com o consentimento da mesma, há que se observar que inúmeros são os pontos de reflexão que surgem de sua utilização (Carvalho, 2014; Corrêa, 2001; Diniz & Costa, 2006).

A gravidez tardia obtém dos profissionais de saúde mais atenção, dada a possibilidade de complicações para a mulher, para o feto e, posteriormente, para o recém-nascido. Ao mesmo tempo em que gera grandes esperanças, possibilitando a conquista da desejada gravidez, o tratamento mobiliza fortes reações emocionais, o que também justifica o grande interesse da área da Psicologia pelo tema e seus desdobramentos. A área de Administração interessa-se, do mesmo modo, devido ao aumento significativo de mulheres que estão construindo suas trajetórias de carreira profissional e que estão se constituindo em um público cada vez mais representativo no ambiente organizacional (Andrade, 2012).

A forma como a mulher lida com as questões de carreira vem se reconfigurando ao longo do tempo e em linha das transformações contemporâneas nos âmbitos sociais, políticos e econômicos, uma vez que é de grande necessidade investigar os impactos biopsicossociais da maternidade tardia no contexto de carreira feminina. Na percepção de Andrade (2012), gestores e profissionais de recursos humanos precisam repensar continuamente suas posturas, suas políticas e práticas para redefinir o espaço nas organizações com vistas a atender a dinâmica do novo cenário de carreira feminina.

Segundo Lopes *et al.* (2014, p. 918), “a mulher atual tem assumido uma série de papéis que antes se referiam prioritariamente aos homens. Tal fato trouxe mudanças não apenas para a rotina da mulher contemporânea, mas também para

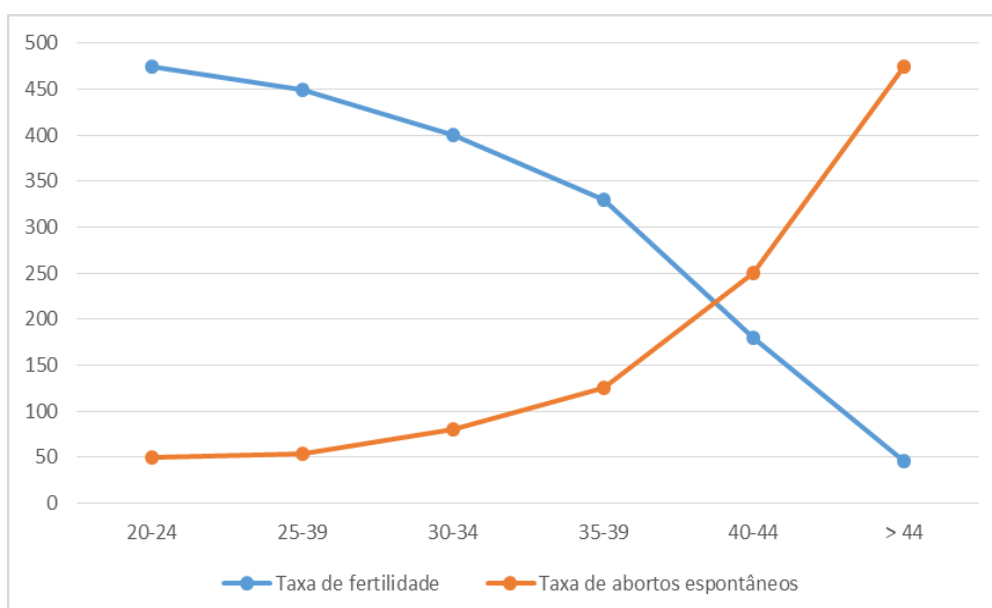
seus projetos de vida e suas conseqüentes escolhas”. Souza, Teixeira, Loreto & Bartolomeu (2011) advertem que os projetos de vida em relação à maternidade têm sido preteridos e postergados em função de atividades de ordem profissional. Apesar de as mulheres usufruírem da opção de adiar a maternidade, ainda estão sujeitas às dificuldades causadas pelo envelhecimento (Carvalho, 2014; Corrêa, 2001; Portes Vargas, 2012).

De acordo com Carvalho *et al.* (2012), entre outros fatores, o declínio natural da fertilidade pode ser atribuído a vários fatores decorrentes do avanço da idade, tais como:

- a) Frequência e eficiência da ovulação e, conseqüentemente, a diminuição da qualidade dos óvulos e da função sexual;
- b) aparecimento de doenças uterinas, endometriose, fatores genéticos, tabagismo e infecções.

O Gráfico 2 apresentado a seguir trata das taxas de fertilidade e abortos em função da idade materna, a fim de demonstrar as barreiras enfrentadas pelas mulheres em relação à maternidade e ao relógio biológico.

Gráfico 2 - Taxas de fertilidade e aborto espontâneo em funções da idade materna



Fonte: adaptado pela autora a partir de Heffner, L. J. (2004). Advanced maternal age: how old is too old? *New England Journal of Medicine*, 351(19), 1927-1929.

Desse modo, aumentar a idade materna está altamente associado a desfechos adversos. Mulheres com idades entre 35 e 39 anos, por exemplo, apresentaram elevado risco de macrossomia e de parto prematuro. Apresentam riscos também de terem um recém-nascido de baixo peso e, até mesmo, de terem um natimorto (Caplan & Patrizio, 2010; Cleary-Goldman *et al.* 2005; Luke & Brown, 2007; Ribeiro *et al.* 2014). Isto é, há consideráveis chances de que a gestante desenvolva doenças potencialmente nocivas à gravidez simplesmente devido à idade avançada (Caplan & Patrizio, 2010).

Assim, quanto maior a idade da mulher, maior é a probabilidade de surgimento de anomalias cromossômicas, diabetes gestacional, abortos, entre outras complicações (Cleary-Goldman *et al.* 2005). A Tabela 2 demonstra os riscos de as crianças nascerem com síndrome de Down e/ou outras anormalidades genéticas, em função da idade da mãe no momento da gestação:

Tabela 2 - Risco de síndrome de Down e anormalidades cromossômicas de acordo com a idade materna

| Idade materna | Risco de Síndrome de Down | Risco de qualquer anormalidade cromossomal |
|----------------------|----------------------------------|---|
| 20 anos | 1/1667 | 1/526 |
| 25 anos | 1/1200 | 1/476 |
| 30 anos | 1/952 | 1/385 |
| 35 anos | 1/378 | 1/192 |
| 40 anos | 1/106 | 1/66 |
| 45 anos | 1/30 | 1/21 |

Fonte: adaptado pela autora a partir de Heffner, L. J. (2004). Advanced maternal age: how old is too old? *New England Journal of Medicine*, 351(19), 1927-1929.

A Medicina mostra que significativa parcela das candidatas à maternidade tardia será infértil quando desejarem gestar, uma vez que, tanto a quantidade quanto a qualidade dos óvulos produzidos pelas mulheres estão diretamente relacionadas à idade, ou seja, quanto maior a idade da mulher, menores serão as chances de engravidar naturalmente (Carvalho *et al.* 2012). Portanto, é preciso considerar os demais efeitos biopsicossociais da gravidez em idade avançada (Caplan & Patrizio, 2010).

Lampinen *et al.* (2009) abordam o pouco conhecimento das mulheres sobre os riscos da gravidez em idade avançada. Acredita-se que muitas das que fazem tal opção não têm conhecimento amplo ou até mesmo desconhecem os riscos que correm ao procrastinar a gravidez. Benzies *et al.* (2006) e Tough *et al.* (2007),

também alertam para a pouca base de conhecimento dessas mulheres para a tomada de decisões sobre o momento ideal para vivenciar a maternidade.

Os estudos encontrados revelaram que as mulheres que têm conhecimento do declínio da fecundidade em relação à idade, colocam suas expectativas na ajuda das tecnologias de reprodução, apesar de saberem que o risco de dar à luz a crianças com síndrome de Down nas gestações tardias são maiores, assim como risco mais elevado de aborto espontâneo e eclampsia (Benzies *et al.* 2006; Maheshwari *et al.*, 2008; Tough, *et al.*, 2007).

A maternidade pode suscitar vários problemas, não apenas médicos, posto que há a questão do estresse elevado decorrente do procedimento, há o temor de que os filhos das mães tardias fiquem órfãos cedo demais ou de que tenham de lidar com a saúde debilitada dos pais numa idade em que não deveriam ter esse tipo de preocupação (Corrêa, 2001; Leite & Frota, 2014; Wheatley, 2012, 2017). Além destes, com a confirmação da gravidez vários fatores também podem angustiar a futura mãe, tais como problemas emocionais e sentimentos antagônicos, que variam de extrema felicidade a arrependimento e raiva (Chechi Fiorin *et al.*, 2014; Irvin, Klaus, Klaus & Kennell, 1992; Wheatley, 2012, 2017).

O desejo de ser mãe e a disposição em assumir tal papel absorverá grande parte do tempo e da energia psíquica da gestante (Brazelton, 1988). Por isso, não se pode tratar a maternidade tardia como um evento isolado na vida de uma mulher. O contexto em que essa futura mãe está inserida, ou seja, o quadro social, econômico e cultural, influencia diretamente a forma como ela irá vivenciar esse momento em sua vida (Winnicott, 1996).

3 METODOLOGIA

Neste capítulo serão descritas as questões metodológicas que nortearam a elaboração desta pesquisa. Inicialmente, serão abordadas questões referentes à estratégia qualitativa para o estudo de caso, método escolhido para realização da pesquisa. Posteriormente, será apresentada a estratégia de coleta de dados que se deu por meio do uso de um roteiro de entrevista semiestruturada. Será registrada a análise de dados baseada na análise de estudo de conteúdo.

3.1 Estratégia e método de pesquisa

A definição dos objetivos apresentados no início deste trabalho conduziu à escolha de uma estratégia de pesquisa qualitativa, a qual foi considerada a mais adequada à proposta deste estudo. Tudo isso com o intuito de compreender os impactos na vida das mulheres que procrastinaram a maternidade e, posteriormente, vivenciaram-na por meio da reprodução assistida, mas também por ser uma abordagem que favorece a compreensão de como os indivíduos constroem seus significados (Godoy, 1995).

A principal característica da pesquisa qualitativa é a análise de dados não métricos, em que pequenas amostras proporcionam percepções e compreensões acerca do contexto problematizado (Berry, Zeithaml & Malhotra, 2001). Além disso, a abordagem foi considerada coerente com o objetivo exposto devido ao fato de que na pesquisa qualitativa os fenômenos são compreendidos a partir das perspectivas dos participantes entrevistados. Segundo Godoy (1995, p. 35), a abordagem visa “à ampla compreensão do fenômeno que está sendo estudado, posto que o ambiente e as pessoas nele inseridos precisam ser olhados holisticamente, não sendo reduzidos a variáveis, mas observados como um todo”.

A abordagem fornece uma narrativa da visão dos indivíduos, a qual propicia ênfase aos detalhes situacionais e permite boa descrição dos processos. A análise de avaliações, de sentimentos e de percepções das pessoas entrevistadas permite a coleta de informações mais detalhadas que objetivam responder ao objeto do estudo em questão (Gil, 1987). Por isso, acredita-se que a temática, a partir da percepção das próprias mulheres participantes da pesquisa, favorecerá a compreensão de

como se deu a experiência vivenciada por elas e quais foram os impactos causados em suas vidas no âmbito pessoal e profissional (Godoy, 1995).

De acordo com Gil (2008), qualquer classificação de pesquisa deve seguir algum critério que estenda a definição do caráter da pesquisa, os quais podem ser descritivos, explicativos e/ou exploratórios. Por se tratar de um tema pouco explorado, o caráter da pesquisa tem foco exploratório, cujo objetivo requer a familiarização com um assunto ainda pouco conhecido e/ou pouco explorado (Gil, 2008).

Considerando que não foram encontrados trabalhos na área da Administração que tratem do fenômeno emergente: “mulheres que postergaram a maternidade voluntariamente e, posteriormente, recorreram às técnicas de reprodução assistida”, justifica-se o caráter exploratório da pesquisa. A natureza exploratória se apresenta, também, na busca pela compreensão de um fenômeno cada vez mais presente na contemporaneidade: “a maternidade tardia”, em que ao procurar essa compreensão, espera-se identificar quais as principais questões pessoais e profissionais têm levado as mulheres a optarem pelo adiamento voluntário da maternidade e à crescente demanda destas pelas técnicas de reprodução assistida.

Dessa maneira, a partir dos objetivos propostos, optou-se por utilizar o método de estudo de caso como instrumento da pesquisa qualitativa. Esse método foi considerado o mais adequado, pois favorece a análise mais profunda da situação que se pretende investigar (Gil, 2008). Na pesquisa acadêmica em Administração de Empresas, o estudo de caso tem sido bastante divulgado e utilizado. Segundo Yin (2005), o estudo de caso investiga os fenômenos contemporâneos dentro de seu âmbito e em situações em que as evidências não estão claramente estabelecidas. De acordo com Godoy (1995, p. 25):

O estudo de caso tem se tornado a estratégia preferida quando os pesquisadores procuram responder às questões "como" e "por que" certos fenômenos ocorrem, quando há pouca possibilidade de controle sobre os eventos estudados e quando o foco de interesse é sobre fenômenos atuais, que só poderão ser analisados dentro de algum contexto de vida real. Adotando um enfoque exploratório e descritivo, o pesquisador que pretende desenvolver um estudo de caso deverá estar aberto às suas descobertas.

Desse modo, por meio do estudo de caso buscou-se, esclarecer questões referentes aos fatores que contribuíram para que as mulheres fizessem a escolha voluntária de postergar a maternidade, como o processo ocorreu e como elas

lidaram com tais questões. O interesse consistia na verificação de como esse fenômeno se manifesta nas interações e atividades diárias dessas mulheres, sejam elas pessoais e/ou profissionais. Em suma, a pesquisa buscou aprofundar sobre a temática, por consequência, apresentar novas propostas e, até mesmo, construir hipóteses.

3.2 Sujeitos de pesquisa

A unidade de análise foi constituída por 26 mulheres que se submeteram às técnicas de reprodução assistida em idade superior a 30 anos e que obtiveram, em algum momento de suas vidas, uma trajetória de vida profissional. As mulheres participantes possuíam idades entre 30 e 50 anos. Todas concordaram com os objetivos e os termos da pesquisa.

As perguntas feitas a elas foram em relação às suas trajetórias de vida pessoal e profissional, bem como em relação aos motivos pelos quais elas fizeram a escolha de procrastinar a maternidade e posteriormente procurar o auxílio das técnicas de reprodução assistida. Foram realizadas ainda perguntas em relação à vivência da maternidade por meio da reprodução assistida. Foram ouvidas tanto as mulheres que obtiveram êxito no processo de reprodução assistida, quanto aquelas que não conseguiram êxito.

3.3 Estratégias de coleta de dados

A técnica de coleta de dados utilizada para a construção do *corpus* de pesquisa foi a entrevista semiestruturada. A escolha se deu tendo em vista que esta pesquisa demanda a necessidade de aprofundar-se em aspectos relacionados aos impactos causados na carreira e na vida pessoal das mulheres que postergaram a maternidade e, posteriormente, vivenciaram-na por meio do auxílio das técnicas de reprodução assistida.

Cabe ressaltar que outros aspectos foram analisados para essa escolha em relação à estratégia de coleta de dados, os quais propiciaram algumas vantagens para o trabalho em questão. Um exemplo disso é a temática gravidez tardia no cenário das novas técnicas de reprodução assistida, visto que é um assunto de foro íntimo e acreditava-se que por meio da entrevista seria possível obter informações

relevantes, assim como obter explicações ou razões a respeito de situações precedentes (Denzin, Lincoln & Giardina, 2000).

Dessa forma, além de ser uma das técnicas mais utilizadas, é uma das mais importantes fontes de informações para um estudo de caso (Yin, 2005). Por se tratar de estudo de um fenômeno contemporâneo e os limites entre o fenômeno e o contexto ainda não estarem claramente evidentes (Yin, 2005), o método é bastante relevante na procura por entender a maternidade a partir da visão das mulheres que se submeteram às técnicas de reprodução assistida, incluindo aquelas que não obtiveram resultado satisfatório.

Um princípio metodológico adotado no estudo, importante para qualquer pesquisa baseada na tentativa de descrever a visão de mundo de outra pessoa, foi o isolamento e o distanciamento do pesquisador de suas próprias pressuposições em relação ao fenômeno estudado (Gil, 1999).

Foi identificado que algumas questões poderiam ser dificultadores para a mulher no momento da entrevista. Entre eles destaca-se o desconforto emocional e psicológico, pois, como já mencionado, a temática considera questões por meio das quais as entrevistadas poderiam reviver situações dolorosas e, portanto, desconfortáveis. Com isso, houve a necessidade de preparar o ambiente da melhor forma para que a mulher se sentisse confortável em compartilhar sua história ao ser entrevistada.

A seleção dos principais temas a serem tratados durante a coleta de dados surgiu a partir do aporte teórico prévio já desenvolvido. O mesmo serviu como instrumento norteador do passo seguinte, ou seja, a elaboração do roteiro de entrevista. Tal roteiro foi elaborado a partir do objetivo geral, dos objetivos específicos apresentados na introdução e também do aporte teórico, com o propósito de responder à pergunta central desta pesquisa: “de que forma as técnicas de reprodução assistida têm se constituído em possíveis alternativas para lidar com os desafios da carreira feminina?”

A primeira parte do roteiro contemplou questões situacionais e introdutórias, pretendendo conhecer a entrevistada, ou seja, quem ela é e o que ela faz. A segunda foi construída visando compreender as motivações que direcionaram a escolha pelo adiamento da maternidade e pela reprodução assistida. Com o terceiro momento, obteve-se o relato da entrevistada quanto à própria percepção dos impactos que essa escolha causou em sua vida pessoal e profissional.

Em relação ao número de entrevistas, Godoi e Mattos (2006) asseveram que na pesquisa qualitativa não é adequado que o investigador determine previamente a quantidade de entrevistas, pois de acordo com o desenvolvimento do trabalho esse número poderá ou não ser ampliado. Duarte (2002) acrescenta que a pesquisa qualitativa dificilmente estabelece previamente a quantidade de participantes, pois enquanto estiverem aparecendo dados originais as entrevistas deverão continuar. Por isso, o critério de saturação foi selecionado para a interrupção de novas entrevistas em virtude dos dados apresentarem certa regularidade, redundância ou repetição (Fontanella, Ricas & Turato, 2008).

Inicialmente, as primeiras respondentes foram contatadas por acessibilidade. A fim de dar continuidade ao estudo, uma vez que os assuntos nele tratados são de foro íntimo, optou-se por utilizar a técnica *snowball sampling*, conhecida no Brasil como técnica “bola-de-neve”. Nessa técnica, os primeiros participantes da pesquisa indicam novos participantes que possuem o mesmo perfil pesquisado (Baldin & Munhoz, 2011).

Sabe-se que muitas mulheres não tornam público que o processo de sua gravidez tenha acontecido com o auxílio das técnicas de reprodução assistida. Desse modo, a técnica favoreceu a pesquisa, pois de acordo com Baldin e Munhoz (2011), ela facilita a identificação da população que se pretende pesquisar. Assim, à medida que as participantes foram indicando outras, a amostra tomou forma suficiente para concluir a pesquisa. Com o objetivo de testar a eficácia do roteiro de entrevista, foi criado um roteiro prévio (Anexo A) que, de acordo com Yin (2005), funciona como um ensaio formal e é fiel ao plano pretendido para a coleta de dados.

3.3.1 Pré-teste

De acordo com Babbie (1999), o pré-teste tem por objetivo melhorar o instrumento de pesquisa, conferindo mais rigor à pesquisa, porém não tem como preocupação inicial fornecer descrições detalhadas da população. A fim de obter êxito ao final da pesquisa, optou-se por submeter o roteiro a um pré-teste, visando ao aperfeiçoamento e à garantia da integridade da pesquisa.

Dessa forma, foram realizadas duas entrevistas no período de pré-teste, as quais ocorreram no mês de maio de 2017. As participantes concederam autorização formal para a gravação, mediante a assinatura de um termo de consentimento que

consta no Apêndice B. Já as entrevistas tiveram durações variadas, entre 40 minutos e uma hora e ambas foram gravadas em áudio e transcritas textualmente. Os encontros para a realização das entrevistas se deram na casa das entrevistadas, na capital mineira.

Antes de realizar as entrevistas acreditava-se que a temática deste trabalho poderia se constituir em um assunto de difícil compartilhamento, no entanto, foi possível perceber que a definição prévia das perguntas facilitou o andamento da entrevista. Além disso, nada impediu que cada entrevista tivesse a sua individualidade preservada e tudo ocorresse de forma tranquila tanto para a entrevistada quanto para a entrevistadora.

Desse modo, as entrevistas prévias permitiram uma avaliação mais acurada do roteiro e favoreceu o seu aperfeiçoamento, de modo a ajustá-lo aos objetivos desta pesquisa. Optou-se, então, por readequar algumas perguntas, a fim de deixá-las mais objetivas. Além disso, decidiu-se acrescentar algumas perguntas envolvendo o posicionamento da empresa, bem como o lugar do parceiro afetivo no contexto da gravidez tardia.

O roteiro foi reformulado, isto é, foi reestruturado e realinhado com o objetivo da pesquisa, conforme consta no Apêndice C. Cabe realçar que após a reformulação do roteiro, bem como a aprovação do projeto de pesquisa, ele foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Como a pesquisa envolve seres humanos, cumpriu-se, assim, o procedimento previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo parecer aprovado sob o nº 2.060.514. Uma cópia da aprovação do parecer encontra-se no Anexo A.

No momento do agendamento da entrevista, foram prestadas informações quanto aos objetivos desta pesquisa, bem como ao sigilo da identidade das participantes e/ou das organizações que viessem a ser citadas durante a entrevista. Os encontros para a realização das entrevistas se deram em lugares distintos, alguns foram realizados na residência das entrevistadas, outros no local de trabalho. Algumas entrevistadas optaram por marcar em locais “discretos” onde não se sentissem “expostas”, como, por exemplo, em restaurantes. Outras não residiam na região metropolitana de Belo Horizonte e, por isso, foram realizadas entrevistas por videoconferência, utilizando-se o *skype* (uma ferramenta a partir de conexão com a internet, que permite o contato com a entrevistada por meio de vídeo e áudio).

As entrevistas tiveram durações variadas, entre 40 minutos e uma hora, foram gravadas em áudio e transcritas textualmente. Apenas uma das participantes não concedeu a autorização formal para a gravação, em contrapartida, todas as demais autorizaram e assinaram um termo de consentimento que consta no Apêndice A. A entrevista cuja gravação não foi autorizada teve as respostas anotadas no decorrer da mesma. Nesta foi possível perceber que a participante ficou bastante à vontade para compartilhar sua história. As transcrições se deram posteriormente, na medida em que as entrevistas aconteciam.

3.4 Caracterização da amostra

Fizeram parte deste estudo 26 mulheres que se submeteram às técnicas de reprodução assistida, de faixa etária entre 35 e 50 anos, conforme demonstrado no Quadro 2 apresentado a seguir:

Quadro 2 - Idade das entrevistadas

| Entrevistada | Idade | Entrevistada | Idade |
|-----------------|-------|-----------------|-------|
| Entrevistada 1 | 38 | Entrevistada 14 | 42 |
| Entrevistada 2 | 47 | Entrevistada 15 | 48 |
| Entrevistada 3 | 42 | Entrevistada 16 | 46 |
| Entrevistada 4 | 36 | Entrevistada 17 | 50 |
| Entrevistada 5 | 35 | Entrevistada 18 | 48 |
| Entrevistada 6 | 40 | Entrevistada 19 | 47 |
| Entrevistada 7 | 47 | Entrevistada 20 | 41 |
| Entrevistada 8 | 42 | Entrevistada 21 | 43 |
| Entrevistada 9 | 44 | Entrevistada 22 | 40 |
| Entrevistada 10 | 38 | Entrevistada 23 | 45 |
| Entrevistada 11 | 39 | Entrevistada 24 | 41 |
| Entrevistada 12 | 41 | Entrevistada 25 | 44 |
| Entrevistada 13 | 43 | Entrevistada 26 | 40 |

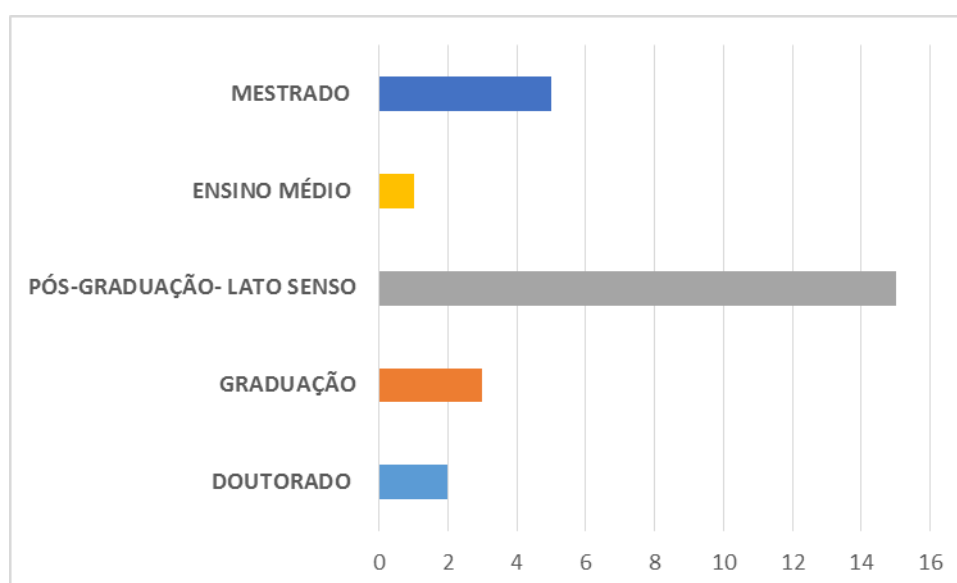
Fonte: dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

A média das idades das entrevistadas mostrou-se adequada para o estudo, uma vez que para as mulheres com faixa etária igual ou superior a 35 anos acentua-se a probabilidade de declínio da fertilidade, mas também por ser esta faixa usualmente definida pela Medicina como “maternidade tardia” e, portanto, gestação de risco.

3.4.1 Domicílio e formação acadêmica

Quanto ao domicílio das mulheres participantes, 17 moram na região metropolitana de Belo Horizonte, uma em Contagem-MG, uma em Betim-MG, duas na capital do estado de São Paulo, uma em Campinas-SP, uma em Brasília-DF, uma em Ipatinga-MG, uma em Juatuba-MG e uma em Mário Campos-MG. No tocante à formação acadêmica, exceto uma respondente não possui graduação. A maior parcela delas possui perfil voltado para a educação continuada. Conforme ressalta a literatura, o mercado de trabalho está cada vez mais competitivo e exigente. Estar em constante busca por informações e especializações traz instrumentos para melhorar a atuação profissional em relação aos desafios organizacionais. Entre elas, 15 possuem algum tipo de especialização, quatro estão no nível de mestrado e duas cursaram o doutorado. Em termos de percentual, o Gráfico 3 revela o perfil de formação acadêmica por grupos.

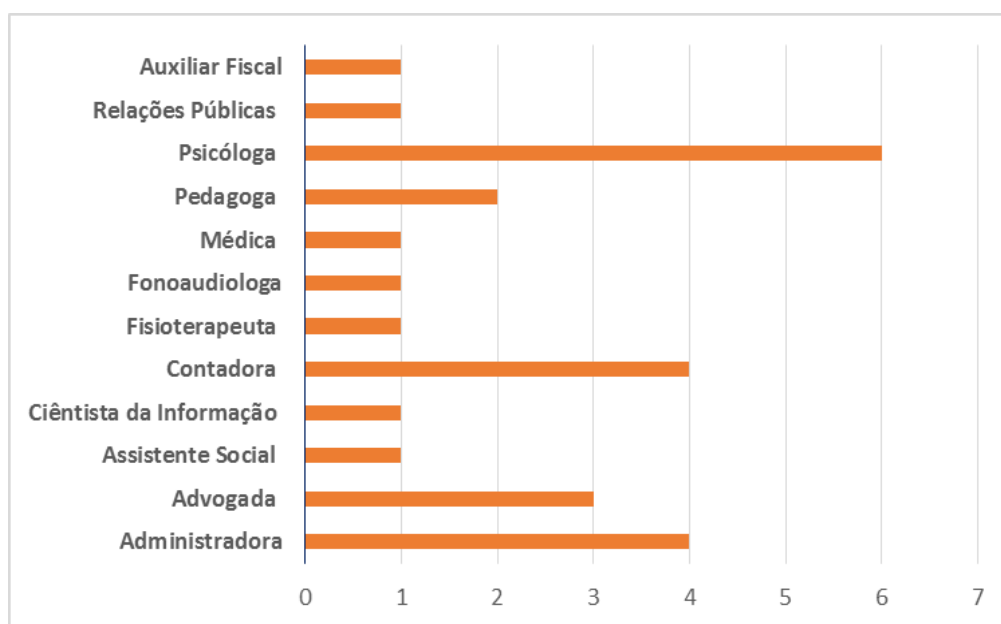
Gráfico 3 - Percentual de formação acadêmica por grupos



Fonte: dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Ao avaliar a área de formação das entrevistadas, surgiram as mais variadas profissões, tendo se destacado mais: Psicologia, Administração, Ciências Contábeis e Direito, como ilustra o Gráfico 4:

Gráfico 4 - Profissão das entrevistadas



Fonte: dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

3.4.2 Atuação profissional

Todas as participantes tinham alguma ocupação profissional, exceto três que, por opção própria, não mais trabalham fora desde o nascimento dos filhos. Das que possuem ocupação laboral, seis ocupam cargos estratégicos de médio e alto escalão, nove possuem empreendimentos próprios e as oito demais atuam em segmentos diversos (Quadro 3).

Quadro 3 - Esfera de atuação profissional

| Entrevistada | Esfera de atuação | Tipo da Empresa | Entrevistada | Esfera de atuação | Tipo da Empresa |
|-----------------|----------------------------------|--|--------------|----------------------------------|---|
| Entrevistada 1 | Privada | Tecnologia da informação | 14 | Privada | Tecnologia da informação |
| Entrevistada 2 | Empreendimento próprio | Tecnologia da informação | 15 | Pública | Educação superior |
| Entrevistada 3 | Privada | Aluguel, gerenciamento e terceirização de frotas | 16 | Empreendimento próprio | Serviços advocatícios |
| Entrevistada 4 | Privada | Indústria farmacêutica | 17 | Empreendimento próprio | Comércio - alimentos |
| Entrevistada 5 | Empreendimento próprio | Comércio - moda e acessórios | 18 | Privada | Indústria multinacional |
| Entrevistada 6 | Privada | Área da saúde-consultório | 19 | Empreendimento próprio | Serviços entretenimento |
| Entrevistada 7 | Pública | Educação básica | 20 | Empreendimento próprio | Serviços cartoriais |
| Entrevistada 8 | Pública | Educação superior | 21 | Empreendimento próprio e privado | Serviços de consultoria e educação superior |
| Entrevistada 9 | Privada | Educação superior | 22 | | Optou pelo retorno ao lar |
| Entrevistada 10 | Pública | Auditoria de contas públicas | 23 | - | Optou pelo retorno ao lar |
| Entrevistada 11 | Empreendimento próprio | Área da saúde-consultório | 24 | Empreendimento próprio | Consultório de Psicologia |
| Entrevistada 12 | Empreendimento próprio e privado | Área da saúde-consultório médico | 25 | - | Optou pelo retorno ao lar |
| Entrevistada 13 | Privada | Assessoria jurídica-industrial | 26 | Privada | Escritório contábil |

Fonte: dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Considerando as funções exercidas, a maior parcela continua nas áreas de Educação, Ciências Sociais e CIÊNCIAS humanas. Os perfis de renda mensal também foram variados, oito exercem atividade remunerada e os rendimentos estão na faixa de dois a cinco salários mínimos vigentes²; outras oito exercem atividade remunerada e os rendimentos estão na faixa de seis a nove salários mínimos vigentes; seis recebem rendimentos acima de 10 salários mínimos; e as demais quatro não exercem atividade remunerada. Os perfis profissionais e de renda foram demonstrados no Quadro 4 apresentado a seguir:

² O salário mínimo vigente no ano de 2017 é de 937,00.

Quadro 4 - Profissão *versus* renda

| Entrevistada | Profissão | Atualmente exerce atividade remunerada? | Renda mensal em salários mínimos |
|--------------|---|---|----------------------------------|
| 1 | Consultora contábil | SIM | 6 a 9 salários mínimos |
| 2 | Consultora em inteligência de informação | NÃO | Não possui renda própria |
| 3 | Gestora de recursos humanos | SIM | Acima de 10 salários mínimos |
| 4 | Relações públicas | SIM | 6 a 9 salários mínimos |
| 5 | Assistente social | SIM | 2 a 5 salários mínimos |
| 6 | Fonoaudióloga clínica e professora universitária | SIM | 6 a 9 salários mínimos |
| 7 | Pedagoga | SIM | 2 a 5 salários mínimos |
| 8 | Pedagoga | SIM | 6 a 9 salários mínimos |
| 9 | Psicóloga clínica e professora universitária | SIM | Acima de 10 salários mínimos |
| 10 | Auditora de contas públicas | SIM | Acima de 10 salários mínimos |
| 11 | Fisioterapeuta | SIM | 2 a 5 salários mínimos |
| 12 | Médica | SIM | Acima de 10 salários mínimos |
| 13 | Advogada | SIM | 2 a 5 salários mínimos |
| 14 | Contadora | SIM | 2 a 5 salários mínimos |
| 15 | Psicóloga educacional | SIM | 6 a 9 salários mínimos |
| 16 | Advogada | SIM | Acima de 10 salários mínimos |
| 17 | Administradora | SIM | 2 a 5 salários mínimos |
| 18 | Psicóloga - gestora de Recursos Humanos | SIM | Acima de 10 salários mínimos |
| 19 | Empresária - segmento de eventos | SIM | 6 a 9 salários mínimos |
| 20 | Advogada | SIM | 2 a 5 salários mínimos |
| 21 | Consultoria em Psicologia Organizacional e professora universitária | SIM | 6 a 9 salários mínimos |
| 22 | Bancária | NÃO | Não possui renda própria |
| 23 | Administradora | NÃO | Não possui renda própria |
| 24 | Psicóloga - clínica | SIM | 6 a 9 salários mínimos |
| 25 | Contadora | NÃO | Não possui renda própria |
| 26 | Administradora | SIM | 2 a 5 salários mínimos |

Fonte: dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

3.4.3 Histórico gestacional e os filhos

O total de 22 respondentes conseguiu êxito com o processo de reprodução assistida e apenas quatro não obtiveram o resultado esperado. Cabe salientar que o acesso às mulheres que não alcançaram êxito foi muito difícil. Como a técnica utilizada foi a “bola-de-neve”, a princípio acreditava-se que o acesso se daria de maneira mais fácil, mas não foi o que ocorreu. Várias das entrevistadas que obtiveram êxito sugeriram alguma mulher próxima de si que não alcançou o mesmo

sucesso. Quando procuradas, porém, tanto pela entrevistada que a indicou quanto pela pesquisadora, percebia-se que havia uma estratégia de esquivar, sendo que em alguns casos houve até mesmo o agendamento e o cancelamento do encontro marcado.

Embora tenha se observado que no processo de reprodução assistida da maioria das entrevistas houve desfecho de êxito, nota-se que ainda assim muitas tiveram que persistir no decorrer do processo, pois a gravidez, na maioria dos casos, não ocorreu na primeira tentativa, conforme o que está exposto no Quadro 5 a seguir:

Quadro 5 - Número de tentativas

| Entrevistada | nº de tentativas | Entrevistada | nº de tentativas |
|--------------|------------------|--------------|------------------|
| 1 | 5 | 14 | 4 |
| 2 | 1 | 15 | 9 |
| 3 | 3 | 16 | 2 |
| 4 | 2 | 17 | 2 |
| 5 | 1 | 18 | 4 |
| 6 | 1 | 19 | 3 |
| 7 | 5 | 20 | 2 |
| 8 | 1 | 21 | 2 |
| 9 | 3 | 22 | 1 |
| 10 | 5 | 23 | 3 |
| 11 | 2 | 24 | 1 |
| 12 | 3 | 25 | 3 |
| 13 | 3 | 26 | 1 |

Fonte: dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Percebe-se que 77% das mulheres se submeteram ao tratamento mais de uma vez, o que confere a expressividade desse dado comparado ao percentual de 23% mulheres que obtiveram êxito na primeira tentativa. Várias foram as técnicas utilizadas, conforme esclarecido no Quadro 6:

Quadro 6 - Técnicas de reprodução humana utilizadas

| Entrevistadas | Inseminação artificial (IA) | Fertilização <i>in vitro</i> (FIV) |
|---------------|-----------------------------|------------------------------------|
| 1 | | 5 tentativas |
| 2 | | 1 tentativa |
| 3 | 2 tentativas | 3 tentativas |
| 4 | 3 tentativas | 2 tentativas |
| 5 | 2 tentativas | 2 tentativas |
| 6 | | 1 tentativa |
| 7 | | 3 tentativas |
| 8 | 2 tentativas | 1 tentativa |
| 9 | | 2 tentativas |
| 10 | 2 tentativas | 1 tentativa |
| 11 | | 2 tentativas |
| 12 | | 3 tentativas |
| 13 | | 3 tentativas |
| 14 | 3 tentativas | 1 tentativa |
| 15 | 5 tentativas | 4 tentativas |
| 16 | 3 tentativas | 2 tentativas |
| 17 | | 1 tentativa |
| 18 | | 3 tentativas |
| 19 | 2 tentativas | 3 tentativas |
| 20 | | 1 tentativa |
| 21 | 1 tentativa | |
| 22 | | 3 tentativas |
| 23 | 2 tentativas | 2 tentativas |
| 24 | | 1 tentativa |
| 25 | | 3 tentativas |
| 26 | | 1 tentativa |

Fonte: dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

O tempo de espera entre o início da primeira tentativa de engravidar e o momento em que a gravidez aconteceu não foi uniforme, assim como o tipo de gestação também não foi. O tempo médio para que a gravidez ocorresse foi de cinco anos. O percentual de participantes que postergaram a maternidade para após os 35 anos foi bastante expressivo, totalizando 31%.

No caso das entrevistadas que se tornaram mães biológicas, 50% das gestações foram de um único bebê, 41% foram gestações gemelares e 9% foram gestações trigemelares. A idade média em que as mulheres se tornaram mães foi de 37 anos, 18% delas tiveram filhos entre 38 e 39 anos e 27% se tornaram mães após os 40 anos, ou seja, 45% das mulheres participantes tiveram seus filhos em idade

considerada pela Medicina como de alto risco. Uma delas tentou por nove vezes e mesmo assim não obteve sucesso.

Até que a gravidez acontecesse, 35% das mulheres tiveram que realizar pelo menos quatro tentativas. Todas as participantes tiveram no máximo dois filhos, exceto duas participantes que tiveram gravidez trigemelar. Entre as 26 respondentes, apenas quatro não se tornaram mães - duas destas desistiram da maternidade devido ao alto custo do tratamento. Das quatro, apenas duas optaram pela adoção. O Quadro 7 mostra esses dados:

Quadro 7 - Histórico gestacional

| Entrevis-Tada | Categoria | Idade em que decidiu engravidar | Idade ao nascimento do filho | Intervalo entre decisão e gestação | nº de Filhos | nº de tentativas | Tipo de Gestação |
|---------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------------|--------------|------------------|------------------|
| 1 | Mãe biológica | 31 | 36 | 5 | 3 | 5 | Trigemelar |
| 2 | Mãe biológica | 35 | 36 | 1 | 2 | 1 | Gemelar |
| 3 | Mãe biológica | 30 | 35 | 5 | 2 | 3 | Unigênito |
| 4 | Mãe biológica | 32 | 35 | 3 | 2 | 5 | Gemelar |
| 5 | Mãe biológica | 29 | 32 | 3 | 1 | 5 | Unigênito |
| 6 | Mãe biológica | 32 | 35 | 3 | 1 | 1 | Unigênito |
| 7 | Mãe- adotiva | 30 | - | - | 1 | 3 | Unigênito |
| 8 | Mãe biológica e adotiva | 30 | 34 | 4 | 2 | 3 | Unigênito |
| 9 | Mãe biológica | 27 | 38 | 11 | 2 | 3 | Gemelar |
| 10 | Mãe biológica | 31 | 33 | 2 | 2 | 4 | Unigênito |
| 11 | Mãe biológica | 31 | 38 | 7 | 1 | 2 | Unigênito |
| 12 | Mãe biológica | 33 | 36 | 3 | 1 | 3 | Unigênito |
| 13 | Não-mãe | 38 | - | - | 0 | 3 | - |
| 14 | Mãe biológica | 36 | 40 | 4 | 2 | 4 | Gemelar |
| 15 | Mãe biológica e adotiva | 30 | 39 | 9 | 2 | 9 | Unigênito |
| 16 | Mãe biológica | 36 | 40 | 4 | 1 | 5 | Unigênito |
| 17 | Mãe biológica | 30 | 32 | 2 | 4 | 1 | Trigemelar |
| 18 | Mãe biológica | 29 | 43 | 14 | 1 | 3 | Gemelar |
| 19 | Mãe biológica | 36 | 43 | 7 | 2 | 5 | Gemelar |
| 20 | Mãe biológica | 39 | 41 | 2 | 1 | 1 | Unigênito |
| 21 | Mãe biológica | 34 | 36 | 2 | 1 | 1 | Unigênito |
| 22 | Mãe biológica | 36 | 42 | 6 | 2 | 3 | Gemelar |
| 23 | Mãe biológica | 30 | 36 | 6 | 2 | 4 | Gemelar |
| 24 | Mãe biológica | 35 | 38 | 3 | 1 | 1 | Unigênito |
| 25 | Mãe adotiva | 32 | - | - | 2 | 3 | Gemelar |
| 26 | Não mãe | 32 | - | - | - | 1 | |

Fonte: dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

3.5 Estratégias de análise de dados

A técnica de análise dos dados adotada neste trabalho foi a análise de conteúdo, que de acordo com Bardin (1977), se constitui em um conjunto de

técnicas de análise das comunicações. A análise de dados, em seu sentido essencial, permite ao pesquisador compreender o conteúdo das entrevistas a partir do texto fragmentado em seus elementos fundamentais, a fim de utilizar somente o que está alinhado com os objetivos que se busca (Queiroz, 1988).

Essa observação de conteúdo, segundo Bardin (2006), trata-se de um conjunto de técnicas analíticas das comunicações, que utilizam procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das mensagens. Nesse sentido, o procedimento tem sido utilizado cada vez mais e vem se tornando um recurso de análise muito importante nas pesquisas de caráter qualitativo, bem como para os estudos em Administração (Mozzato & Grzybovski, 2011).

Bardin (2006) apresenta a análise de conteúdo a partir de três fases, sendo elas: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados; e a inferência e interpretação. Desse modo, as entrevistas foram transcritas para que em sequência fossem submetidas a uma análise do conteúdo, com a finalidade de entender e captar as possíveis percepções das entrevistadas a respeito do tema. Na primeira fase, após transcrever todas as entrevistas, foi realizada a leitura delas e transcritas visando tomar conhecimento dos dados obtidos.

Na fase seguinte da exploração do material, o texto das entrevistas foi recortado em unidades e agrupado em categorias de análise definidos *a priori*, conforme os objetivos da pesquisa e baseados no referencial teórico. O conteúdo analisado foi subdividido em três categorias, procurando-se atentar para o surgimento de novas categorias que se mostrassem relevantes a partir da coleta dos dados e que poderiam ser incluídas durante a condução da pesquisa.

A primeira categoria aborda a experiência do adiamento da maternidade e o modo como a vivência do processo de reprodução assistida ocorreu. Já a segunda categoria focaliza os impactos dessa experiência na vida pessoal das mulheres participantes. A terceira, por sua vez, relata os impactos dessa experiência na vida profissional das mulheres participantes.

Durante a fase da exploração do material, as categorias de análise foram decompostas em subcategorias, conforme o Quadro 8:

Quadro 8 - Categorias de análise de conteúdo

| Categorias | Subcategorias |
|--|---|
| A experiência do adiamento da maternidade | * O lugar da carreira profissional |
| | * Parceiro afetivo |
| | * O alerta do relógio biológico |
| | * O processo de reprodução assistida |
| Impactos na vida pessoal | * Rotina familiar: organização, tempo e prioridades |
| | * Relacionamento conjugal |
| | * Sentimento de culpa /incompletude |
| | * A dualidade: ser mãe e mulher |
| | * Os efeitos no corpo e na mente |
| Impactos na carreira | * Repensando a carreira profissional |
| | * Reorganização do tempo e das prioridades |
| | * Carreiras interrompidas e/ou projetos remodelados |

Fonte: dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

A categorização e seu desdobramento em subcategorias foram feitos levando-se em conta critérios de relevância e repetição. No momento em que se realizou a categorização também foram apurados e utilizados alguns aspectos novos que surgiram durante as entrevistas. Foram considerados os aspectos que se revelaram importantes para a compreensão dos objetivos propostos na fase inicial da pesquisa.

De acordo com Turato (2005), o processo de categorização deve envolver a repetição, isto é, a investigação daquilo que os sujeitos têm em comum, considerando-se a relevância, ou seja, falas que na ótica do pesquisador se constituem em uma fala rica em conteúdo para o tema do estudo.

A fim de preservar a identidade das participantes e ilustrar os dados coletados, optou-se por utilizar junto às falas apresentadas apenas a palavra “Entrevistada” seguido do número de sua entrevista. Por fim, na terceira fase foram levantados os resultados da pesquisa e a interpretação do pesquisador, que serão apresentados no capítulo seguinte.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo, os dados serão apresentados e explorados na perspectiva da análise de conteúdo. As entrevistas e suas respectivas análises foram agrupadas em três categorias. A primeira trata da experiência do adiamento da maternidade e da vivência do processo de reprodução assistida, ou seja, foram destacados os principais motivos pelos quais as mulheres optaram pela procrastinação da maternidade. Foi abordado também como essas mulheres se sentiram despertadas para a maternidade, bem como foi para elas passarem pela experiência da reprodução assistida.

A segunda categoria abrange os impactos na vida pessoal das mulheres que adiaram a maternidade e posteriormente procuraram o auxílio das técnicas de reprodução assistida. Foram levantados os impactos na rotina familiar e no relacionamento conjugal. Além disso, foram retratados os efeitos no corpo e na mente das mulheres que experimentaram o procedimento, por exemplo, o sentimento de culpa.

E, por fim, a terceira categoria trata das consequências na vida profissional das mulheres participantes, tais como a necessidade de repensar a carreira profissional na tentativa de driblar a intensa rotina, tanto da empresa quanto familiar. Por último, foi debatida também a relação entre mães tardias e a tendência a optarem pelo empreendedorismo ou até mesmo pela interrupção da carreira.

4.1 A experiência do adiamento da maternidade

Esta categoria de análise interpreta a percepção das mulheres sobre a experiência do adiamento da maternidade e a vivência do processo de reprodução assistida. Esta categoria foi dividida em quatro subcategorias, a saber: o lugar da carreira profissional, o parceiro afetivo, o alerta do relógio biológico e o processo de reprodução assistida.

4.1.1 O lugar da carreira profissional

Sobre a decisão de adiar o projeto da maternidade para depois dos 35 anos, pesa no discurso de todas as entrevistadas, como fator determinante, a perspectiva

de se obter estabilidade financeira. Questionadas sobre quais eram suas expectativas ao postergarem a gravidez, a maioria declarou a necessidade de se conseguir autonomia financeira antes de engravidar.

Uma delas relatou: “Eu não queria ter filho antes de me estabilizar financeiramente, para isso eu fiz outro concurso, então pensava: enquanto não passar não vou ter filho. Eu sempre tive este objetivo bem traçado” (Entrevistada 10). A Entrevistada 18 também confirmou que a estabilidade financeira pesou em sua decisão quanto ao momento de se tornar mãe: “Depois que meu marido e eu fomos estabilizando e tínhamos mobiliado nossa casa, eu já tinha uma estabilidade financeira, aí falei: Oh! Acho que agora pode ser”.

Por meio dos relatos foi possível perceber que as mulheres têm considerado a estabilidade financeira e a realização profissional como pré-requisitos para maternidade. Esse aspecto surgiu em várias falas das entrevistadas, de forma categórica nas declarações das Entrevistadas 11 e 12.

Realmente não tinha condições de engravidar, eu ainda não tinha conseguido uma estabilidade financeira e nem uma estabilidade profissional para poder pensar em ter filho naquele momento (Entrevistada 11).

Eu esperei para tentar mesmo, porque precisávamos cuidar do lado profissional primeiro, do meu e do dele também. A gente queria uma estabilidade financeira antes de constituir uma família (Entrevistada 12).

Isso vem ao encontro do que é demonstrado na literatura. Na pesquisa de Benzie *et al.* (2006), cujo público era constituído por mulheres canadenses com idade entre 20 e 48 anos, pertencentes à classe média, esse aspecto também foi encontrado. Apesar do enfoque da pesquisa ser na área médica, atestou-se em seus resultados que a estabilidade financeira e o desenvolvimento de uma carreira sólida são fatores de grande relevância para as mulheres na escolha do momento ideal para se tornarem mães.

Os mesmos resultados também foram encontrados em estudos no Brasil, como na pesquisa de Santos (2012) com mulheres executivas que chegaram ao topo de grandes organizações brasileiras, entre outras (Alzuguir & Nucci, 2015; Andrade, 2012; Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Corrêa & Aquino, 2015; Mota-Santos & Carvalho Neto, 2017).

Além do aspecto financeiro, ou seja, tanto a ambição de se ter estabilidade quanto o receio de ficar sem o sustento decorrente do trabalho, algumas

entrevistadas comentaram ainda haver outro fator que lhes traz certa apreensão: o receio de ficar sem a ocupação. Nesse sentido, a insegurança não se apresenta apenas quanto a deixar de se obter o rendimento, mas também de ficar sem a atividade laboral em si, pois, para a maior parte das entrevistadas o trabalho é uma fonte de realização, energia e prazer. Percebeu-se, portanto, que a carreira profissional ocupa lugar central na vida da maioria das participantes. A fala da Entrevistada 9 exemplifica tal contexto.

O trabalho sempre foi importante para mim. Eu nunca abri mão da minha carreira profissional, tanto que quando eu voltei da licença-maternidade, as pessoas falavam: “coitadinha dela”, pelo fato de minha gravidez ter sido de gêmeos. Mas sinceramente eu pensava: “Tadinha nada!!! Está sendo ótimo eu estar aqui trabalhando de novo. Não falando de cocô, de peito, de leite... Estou aqui falando de Psicologia, que é o que eu amo. Estava doida para voltar a trabalhar (Entrevistada 9).

Aspectos relacionados ao lugar que a carreira profissional ocupa na vida da mulher contemporânea também foram percebidos em algumas falas das respondentes: “Eu nem consigo imaginar minha vida sem meu trabalho (Entrevistada 1)”; “Eu amo muito trabalhar e não me imagino sem ele” (Entrevistada 10). Da mesma forma, a Entrevistada 18 salientou, ainda mais evidentemente, importância e a centralidade que o trabalho remunerado tem para a mulher atualmente.

Eu sempre fui incentivada a trabalhar. Creio que isto foi muito bom, né? Hoje em dia a mulher pode fazer coisas que ela não podia fazer antes, ter o próprio dinheiro, por exemplo. A minha vida profissional é muito importante dentro da minha vida como um todo, ela tem uma parcela bem importante. Eu nem consigo entender como ainda existem mulheres que não trabalham (Entrevistada 18).

As mulheres participantes deste estudo também se manifestaram realizadas com o trabalho que exercem e satisfeitas por desempenharem uma atividade remunerada. Por isso, muitas valorizam bastante o desenvolvimento contínuo de estudos e aprimoramento. A Entrevistada 7, inclusive, falou da existência de um vínculo afetivo com o trabalho que exerce: “Eu gosto do meu trabalho, a sala de aula para mim é como se fosse minha segunda casa, eu quase me mato lá, mas eu me sinto muito bem e realizada”. As Entrevistadas 1 e 3 também afirmam como a atividade laboral é importante para elas.

Ah, eu amo trabalhar!! Gosto muito de trabalhar e não me vejo sem estar trabalhando... é uma coisa que me realiza, e eu acho que é uma coisa importante e que faz a gente crescer em todos os sentidos (Entrevistada 1).

A minha vida profissional é muito importante, sempre foi. Eu nem consigo entender como ainda existem mulheres que não trabalham. Com o meu trabalho consigo autonomia e satisfação (Entrevistada 3).

Desse modo, é interessante salientar que hoje o cenário está mudado. Antigamente, as mulheres falavam apenas em conseguir um trabalho e, portanto, estavam relegadas a guetos profissionais. Mas, com a ampliação da autonomia feminina e sua ascensão profissional gradativa, as mulheres estão alcançando espaços, antes não acessíveis, em busca da construção de carreiras sólidas:

A minha carreira sempre foi importante. Para mim, a carreira é sinônimo de independência. Por isso, eu sempre corri atrás. Gosto demais do que eu faço, meu marido inclusive fala: "Você prefere ir trabalhar do que ficar em casa". É claro que não existe isto, mas, para terminar uma tarefa eu fico até 22 horas se for necessário. Os meus amigos também falam: "Você não parece ser servidora pública, você trabalha mais do que quando trabalhava em iniciativa privada". Trabalhar me faz bem, faz parte do meu estilo de vida. O trabalho sempre foi muito central para mim (Entrevistada 10).

Tais achados também são corroborados na literatura. O trabalho é uma das maiores conquistas das mulheres e lhes trouxe ganhos históricos (Andrade *et al.*, 2013; Santos Coutinho & Menandro, 2015). Representa, para muitas mulheres, uma realização pessoal, principalmente devido à conquista da independência e da valorização pessoal que proporciona (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Bruschini & Puppini, 2004; Mota-Santos & Carvalho Neto, 2017; Santos Coutinho & Menandro, 2015). Chechi Fiorin *et al.* (2014) destacam que, ao trabalharem, as mulheres conseguem estabelecer interações importantes a partir das quais vão estabelecendo suas identidades e aprimorando habilidades.

Conforme reiteram as publicações (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Santos, 2012; Scavone, 2001; Silva & Oliveira, 2014), para a mulher contemporânea possuir um trabalho remunerado demarca certa igualdade em relação aos homens, e isso faz com que ela se insira de forma segura em outros ambientes que não apenas o doméstico. O significado emocional positivo que as mulheres conferem ao trabalho contribui para que elas queiram se dedicar a uma carreira profissional. Nesse sentido, o investimento em desenvolvimento acadêmico se destaca como uma forma de melhorar seu desempenho profissional.

Mota *et al.* (2015) e Silveira e Hanashiro (2011) ratificam que, além de as mulheres contemporâneas serem mais instruídas e possuírem menos filhos, têm a identidade mais voltada para o trabalho produtivo do que para a maternidade. Sendo assim, é notório que o lugar que a carreira profissional ocupa na vida da mulher contemporânea exerce influência na questão da maternidade.

Quando perguntadas sobre a importância do trabalho, 70% das entrevistadas falaram da centralidade que ele ocupa em suas vidas. Algumas citaram o ambiente de trabalho como se este fosse semelhante ao ambiente familiar, conforme se percebe na fala da Entrevistada 7: “Meu trabalho e minha carreira ocupam, em termos de importância, praticamente a mesma importância que a minha família. Eu me sinto totalmente em casa no trabalho”.

Apesar de se sentirem satisfeitas com o trabalho, a maioria das entrevistadas trouxe à tona o anseio por uma jornada de trabalho mais flexível. A Entrevistada 1, por exemplo, disse que se tivesse condições, deixaria o atual emprego por outro de meio expediente, que só não o fez ainda em virtude da necessidade financeira e dos gastos que envolvem a criação de trigêmeos:

Eu estou em busca de uma mudança de carreira. Acredito que a carreira acadêmica me proporcionará mais tempo livre. Se hoje eu tivesse condições já teria mudado. O gasto com trigêmeos é muito alto. Apesar de gostar muito do meu trabalho e de me sentir realizada com ele, futuramente eu quero mudar, pois preciso de mais flexibilidade para poder cuidar dos meus filhos (Entrevistada 1).

Foram feitas também perguntas relacionadas ao contexto organizacional, ou seja, sobre a postura da empresa, na tentativa de compreender se de algum modo a conduta da organização influenciava as funcionárias quanto à decisão de adiarem a maternidade. Grande parte das participantes afirmou que sim, que em dado momento a conduta da empresa contribuiu de forma significativa em sua decisão de adiar a maternidade. O depoimento da Entrevistada 5 foi bastante enfático a esse respeito:

O que acontece na empresa atrapalha muito. Quando você diz que está pensando em engravidar tudo muda. Parece que temos que pedir desculpas por estar grávida. Quando me lembro os meus olhos marejam... desculpa! Sabe... eu percebo que isto é uma constante, é uma questão que a mulher enfrenta ainda nos dias de hoje. Às vezes acontece de forma velada, mas na maioria das vezes acontece de forma escancarada, nós ainda sofremos muito..., muito preconceito por ser mulher e por engravidar... (Entrevistada 5).

A resposta da Entrevistada 3 também mostrou como a conduta da empresa interferiu em sua opção de adiar a gravidez, além de evidenciar como no âmbito organizacional ainda estão presentes preconceitos relacionados a gêneros. Ela relatou que o seu gerente perguntou, quando informado de sua gestação: “*De novo? Mas tão rápido?*”. Por esse motivo, a entrevistada referiu como a postura da empresa em que ela trabalhava lhe impulsionou a procrastinar a maternidade:

Sem dúvidas a postura da empresa contribui. Inclusive, eu não acho que seja uma questão apenas de uma empresa ou que tenha acontecido só comigo. Eu acredito que isso aconteça com muitas mulheres, pois é uma questão ainda de muito tabu! Eu só conseguiria engravidar se saísse do ritmo louco de vida que eu levava. Por isso mudei de emprego. Eu queria ter qualidade de vida e mesmo trabalhando em uma empresa legal eu ainda tive que esperar um ano e meio para engravidar. Afinal de contas eu sabia que uma gravidez poderia não ser tão bem visto, né? A segunda gravidez aconteceu depois de quatro anos e meio e eu ainda tive que escutar: “De novo? Mas tão rápido?” (Entrevistada 3).

Conforme reiterado na literatura, além de receber cerca de 70% do salário do homem para fazer o mesmo trabalho, tendo a mesma formação (IBGE, 2012), a mulher sofre outras penalidades apenas por ser mulher. Pesquisas recentes (Buchheit *et al.*, 2015; Goldin *et al.*, 2017; Khlif & Achek, 2017) vêm comprovando que, quando ingressam no mercado de trabalho, homens e mulheres têm remunerações muito parecidas. Com o passar do tempo a diferença salarial entre os gêneros cresce de maneira significativa, sendo acentuada entre o final dos 20 anos de idade e o começo dos 30, quando grande parte das mulheres tem filhos. Segundo os dados, as mulheres solteiras e sem filhos conseguem manter a paridade salarial (Goldin *et al.*, 2017; Mota *et al.*, 2015).

Apesar das mudanças favoráveis no que diz respeito à participação feminina nas organizações, não é possível dizer que as disparidades foram extintas (Lima *et al.*, 2009; Santos Coutinho & Menandro, 2015). A maioria das mulheres enfrentou e/ou ainda enfrenta discriminações baseadas em gênero ao longo de suas trajetórias profissionais, tais como salários inferiores aos dos homens, principalmente após a maternidade, e dificuldades de ocupar posições de alto escalão (Buchheit *et al.*, 2015; Gammie & Whiting, 2013; Goldin *et al.*, 2017; Khlif & Achek, 2017; Lopes *et al.*, 2014).

Assim, em grande parte dos depoimentos ficou evidente a influência tanto do contexto social quanto do organizacional na decisão das mulheres de postergar a experiência da maternidade. Relatos referentes à cultura organizacional apareceram

mais vezes. A maioria das mulheres afirmou que as rotinas intensas de trabalho acabam por favorecer o adiamento constante da maternidade:

Eu trabalhava num horário louco... assim, eu trabalhava de 7 da manhã às 9 da noite com uma hora de almoço e aí era impossível ter filhos! (Entrevistada 11).

Eu acho que uma mulher talvez entenda a outra, quando o chefe é do sexo feminino, mas depende, porque tem mulheres que são muito workaholics [risos]. Eu mesmo tenho uma chefe na empresa que é suíça e ela só pensa em trabalhar, trabalhar, trabalhar... não pensa nessa questão de família. Ela trabalha doze, quinze, dezesseis horas por dia. Então você entra no mesmo ritmo e começa a trabalhar muito, aí é promovida, e no meu ramo viaja bastante e etc.... Então você acaba deixando para casar e ter filhos mais tarde... e isso está sendo um problema (Entrevistada 4).

A pesquisa realizada por Carvalho Neto *et al.* (2010) a respeito dos desafios profissionais enfrentados por mulheres executivas que chegaram ao topo da hierarquia organizacional em grandes empresas no Brasil reforçou que alguns desses grandes desafios estão relacionados às altas exigências da carreira, ou seja, à dedicação necessária, que se traduz em significativa quantidade de horas que as mulheres precisam dispensar para a manutenção dessa carreira.

Além disso, as mulheres confrontam os preconceitos de gênero arraigados nas empresas, bem como a sobrecarga de funções com os cuidados com os filhos *versus* jornada de trabalho muito extensa. Ainda que estejam insatisfeitas com o desequilíbrio entre o seu tempo de trabalho e o tempo livre para dedicar à família, as mulheres executivas continuam apostando em suas carreiras, como visto nesta e em outras pesquisas (Andrade *et al.*, 2013; Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Bruschini & Puppini, 2004; Bruschini & Ricoldi, 2013; Carvalho Neto *et al.*, 2010):

Quando a mulher tem filhos pequenos e precisa chegar depois das 7 horas ou começa a trabalhar às 9 horas, então é assim: não dá para sair antes das 19 horas. Quando tem um cargo como o meu então [diretora], aí é que não dá para sair cedo mesmo. Nós já sabemos que é assim, sempre foi. Faz parte da rotina. Como você larga uma decisão ou uma reunião? Como você deixa de viajar ou deixa para depois uma decisão estratégica? Se for para galgar esta carreira precisa saber lidar com isto (Entrevistada 13).

Sendo assim, na atualidade o desejo por filhos, muitas vezes, entra em conflito com outros interesses da vida da mulher, por exemplo, o desenvolvimento acadêmico e da carreira profissional. De acordo com Mota-Santos e Carvalho Neto (2017), a formação, o trabalho e a família são quesitos importantes para as mulheres contemporâneas, no entanto, o projeto de constituir família, para algumas, parece ficar em segundo plano.

Mota *et al.* (2015) concordam e acrescentam que cada vez mais tem sido comum encontrar mulheres que se submetem a altas exigências de empresas, tendo que investir longo tempo de dedicação nas atividades laborais, em viagens nacionais e internacionais, longas reuniões e extensas jornadas de trabalho.

A Entrevistada 1 relata a sutileza com a qual foi abordada por seus superiores quando estes tomaram ciência de que ela estava com a intenção de engravidar. Ela ressaltou que naquele momento percebeu a sugestão da empresa de que a gravidez fosse adiada:

Quando meus gerentes ficaram sabendo dos meus planos de engravidar, eles me procuraram e me disseram: “É bom você continuar viajando porque você terá um retorno financeiro maior, mas se quiser ter filho agora com certeza vai ficar tudo mais difícil, né?!” Neste momento eu entendi o recado. Foi tudo assim... não de uma maneira clara, e sim de uma maneira bem sugestiva, sutil! (Entrevistada 1).

Esse cenário de intensa rotina corporativa acaba favorecendo a vivência da maternidade tardiamente. Apesar de se perceber que o adiamento da maternidade tem sido uma decisão predominantemente de mulheres que antes de assumir a responsabilidade materna desejam investir em projetos pessoais e/ou profissionais com finalidade de obter estabilidade financeira (Bruschini & Ricoldi, 2013; Carvalho Neto *et al.*, 2010), nota-se que, aliada a essa questão, encontra-se a insegurança em relação à manutenção do seu trabalho (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Bruschini & Ricoldi, 2013; Lima *et al.*, 2009):

Eu escondi meu projeto de gravidez, não poderia contar, pois tinha apenas um ano que eu tinha sido promovida, mas eu não tinha mais tempo..., eu precisava começar o tratamento. Eu tinha medo de perder meu emprego. Depois que eu consegui mesmo foi que eu contei para o meu chefe. Quando descobri que eram gêmeos eu fiquei preocupada e tratei logo de falar com ele: “pode contar comigo, vou até o máximo que eu puder, e não vou deixar de fazer as minhas obrigações”. E realmente não deixei! Eu fui até a trigésima sétima semana, eu só não fui mais porque meu pé começou a inchar muito e minha pressão subiu de uma hora para outra e o médico achou que eu tinha que sair. Mas eu trabalhei o tempo todo... (Entrevistada 4).

Quando consegui engravidar eu trabalhei até o último momento, até não ter mais jeito, eu não queria dar motivos de me chamarem a atenção (Entrevistada 9).

Foi feita às entrevistadas a seguinte pergunta: *na sua percepção, você considera que se tivesse engravidado antes, sua trajetória profissional poderia ter sido diferente?* A Entrevistada 3, que ocupa um cargo como gestora de Recursos Humanos (RH) em uma multinacional, falou do alto padrão de exigência das empresas, que buscam cada vez mais mulheres que investem em formação

acadêmica, em cursos de idiomas, etc. Relatou que certamente a gravidez antes da data ocorrida poderia ter comprometido a sua carreira naquela organização:

Não teria construído a mesma carreira com certeza! Primeiro, porque eu ainda era muito jovem. Segundo, porque no início de carreira, por exemplo, eu precisava viajar muito. Então, se eu tivesse filhos nesta época eu acho que iria sofrer muito com isto. Uma coisa é você deixar seu marido para trás, outra coisa é você deixar um bebezinho para trás. Certamente eu não teria condições de investir em minha carreira como eu fiz. Então, com certeza não estaria aqui hoje!!! Se eu tivesse filho antes, tudo teria sido diferente (Entrevistada 3).

Nota-se, assim, que não só a busca pela estabilidade financeira exerce significativa influência no que diz respeito ao adiamento da maternidade para depois dos 30 anos, mas também a conduta da empresa. Esses não foram os únicos fatores mencionados pelas participantes da pesquisa. Elas citaram também a questão do parceiro afetivo como um fator de grande relevância nesse processo.

4.1.2 O parceiro afetivo

Algumas entrevistadas reportaram que esperaram bastante tempo para encontrar um parceiro com o qual gostariam de se relacionar, mas nem todos esses parceiros comungam do mesmo desejo de ter filhos.

A Entrevistada 16, por exemplo, contou que aguardou por um bom tempo o parceiro ideal. Ao longo da entrevista foi possível perceber que o assunto ainda a emociona muito, ela tremia e chorava bastante ao contar que a procrastinação da maternidade foi decorrente de questões diretamente ligadas ao parceiro, apresentadas com bastante dor e sofrimento:

Eu esperei bastante tempo até que encontrei um homem que valesse a pena me relacionar. Estamos juntos até hoje, somos casados e vivemos bem! No início foi tudo muito bacana, o problema foi quando eu descobri que ele não queria filhos! Sofri muito durante um bom tempo sem que ele aceitasse a proposta de gravidez (Entrevistada 16).

O marido dela, engenheiro, é um homem focado e bastante dedicado à carreira, viajava bastante e, por isso, acreditava que ter filhos poderia atrapalhar a carreira de ambos. Ela declarou ainda que na época já era uma advogada bem-sucedida profissionalmente, mas se sentia extremamente vazia e frustrada pelo fato de não conseguir o consentimento do parceiro para gestar, motivo pelo qual ela foi postergando a maternidade.

As pesquisas de Barbosa e Rocha-Coutinho (2007), Beltrane e Donelli (2012) e Rios-Lima (2012) vêm sinalizando que a escolha pelo momento ideal da carreira para tornar-se mãe é um dos principais dilemas das mulheres na atualidade. Ao analisar a temática percebe-se que essa escolha perpassa por questões muitas vezes conflitantes para as mulheres, que vão além do estágio da trajetória profissional em que se encontram e além da estabilidade financeira que desejam possuir. A escolha pela maternidade leva em consideração também a presença de um parceiro ideal.

Wheatley (2012) e Heckler e Mosmann (2014) reafirmam a situação narrada pela Entrevistada 16, ao asseverarem que os casais contemporâneos enfrentam muitos desafios para administrar as demandas de crescimento individual, do trabalho e do casamento. De acordo com Jablonski (2007), casais de dupla carreira precisam lidar de forma criativa com as múltiplas exigências e a sobrecarga de dedicação que ambas as carreiras geram. Para o autor, soma-se à complexidade decorrente de relacionamentos conjugais em que ambos possuem carreira profissional o individualismo no casamento, que nunca foi tão presente como na atualidade. Esse cenário em que a individualidade por vezes chega a ser exaltada dificulta um ambiente colaborativo no casamento e faz com que a satisfação conjugal seja constantemente questionada.

A influência dos parceiros na procrastinação da maternidade também se dá devido a serem cada vez mais comuns relacionamentos em que um ou até mesmo ambos os parceiros já tiveram alguma experiência conjugal anterior e/ou já possuem filhos de outros relacionamentos. O total de 32% das entrevistadas relatou que seus parceiros já tiveram experiências conjugais anteriores e 16% destes foram vasectomizados:

Quando me casei com meu marido ele já tinha gêmeos do primeiro casamento. Este é o segundo casamento dele e ele é onze anos mais velho que eu. Quando ele se separou os meninos tinham oito meses, então ele nem falava em ter outros filhos, demorou bastante para decidirmos ter o nosso filho (Entrevistada 18).

Não apenas as mulheres estão à procura de parceiros ideais. Conforme Silva Neves *et al.* (2013), atualmente as pessoas parecem buscar “versões mais completas de si mesmas” e tendem a projetar seus ideais de vida nos parceiros. Enquanto não encontram esses parceiros idealizados, surgem questionamentos

sobre as possíveis vantagens de ficarem sós, de apenas morarem junto ou mesmo de investirem em um vínculo conjugal. Ainda de acordo com Silva Neves *et al.* (2013), esse dilema permeia os casais contemporâneos, que tentam articular individualidade e conjugalidade em um contexto de transformação dos relacionamentos. Tais aspectos também surgiram nas falas das entrevistadas:

Eu sempre busquei uma pessoa que pensasse como eu, que me completasse. Realmente eu acho que isto é importante. Tanto é que quando eu desconfiei que ele estava protelando a minha gravidez por causa dos projetos da carreira dele, eu realmente fiquei muito magoada. Principalmente porque isto já era um combinado nosso antes de nos casar. Se sonhasse com isto antes, nem teria me casado, preferiria ficar sozinha (Entrevistada 16).

Se eu falasse que não queria ter filhos ele nem ligava. Funcionava assim: se eu dissesse que teria para ele estava bem, se eu falasse que não teria estava bem também. Casamento não é festa não. Estas coisas precisam ser negociadas antes, porque cada um tem suas prioridades, e como ele já tinha os filhos dele, era eu quem tinha que ter pensado antes, né? Ainda bem que deu certo, pois senão eu teria me sentido muito frustrada (Entrevistada 18).

Se meu marido não quisesse ter filhos eu nem teria me casado com ele. Ele sempre soube do meu desejo de ser mãe. Demorei um pouco para arrumar uma pessoa que pensasse como eu, até então preferiria ficar sozinha (Entrevistada 23).

De igual modo, nas pesquisas de Tough *et al.* (2007) e Benzies *et al.* (2006), a segurança financeira e a aptidão de seu parceiro para ser pai também são fatores importantes na decisão do momento ideal de viver a gestação, ou seja, para as mulheres é importante que o parceiro, além de concordar com a decisão de ter filhos, também deseje ser pai. Algumas entrevistadas buscavam parceiros que partilhassem dos mesmos objetivos de vida:

A minha prioridade no momento era ter uma pessoa que dividisse comigo os mesmos objetivos de vida, então, como eu ainda não tinha encontrado eu não poderia nem deveria ter filhos (Entrevistada 1).

Para mim era muito importante encontrar um homem que desejasse ser pai. No entanto, hoje ele é um superparceiro, me ajuda com as crianças, gosta de estar junto, é muito bom (Entrevistada 11).

O desejo de ter filhos era dos dois. Ele queria muito ser pai, e isto era ótimo, porque enfrentamos a “barra” juntos (Entrevistada 9).

De acordo com Borges *et al.* (2014), entre as expectativas dos casais contemporâneos está a busca pela satisfação pessoal, afetiva e financeira. Almeida (2014) atribui essas mudanças à tentativa dos casais de experimentarem algo diferente daquilo que vivenciaram em suas famílias de origem. O sustento familiar, por exemplo, ao contrário de antigamente, hoje se tornou uma preocupação

secundária do casal, uma vez que ambos os parceiros podem exercer o papel de provedor.

Borges e Magalhães (2013) sugerem importantes transformações na concepção atual de família e de casamento, tais como: a) reconhecimento de famílias sem um par conjugal; b) crianças que nascem fora do casamento; c) filhos como projetos individuais, e não somente projetos de um casal, como era anteriormente.

Algumas mulheres falaram sobre a definição de um parceiro ideal na visão delas. Denominaram que parceiro ideal é aquele que respeita a sua individualidade, a sua vontade de continuar trabalhando e seu foco nos estudos. As Entrevistadas 4 e 10 justificam:

Eu precisava trabalhar, continuar os estudos, viver minhas experiências pessoais, viajar... E para encontrar uma pessoa que aceite isso tudo é difícil! Então, eu fui deixando para casar e ter filhos mais tarde, e isso foi um problema (Entrevistada 4).

Meu marido sempre soube que eu amo trabalhar. Era importante para mim que ele soubesse que não ia parar de trabalhar para ficar em casa só cuidando das crianças. Então, ele respeita minha vontade e sabe que eu sou uma mãe dedicada, mas que tenho meus projetos profissionais também. Nós nos damos muito bem por isso (Entrevistada 10).

Carvalho Neto *et al.* (2010) e Santos (2012) também indicam a questão da busca pelo parceiro afetivo como um dos grandes desafios das mulheres que investem em uma carreira de alto escalão. Ou seja, além de todos os desafios naturais para a carreira da mulher, ainda há questões específicas quanto à relação com o parceiro amoroso.

Quanto mais bem-sucedido o homem, maior é a probabilidade de que ele se case e tenha filhos. Com as mulheres bem-sucedidas ocorre o inverso. Aquelas que desejam ser mães e executivas enfrentam mais dificuldades para encontrar um parceiro amoroso (Carvalho Neto *et al.*, 2010).

Conforme já citado na literatura, com a maior parte do dia dedicada ao trabalho e à sobrecarga adicional dos estudos, as mulheres têm encontrado mais obstáculos do que seus colegas homens para encontrar um parceiro afetivo estável e/ou manter seu relacionamento amoroso. De acordo com a pesquisa de Carvalho Neto *et al.* (2010), há quase três vezes mais mulheres executivas sem parceiro estável do que homens na mesma condição. O relato da Entrevistada 1 corrobora esse fato:

Eu me casei com 30 anos. Me casei com esta idade principalmente porque ainda não tinha conhecido uma pessoa que tivesse valores morais e éticos semelhantes aos meus. Uma pessoa que compartilhasse dos mesmos sonhos que eu. A questão da idade às vezes me incomodava um pouco, principalmente porque eu pensava em ter filhos (Entrevistada 1).

Os comentários das entrevistadas deixam evidente que enquanto não encontraram parceiros amorosos estáveis e que atendessem às suas expectativas elas adiaram a maternidade, ainda que se sentissem preocupadas em relação ao relógio biológico, que, de certa forma, induz a mulher a se tornar mãe até os 35 anos de idade.

4.1.3 O alerta do relógio biológico

A maioria das mulheres participantes da pesquisa disse ter enfrentado o dilema do relógio biológico, ou seja, apesar da idade avançada, ainda nutriam o desejo de ter filhos, o que confirma a literatura. Para Barbosa e Rocha-Coutinho (2007) e Mota *et al.* (2015), é cada vez mais comum encontrar mulheres que se casaram mais tarde, que formaram novas uniões depois de um divórcio, que se dedicaram à carreira e, quando se dão conta, o alerta do relógio biológico já está prestes a soar. Como foi o caso das entrevistadas:

Eu demorei para casar e fiz muitas coisas antes. Claro que me angustiava a questão da idade, o meu tempo já estava quase esgotando quando tomamos a decisão (Entrevistada 21).

Como era o segundo casamento dele e ele já tinha filhos, fomos protelando... até a idade chegar. E infelizmente não teve mais jeito. Se eu pudesse voltar teria feito diferente (Entrevistada 25).

Ele é bem mais velho que eu, já tem filhas maiores e também como ele era vasectomizado, esperamos até o tempo não permitir mais (Entrevistada 2).

No Brasil, a gravidez a partir dos 35 anos ainda é considerada pela Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida como gestação de alto risco, devido à grande possibilidade de riscos à saúde e/ou à vida tanto da gestante como do bebê. Apesar disso, as estatísticas revelam que cresce cada vez mais a procura por tratamentos para engravidar após os 39 anos, da mesma forma que são cada vez mais frequentes os recém-nascidos de mães com idade entre 35 e 40 anos (Carvalho, 2014; Leite & Frota, 2014), faixa etária das mulheres participantes desta pesquisa.

Como já mencionado, entre os fatores que favorecem a gestação tardia destacam-se as conquistas femininas das últimas décadas, que culminaram na consolidação de um perfil feminino mais autônomo. Nem as conquistas femininas nem mesmo a Medicina anularam os obstáculos enfrentados pelas mulheres contemporâneas, decorrentes do envelhecimento do corpo e da perda de alguns componentes biológicos (Carvalho, 2014; Corrêa, 2001; Portes Vargas, 2012; Ribeiro *et al.* 2014). Essa questão foi abordada por 100% das participantes e se configura como ponto relevante desta pesquisa:

Dependendo da época que a pessoa termina a faculdade já está com idade entre 30 e 35 anos, imagina, você está no auge da sua carreira, então, assim, você quer agarrar tudo, fazer tudo... e mostrar serviço... a gente pensa que dá para adiar..., mas quando a ficha cai, o tempo já não ajuda! É preciso tentar logo! Eu achava que eu ia engravidar rápido e não engravidei, então assim, eu corria o risco de não ter filho! (Entrevistada 6).

Simplesmente você não percebe que o tempo está correndo. Hoje casar com 30 anos é comum, daí até ajeitarmos as coisas demora mais um pouco... e o relógio biológico não para, com certeza é uma preocupação (Entrevistada 1).

Quando me dei conta, meu prazo havia estourado. Sinceramente nem gosto de falar sobre isto. Porque eu queria muito ter sido mãe. O corpo da mulher tem seus próprios limites. No meu caso a Medicina não conseguiu me ajudar, já era tarde demais quando me dei conta (Entrevistada 26).

Meu foco principal era fazer mestrado, havia uma cobrança que eu fizesse o mestrado. Dar conta das demandas do trabalho e de um mestrado não é fácil. Então, fui adiando por isto, mas eu não senti, as coisas foram acontecendo. Eu achava que estava tudo dentro da normalidade, até que levei um susto quando minha ginecologista me disse que o meu tempo estava esgotando (Entrevistada 21).

Diante disso, é notório que as mulheres estão postergando a maternidade e passando a ter filhos a partir dos 30 anos (Carvalho 2014; Carvalho Neto *et al.*, 2010; Pimentel *et al.*, 2016; SBRH, 2016). Segundo as respondentes, nessa etapa da vida da mulher a pressão do relógio biológico é crescente, conforme as Entrevistadas 14, 19 e 20:

Fiz a faculdade e uma pós-graduação e meu foco era só estudar para concurso. Como sou da área do Direito, eu tinha o sonho de me tornar juíza. Além de trabalhar muito, estudava demais. Quando cheguei aos 39 anos, vi que era minha data-limite para ter ou não ter filhos (Entrevistada 20).

Eu sempre trabalhei muito, precisava trabalhar. Ter um negócio próprio exige muita dedicação. Por isso, eu também fui estudar mais tarde, aliás, tudo foi mais tarde na minha vida. E filhos, foi realmente um milagre porque o tempo não espera neste caso né? É uma corrida contra o tempo (Entrevistada 19).

Eu priorizei minha carreira e também eu tinha outros projetos, coisas de casa, de apartamento, de viagens que eu queria fazer primeiro. Eu me casei com trinta e três anos, então, já casei na pressão da idade. Mas eu não queria engravidar no início do casamento,

eu queria ficar um tempo sem filho. Eu pensava: “vai chegar o tempo certo, a hora certa, eu vou deixar para o final”. Mas infelizmente o relógio só anda para frente, né? E o tempo não para, quase não consegui ser mãe (Entrevistada 14).

A opinião médica é bastante enfática ao afirmar que, apesar de as mulheres poderem optar por adiar a maternidade e recorrer, posteriormente, à reprodução assistida, ainda estão sujeitas às dificuldades causadas pelo envelhecimento (Carvalho, 2014; Carvalho *et al.*, 2012; Portes Vargas, 2012). A maioria das entrevistadas manifestou surpresa ao se deparar com um obstáculo biológico decorrente da procrastinação da maternidade. Embora soubessem que a fertilidade cai e que a probabilidade de surgir problemas ginecológicos aumenta com o avanço da idade, muitas se sentiram surpreendidas quando não conseguiram engravidar naturalmente: “[...] na minha cabeça eu não faria reprodução assistida, na minha cabeça eu conseguiria naturalmente, eu fui pega de surpresa, isto não fazia parte dos meus planos...” (Entrevistada 12).

Algumas participantes descreveram o sofrimento e o sentimento de frustração diante da incerteza de conseguirem ou não se tornarem mães. Para a maioria, quando o relógio biológico soou, já não era possível engravidar naturalmente. A Entrevistada 12 narrou bastante emocionada como foi para ela o alerta do relógio biológico:

Na hora assim... eu fiquei muito mal. Acredito que também, pelo fato de eu ser médica, meu mundo acabou. Porque para a mulher é muito importante as questões referentes à sua fertilidade. Então, eu simplesmente não acreditava... “não vou poder ter filho?!” Eu não pensava em outras possibilidades, naquele momento eu não pensei em outras possibilidades... eu só pensei: “nossa eu nunca vou poder ser mãe!”. Foi um sofrimento mesmo! Aquele luto, sabe? Fiquei arrasada, fiquei chorando, fiquei supermal (Entrevistada 12).

Outro achado importante diz do sentimento de frustração e da angústia vivenciados pelas entrevistadas no momento em que souberam que não conseguiriam mais engravidar naturalmente:

Foi mais de um ano de luta, uma dificuldade tremenda. Olha, eu fiquei muito frustrada por não conseguir mais engravidar naturalmente, no fundo eu achava que ia dar certo. Quando começamos o tratamento, até o relacionamento foi prejudicado. A relação sexual deixa de ser algo prazeroso, porque parece que vira uma obrigação no processo de reprodução assistida. Tudo é controlado, e aí é muito sofrido (Entrevistada 3).

Até o primeiro momento, em que estávamos tentando naturalmente e não conseguíamos resultados, eu estava levando..., mas quando soubemos que teria que iniciar com o

tratamento foi muito difícil, eu até cheguei a ficar internada. Neste processo eu tive altos e baixos. Altas brigas com Deus por causa disto. Foi um baque muito grande para nós enquanto casal. Nunca imaginei que passaria por tão grande sofrimento (Entrevistada 15).

É consenso entre os pesquisadores das áreas da saúde que as chances de fertilidade de uma mulher estão diretamente relacionadas à idade, por isso cresce a procura pelas NTRs indicadas para casos de infertilidade decorrente da idade avançada (Carvalho, 2014; Corrêa, 2001; Ribeiro *et al.*, 2014). As falas das participantes comprovam que não são apenas as mulheres inférteis que estão se beneficiando dessas técnicas, mas também as que por algum motivo precisam dilatar ao máximo o *timing* do relógio biológico (Camargos & Prestes, 2013; Carvalho, 2014; Diniz & Costa, 2006; Pimentel *et al.*, 2016). Esse foi outro ponto levantado nesta pesquisa:

Na minha cabeça eu poderia procurar a reprodução assistida. Como eu não tinha problemas com infertilidade, no início eu pensava que daria tempo, que conseguiria engravidar naturalmente. Mas como eu fui deixando para depois... eu acabei recorrendo à FIV (Entrevistada 22).

Quando cheguei aos 39 anos, vi que era minha data-limite para ter ou não ter filhos. Então eu resolvi engravidar, mas como eu sabia que era provável que não teria sucesso naturalmente, fui logo procurar um médico especialista em fertilização in vitro (Entrevistada 23).

Eu pensava comigo mesma: não posso engravidar agora! Estava no auge da minha carreira, queria muito passar no concurso para juíza. Eu sabia que o meu tempo estava esgotando, mas não era possível naquele momento, sabe? Então eu pensava: Vou ter que juntar uma grana porque eu vou precisar. Porque agora só a Medicina para me ajudar a engravidar (Entrevistada 20).

Desse modo, os relatos das participantes vão ao encontro da literatura, principalmente da área de saúde. Carvalho *et al.* (2012) defendem que significativa parcela das candidatas à maternidade tardia será infértil quando desejar gestar, uma vez que tanto a quantidade quanto a qualidade dos óvulos produzidos pelas mulheres estão diretamente relacionadas à idade, ou seja, quanto maior a idade da mulher, menores serão as chances de engravidar naturalmente, favorecendo, assim, a procura pelos processos de reprodução assistida.

4.1.4 O processo de reprodução assistida

A maioria das mulheres participantes deste estudo nutria o desejo de ter filhos biológicos, mas devido à idade não obteve êxito na tentativa de engravidar

naturalmente, e acabou por procurar o auxílio das técnicas de reprodução assistida. Scavone (2001) e Pimentel *et al.* (2016) opinam que, aliada à figura da mulher autônoma, encontra-se a Medicina Reprodutiva, consolidando um novo meio de se experienciar a maternidade.

Se, por um lado, as técnicas de reprodução assistida permitem atingir objetivos que anteriormente eram considerados praticamente impossíveis, por outro lado produzem esgotamento físico e psíquico às mulheres que se submetem ao tratamento. As falas a seguir confirmam como o tratamento pode ser emocionalmente desgastante:

Tentamos três inseminações artificiais, e não deu certo. Infelizmente não dava certo! Fiquei muito chateada com a situação, era muito desgastante. O processo em si não é fácil. Você fica toda inchada por causa dos hormônios, precisa aplicar várias injeções. E quando não surte o resultado, é uma frustração muito grande! Resolvi dar uma parada nas tentativas, fiquei sem tentar por seis anos. No início de 2009, aí meu marido falou: “vamos tentar mais uma vez”? Resolvi tentar novamente, desta vez com a FIV. Porém, como o tratamento anterior foi muito frustrante, eu logo falei para o médico: “não faço nenhum exame invasivo mais, também não quero fazer mapeamento de ovulação!”. Eu não queria fazer mais nada. Estava calejada. O médico foi supersensível, superbacana e levou numa boa. Eu só pensava: não quero alterar minha rotina, eu não quero me decepcionar novamente (Entrevistada 9).

O tratamento é muito caro e desgastante. Frustrante também, por exemplo, da última vez eu estava com todos os índices lá nas alturas, os exames perfeitos, eu pensei que teria uma resposta positiva ao tratamento. Com o estímulo de ovulação que foi feito e daquela vez foi no topo, aí eu acreditava, bom não tem jeito é desta vez que engravidou. E nada! Mais uma vez não deu certo, nem positivo..., o resultado deu negativo, fiquei chateadíssima, nunca me senti tão deprimida por causa disto como naquele dia, eu fiquei bastante chateada (Entrevistada 13).

Eu digo que é a pior coisa no mundo, porque implantam os óvulos, e você tem que ficar deitada por duas semanas, mas a sua cabeça está a mil. Você começa a ficar desesperada, você reza, chora, pede a Deus para o tratamento dar certo. Principalmente porque é muito difícil o desgaste emocional. Eu queria muito ser mãe, por isso não desisti, mas é muito, muito sofrido (Entrevistada 4).

Além do abalo emocional, apareceram também nos relatos das entrevistadas a preocupação com o custo do tratamento e a angústia vivenciada por elas quando a tentativa se frustrava:

Foi penoso, muito difícil mesmo! Eu tentei engravidar durante sete anos, foram sete anos de tentativas. Já imaginou o que é isto? Nós começamos o tratamento e era muito complicado, um processo muito desgastante. Tanto fisicamente, financeiramente e emocionalmente também. Para quem precisa fazer mais de uma vez então, não tenho outras palavras para descrever, a não ser de que é muito difícil lidar com as frustrações. Foram várias tentativas pela FIV que não deram certo e foi muito angustiante. Eu só consegui engravidar depois da quinta tentativa, quando eu estava com 36 para 37 anos. Então, imagina só como foi passar por isto (Entrevistada 1).

Eu tenho quatro embriões congelados ainda, então existe a possibilidade. Tenho uma esperança nos meus bichinhos [risos]. Mas eu sinceramente trabalho mais com a

possibilidade do não, sabe... Infelizmente nós aprendemos com a decepção! É uma coisa que a Medicina não controla 100%. Até a hora que ela coloca dentro do seu útero beleza, a Medicina ajuda, mas dali em diante não... ficamos monitorando cada segundo e então é com a natureza, né? Não tem remédio para isto! Não tem controle pra isto! Aí é a história de cada embrião! A cada tentativa que não dá certo, é horrível, é muito frustrante! (Entrevistada 13).
Eu fiz uma inseminação, não deu certo. Seis meses depois eu fiz a outra inseminação e também não deu certo. Isso abala até o casamento! Eu cheguei para a médica muito abalada e cansada, depois de dois anos e meio de tentativas e falei: “Olha, doutora, sinceramente eu não dou conta mais. São muitos gastos e eu só vou tentar mais uma vez e desta vez prefiro fazer a fertilização in vitro!”. E ela disse: “Você sabe que a FIV é bem mais cara, né?” Na época era equivalente a dezesseis mil reais, mais ou menos. Eu pensei, é cara, mas nós vamos tentar. Eu tomei várias injeções na barriga. Minha barriga ficava toda roxa, foram várias injeções... Eu lembro que na época praticamente foram quase oitenta e nove injeções na barriga (Entrevistada 4).

Algumas contaram que, além de ter que lidar com as próprias dificuldades biológicas, às vezes tinham que superar também algum problema biológico do parceiro. Aproximadamente 32% das entrevistadas só conseguiram engravidar após tratarem algum sintoma do parceiro:

Durante uns três anos eu pensei que tivesse com algum problema psicológico, porque meus exames estavam ótimos e mesmo assim eu não conseguia engravidar. Eu não tinha nada, eu fiz tudo que você pode imaginar e nada! Passei tanto tempo achando que era uma questão psicológica minha. Daí, quando fomos investigar descobrimos uma alteração no espermograma do meu marido. O especialista bateu o olho no espermograma e disse: “você não ia engravidar nunca”. A primeira médica pediu os exames dele, mas nem deve ter verificado. Foi um equívoco médico mesmo, inclusive eu poderia processá-la por danos morais e psicológicos. É um completo absurdo uma médica pede um exame, não verifica ou não sabe ler... sei lá. E eu sofrendo este tempo todo achando que o problema era comigo (Entrevistada 9).

Descobri ao longo do tratamento que meu marido também tinha problema com infertilidade e foi muito sofrido passar por este processo (Entrevistada 1).

Foi um caos, porque o nosso caso foi muito complicado. Nós não sabíamos que a produção de espermatozoides dele era baixa e que não tinha muita força. Quando descobrimos tivemos que procurar um outro especialista porque o primeiro médico cometeu um “vacilo” com a gente. Ele fez uma biopsia de testículo, mas deveria ter feito um congelamento dos espermatozoides primeiro e não fez, então, ele chegou a ter zero de espermatozoides, foi um custo reverter a situação (Entrevistada 18).

Os especialistas em reprodução assistida recomendam que as mulheres engravidem antes dos 35 anos. Até essa idade, uma mulher em boas condições de saúde é mais fértil e as chances de uma gestação ocorrer espontaneamente são maiores. Do ponto de vista fisiológico, o quanto antes a mulher procurar ter filho maior é a possibilidade de ela engravidar naturalmente e de gerar um filho saudável. Apesar disso, cresce cada vez mais o número de mulheres saudáveis que vêm postergado a maternidade para depois dos 30 anos (Corrêa, 2001; Carvalho, 2014; Ribeiro *et al.*, 2014).

A partir dos comentários, verifica-se que, ainda que as novas tecnologias reprodutivas possam ser utilizadas em defesa da autonomia da mulher, e apesar de ser realizada com o consentimento da própria mulher, existe ainda a necessidade de redobrar a atenção quanto à sua utilização. Carvalho (2014) e Corrêa & Loyola (2015) alegam que os impactos decorrentes da procrastinação da maternidade e da vivência da maternidade por meio da reprodução assistida ainda carecem de reflexão.

Caplan & Patrizio (2010) também comungam da mesma percepção, dizendo que o cenário é muito atual e pouco conhecido, tanto relacionado às mulheres que vivenciam a reprodução assistida quanto às crianças geradas por ela. Por isso, os profissionais de saúde estão mais atentos à gravidez tardia, dada a possibilidade de complicações para a mulher, o feto e, posteriormente, para o recém-nascido (Carvalho, 2014; Corrêa, 2001; Ribeiro *et al.* 2014). Assim, inúmeros são os pontos de reflexão que surgem de sua utilização e, por isso, é necessário que a mulher procure se informar o máximo possível.

A maioria das participantes disse ter criado o hábito de alertar as amigas e/ou pessoas próximas sobre a importância de investigar as questões biológicas, ginecológicas e de saúde, de forma geral, antes de tomarem a decisão de engravidar, principalmente se por meio das técnicas de reprodução assistida. As entrevistadas disseram que antes se consideravam bem informadas, mas foi somente ao longo do processo que elas de fato descobriram mais informações. Os depoimentos a seguir expressam essa preocupação:

Eu aviso mesmo para minhas amigas: “faça todos os exames que você puder”. Porque nós achamos que está tudo ótimo, que dá para esperar, mas quanto mais o tempo passa as coisas complicam. A minha ginecologista disse que depois de certa idade a mulher começa a desenvolver muitas coisinhas. Eu mesmo nunca iria imaginar que uma endometriose iria me atrapalhar tanto (Entrevistada 11).

Eu falo mesmo para mulheres que conheço: “não deixe para muito tarde não, porque depois dos 30 tudo piora. Eu mesmo levei um susto, achei que como estava tudo bem comigo, iria acontecer rápido. Mas infelizmente não foi assim o desfecho, né? Tudo bem, eu adotei, amo meus filhos, mas não foi nada fácil passar por isso. Muitas acham que porque é reprodução assistida vai dar tudo certo, mas a verdade não é bem esta. Então, eu alerta mesmo (Entrevistada 25).

Eu já procurei muito tarde, achei que engravidaria fácil porque era com a FIV, mas eu não consegui. Foi muito doloroso para mim na época. Então, hoje eu falo para as minhas amigas: “olha, não deixe para muito tarde não”, principalmente se for reprodução assistida. Vai que precise tentar mais vezes? E se aparece um outro problema? (Entrevistada 26).

Quando perguntadas como foi o período de gestação, se tiveram alguma intercorrência ou não, as respondentes narraram suas experiências. Algumas sofreram vários “efeitos colaterais”, outras alegaram que tiveram poucos desconfortos ou quase nada de intercorrências, o que significa que essas consequências variam de acordo com cada mulher:

Tive muitos efeitos colaterais [risos]. A gestação foi trigemelar, então, já foi uma gestação complicada por si só! Eram três crianças, e eu tive placenta prévia. Então, qualquer movimento mais brusco que eu fizesse tinha muito sangramento. Eu quase perdi os meninos várias vezes por causa da quantidade de sangramento. Então, eu precisei passar a gestação praticamente inteira de repouso, só levantava da cama basicamente para ir ao banheiro, para comer alguma coisa e para tomar banho. Não podia fazer muito esforço, não podia subir escada, não podia ficar muito tempo em pé, não podia ficar muito tempo sentada. Nossa, foi muito desgastante e, além disto, eu enjoava muito (Entrevistada 1).

Eu tive diabetes gestacional e minha pressão subiu um pouquinho no final, no mais foi tranquilo, curti tudo. Engordei vinte quilos, porque eu acho que de tanta felicidade que eu estava [risos]. Eu tive muita fome, então comi demais, demais... (Entrevistada 18).

Quanto aos fatores emocionais, todas reconheceram certo grau de tensão, desconforto e ansiedade no decorrer do processo. Uma delas afirmou: “Eu fiquei muito apreensiva, é um desgaste emocional muito grande” (Entrevistada 9). Outras também reiteraram essa questão:

A mulher tem que ter um equilíbrio emocional muito grande, caso contrário ela surta. Eu sofri demais. Cada vez que a FIV não dava certo eu ficava mais deprimida e angustiada (Entrevistada 1).

Eu fiquei tão mal... Eu achava que não iria sair daquela depressão. As tentativas frustradas acabam com o psicológico da mulher, e olha que como sou psicóloga eu entendo, mas nestas horas você só é gente... e gente sofre. E como eu sofri com tudo isto (Entrevistada 18).

Eu sofri horrores. Sofria quando a implantação não ia para frente. Sofria porque era muito dinheiro com medicações e o próprio tratamento. Sofria porque nestas alturas o relacionamento vai de mal a pior. Enfim, a mulher precisa ser forte e estar preparada, porque a barra é bem pesada emocionalmente (Entrevistada 23).

Grande parte das participantes fez menção ao tratamento ter exigido, inicialmente, certo repouso, além de vários exames, ultrassonografias e acompanhamento sistemático da evolução do tratamento. Muitas tiveram que sair várias vezes para fazer os exames e para acompanhar a evolução do tratamento. Uma explicou: “eu preferi que meu marido mesmo me aplicasse as injeções, pois não queria ficar dando explicações para ninguém, evitava ao máximo sair”

(Entrevistada 9). A Entrevistada 14 também demonstrou receio de que o tratamento a prejudicasse em relação ao trabalho:

Fiquei com muito medo no início, tanto que contei sobre o tratamento quando já não tinha como esconder. A gente sabe que a gravidez não é bem vista, né? Como o tratamento te exige um acompanhamento sistemático e rigoroso, em alguns casos até repouso absoluto, eu fiquei bastante preocupada (Entrevistada 18).

Como a maternidade ainda é um dos obstáculos enfrentados pelas mulheres que envolvem estereótipos e preconceitos de gênero e que retratam questões de natureza histórica, cultural e social (Lima *et al.*, 2009; Lopes *et al.*, 2014; Schein, 2007), foi perguntado às participantes como foi a reação da empresa, se algo havia mudado ou não durante o tratamento e posteriormente ao nascimento da criança.

Os relatos não foram consensuais e alguns casos demonstraram que o comportamento da organização, ou pelo menos da chefia imediata, foi colaborativo. As Entrevistadas 1 e 14 identificaram que de alguma forma houve suporte tanto no momento da gestação quanto no momento do retorno ao trabalho:

A empresa foi bastante flexível comigo, algumas coisas que eu conseguia fazer remotamente eu fazia. Durante minha gravidez também, quando era possível, eles permitiram que eu fizesse alguns trabalhos remotos. Quando voltei da licença-maternidade eles me realocaram, pois entenderam que eu não conseguiria viajar da mesma forma que eu viajava antes. Hoje eu viajo muito esporadicamente, faço mais trabalhos internos e continuo fazendo as consultorias, mas faço remotamente (Entrevistada 1).

O meu chefe da época foi uma pessoa sensacional. Hoje ele não está mais na empresa, mas ele foi sensacional comigo, me deu todo apoio. Ele fazia coisas que eu não acreditava [risos], por exemplo, quando saía para fazer os exames de monitoramento, que não eram poucos, ele me liberava e eu nem precisava voltar. Ele falava: “pode ir, eu seguro as pontas”. Nossa, foi sensacional! (Entrevistada 14).

Já as Entrevistadas 4 e 5 passaram por certo estigma quanto à volta da licença-maternidade:

Foi tão difícil, tão complicado a volta da licença-maternidade, pois existe certo preconceito de que a mulher não vai conseguir desenvolver o trabalho da mesma forma na empresa. Ninguém da minha chefia imediata me perguntou se estava tudo bem, se eu já tinha me organizado para focar no trabalho, eles simplesmente me descartaram. Eles logo me demitiram. E eu tinha uma estrutura familiar para me apoiar. Eu estava preparada e poderia continuar trabalhando e visitando os dois estados. É lógico que ia ser mais difícil, mas não era impossível, eu iria conseguir (Entrevistada 4).

Quando eu voltei eles foram me jogando para o escanteio. Minha chefe vivia fazendo piadinha, dizendo: “este projeto não dá para ela fazer, agora era tem um bebê para se preocupar”. Eu tolerei esta situação até vir para São Paulo (Entrevistada 5).

Conforme Lima *et al.* (2009) e Santos Coutinho e Menandro (2015), a maioria das mulheres continua a enfrentar dificuldades quanto ao retorno da licença-maternidade. Por falta de flexibilidade de algumas organizações, algumas delas são tratadas diferentemente dos demais funcionários, e em alguns casos chegam a ser demitidas. Vários outros autores (Buchheit *et al.*, 2015; Gammie & Whiting, 2013; Khlif & Achek, 2017; Lopes *et al.*, 2014) também registram que as mulheres, após o nascimento do filho enfrentam grandes desafios para se manterem nas organizações.

Dessa forma, ao mesmo tempo em que a utilização das tecnologias reprodutivas gera grande esperança, possibilitando a conquista da desejada gravidez, o tratamento mobiliza fortes reações emocionais, o que também justifica o grande interesse das mais diversas áreas do conhecimento em relação ao tema e a seus desdobramentos.

No Quadro 9 apresentam-se os principais achados dessa categoria, bem como as principais questões que surgiram corroboradas pela literatura brasileira e internacional.

Quadro 9 – Resumo dos principais achados da categoria I

| Categorias | Subcategorias | O que corrobora a literatura | Contribuições para literatura |
|--|---|--|---|
| A experiência do adiamento da maternidade | O lugar da carreira profissional | <p>1) A carreira ocupa lugar central na vida das mulheres e a estabilidade financeira é uma pré-condição para a maternidade. Por isso, as mulheres contemporâneas são caracterizadas por terem menos filhos e terem um perfil mais voltado para o trabalho remunerado do que para a maternidade.</p> <p>2) A falta de flexibilidade das organizações quanto às demandas femininas no que diz respeito à maternidade, tem se constituído em fomento à procrastinação da maternidade. Assim, a escolha pelo momento ideal da carreira para tornar-se mãe é um dos principais dilemas das mulheres na atualidade.</p> | <p>1) A mulher brasileira vem criando mecanismos para lidar com as questões de carreira e o relógio biológico. Um deles é a procrastinação voluntária da maternidade para depois dos 30 anos, principalmente por motivos relacionados à carreira, pautada na esperança de vivenciar a maternidade posteriormente por meio das técnicas de reprodução assistida. Desse modo, as mulheres contemporâneas têm utilizado as técnicas de reprodução assistida como um meio de lidar com os impasses de conciliar a carreira e o relógio biológico.</p> |
| | O parceiro afetivo | <p>1) Como as mulheres precisam dispensar grande parte do seu tempo para atender às demandas da carreira e do desenvolvimento intelectual, elas acabam potencializando as dificuldades de se encontrar um parceiro afetivo.</p> | <p>1) Na maioria dos casos, quando as mulheres encontram um parceiro afetivo já estão com idade em torno dos 30 anos e, até que o relacionamento se estabilize e o projeto da maternidade se inicie, muitas vezes a mulher não consegue mais engravidar naturalmente, precisando recorrer às técnicas de reprodução assistida.</p> |
| | O alerta do relógio biológico | <p>1) Apesar da procrastinação ser voluntária, ainda assim as mulheres sentem-se angustiadas em relação ao ativar do seu relógio biológico. Muitas só se sentem despertadas para a maternidade quando o relógio biológico já está prestes a soar. Apesar de a Medicina Reprodutiva ter avançado bastante, ainda não conseguiu extinguir o efeito negativo do tempo na capacidade reprodutiva da mulher.</p> | <p>1) Geralmente as mulheres não percebem que estão adiando a maternidade e grande parte delas não consegue mais engravidar naturalmente e passa a necessitar do auxílio das técnicas de reprodução assistida para se tornarem mães. As mulheres contemporâneas tendem a utilizar as técnicas de reprodução assistida como um meio de controlar o relógio biológico.</p> |
| | O processo de reprodução assistida | <p>1) Entre outros fatores que desencadeiam o crescimento da demanda pela reprodução assistida está a figura da mulher contemporânea. Muitas mulheres que almejam ter filhos e se deparam com a impossibilidade de engravidar pelas vias naturais acabam recorrendo à opção de reprodução assistida. Estão presentes os impasses quanto aos óvulos e/ou embriões congelados, bem como a insegurança em torno da atuação ética dos profissionais envolvidos.</p> | <p>1) Se por um lado a utilização das técnicas de reprodução assistida permite atingir objetivos que anteriormente eram considerados praticamente impossíveis, por outro lado produz grandes desgastes físicos e psíquicos às mulheres que se submetem ao tratamento. Além disso, há a preocupação com o custo do tratamento e a angústia vivenciada quando a tentativa se frustra.</p> |

Fonte: dados da pesquisa.

4.2 Impactos na vida pessoal

Essa categoria de análise interpreta os impactos ocorridos na vida pessoal das mulheres, causados em virtude da experiência do adiamento da maternidade e da vivência do processo de reprodução assistida, no que se refere a: rotina familiar, organização do tempo, vida conjugal, entre outros.

4.2.1 Rotina familiar: organização, tempo e prioridades

Quanto aos impactos na vida pessoal, as entrevistadas citaram pontos relacionados à rotina familiar, por exemplo, questões de organização familiar, administração do tempo e das prioridades da família. Entre esses pontos está a disparidade da divisão das tarefas domésticas entre as mulheres e seus parceiros, sobrecarregando a rotina das mulheres com novas tarefas com as quais elas passaram a administrar, integrando-as ao seu dia a dia.

Sobre as demandas em relação aos filhos, as entrevistadas alegam que ficaram responsáveis por praticamente todas elas, tais como levar para a escola, para cursos de idiomas, para praticar esportes, para consultas médicas, bem como auxiliar nas tarefas, apresentações e eventos escolares. Os comentários a seguir ilustram bem a questão:

Após a chegada dos meus filhos tudo mudou no meu cotidiano. Aliás, tudo muda depois da maternidade, a rotina da família... tudo, né? Tudo virou de cabeça para baixo. O marido não ajuda, tudo fica por minha conta e ainda tem o trabalho. Confesso que tem dia que eu trabalho praticamente arrastando de tão cansada. A rotina deles é praticamente toda minha, é muito sufocante, ainda mais porque os meus são gêmeos. Meu marido não se envolve muito e eu fico muito sobrecarregada (Entrevistada 14).

Muda tudo na rotina da casa. Eu fiquei muito angustiada no início, pois são muitas coisas para organizar, o trabalho que precisa continuar. Eu tenho uma empregada em casa que me ajuda bastante com a rotina das crianças e da casa, porque meu marido é taxista e não tem como ajudar neste sentido (Entrevistada 10).

Nossa, minha vida virou uma loucura. Meu casamento acabou, né? Ele não suportou a pressão. Eu tenho que me virar com tudo. Tenho uma enfermeira que toma conta da minha filha, que é síndrômica, e eu preciso trabalhar dobrado porque é caro manter tudo. A rotina não é fácil, é desgastante e eu tenho que trabalhar duro. Às vezes fico chateada porque seria bom que ele interagisse mais com ela para melhorar o desenvolvimento, mas fazer o que né? (Entrevistada 4).

Olha, tudo sou eu. Levar ao médico, ao judô, à escola... tudo é por minha conta. A mulher precisa ser malabarista. Sério [risos] não sei como eu ainda consigo trabalhar. Eu precisei me reorganizar, estabelecer prioridades, tempo para cada coisa na tentativa de amenizar (Entrevistada 3).

Compreende-se, portanto, que maioria das mulheres, independentemente da classe social, ainda assume grande parte das demandas do lar e dos cuidados aos filhos, enquanto o homem continua se envolvendo menos com as rotinas domésticas e com a educação dos filhos (Alzuguir & Nucci, 2015; Andrade, 2012; Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Ciscon-Evangelista *et al.*, 2013; Corrêa & Aquino, 2015; Mota-Santos & Carvalho Neto, 2017). Para as mulheres participantes deste estudo a percepção é a mesma, pois a maior parte delas vivencia o excesso de atividades realizadas dentro e fora de casa, como demonstra o depoimento da Entrevistada 5:

Amo meus filhos, não me arrependo em nenhum momento de tê-los, mas o fato de ser gêmeos é muito complicado, ainda mais porque eu ainda continuo trabalhando fora. Costumo dizer que quando eu chego em casa, estou indo para meu segundo turno [risos]. Meu marido me ajuda muito pouco, às vezes troca as fraldas quando é o número 1, porque se for o número 2 nem pensar... Ele nunca fez uma mamadeira, para você ter uma ideia (Entrevistada 14).

As participantes mencionaram também que se sentem um pouco pressionadas pelo meio social na busca por uma carreira profissional e desenvolvimento acadêmico elevado. Para algumas, ocupar um cargo de alto escalão e ter alta escolaridade é, de certo modo, um parâmetro para serem reconhecidas como bem-sucedidas. Para outras, é a garantia de que terão seus próprios rendimentos financeiros e que com eles poderão, caso seja necessário, manter as despesas da casa e dos filhos sozinha.

Hoje em dia a mulher precisa trabalhar, ter um bom salário e, é claro, precisa ter estudado muito para isto. Eu acho que eu poderia ter me dedicado mais, ter corrido atrás, ter feito um mestrado, ter investido mais em mim, a sociedade cobra isto. Não tem jeito, é uma certa pressão, para ser reconhecida no mercado precisar correr atrás destas coisas. Eu não conheço uma profissional bem-sucedida que não ganhe muito bem... (Entrevistada 2).

Atualmente, percebe-se mudança no que diz respeito ao sustento da família. Ao contrário do que ocorria antigamente, na família tradicional burguesa, quando o homem era o único provedor do lar, hoje a mulher participa efetivamente do sustento financeiro da família. Observa-se que as famílias contemporâneas tendem a fazer divisão das despesas da casa entre a mulher e o marido. Além disso, é possível encontrar famílias em que as mulheres assumem essa responsabilidade de forma integral (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Ciscon-Evangelista *et al.*, 2013; Mota-Santos & Carvalho Neto, 2017; Rocha-Coutinho, 2007; Santos, 2012; Teykal & Rocha-Coutinho, 2007; Vieira & Amaral, 2013).

Sinceramente eu acho que a mulher se deu mal [risos]. Hoje a mulher precisa trabalhar para cuidar de si e da família, enquanto antigamente a responsabilidade de sustento da família, por exemplo, era do homem. Além de ter que ajudar financeiramente a mulher continua a ter as responsabilidades de antes: casa, crianças, etc. (Entrevistada 5).

A maioria das participantes mencionou vantagens de ser ter a própria renda, principalmente quando a remuneração é elevada. Entretanto, elas se queixam da sobrecarga de trabalho e disseram cobrar de si mesmas, cada vez mais, melhor remuneração. De acordo com as participantes, esse cenário tem contribuído para que a mulher trabalhe mais horas e, de igual modo, dispense mais tempo aos estudos, a fim de obter melhores posições no mercado de trabalho e, conseqüentemente, melhores rendimentos financeiros para o sustento familiar.

Essa rotina é estressante para as mulheres, que se sentem sobrecarregadas. Foi possível observar que, devido à tripla jornada enfrentada, as mulheres têm sido acometidas por doenças tais como: estresse, depressão e crises de ansiedade. E como elas precisam dedicar muitas horas ao trabalho, vários aspectos da vida pessoal ficam prejudicados. Muitas vezes elas não têm tempo de praticar esporte, ter *hobbies*, enfim, não têm tempo, inclusive, para o próprio relacionamento conjugal.

É preciso realçar que as mulheres contemporâneas não desejam abrir mão do trabalho; sua objeção é em relação ao desgaste gerado pelas demandas, que são intensas, como demonstrado nas falas das Entrevistadas 1, 19 e 21:

Eu gosto de ter meu próprio dinheiro sem dúvida, mas eu também sei como é duro ter que trabalhar tanto... Eu gostaria de ter mais qualidade de vida e ter mais tempo livre para meus filhos (Entrevistada 1).

A mulher hoje em dia precisa ganhar bem, isso é fato! Quando se têm filhos os gastos são muito altos, e para ganhar bem todo mundo sabe que é preciso estudar muito, gastar tempo para se preparar para o mercado. Daí, muitas vezes é que o relacionamento despenca, porque o marido não ajuda, fica tudo nas costas da mulher. A mulher ainda fica muito sobrecarregada, sinceramente eu acho que a mulher só ficou no prejuízo. Meu casamento terminou por causa disto, ele não deu conta e pulou fora e hoje eu me viro sozinha (Entrevistada 21).

A rotina das crianças é praticamente toda minha. E a rotina da casa também. Temos uma faxineira uma vez na semana, mas o dia a dia sou eu quem precisa organizar (Entrevistada 19).

A busca pelo equilíbrio entre trabalho e família tem sido alvo de vários estudos (Barbosa & Rocha Coutinho 2007; Fleck & Wagner, 2003; Jablonski, 1998; 2003; 2007; 2010; Lopes *et al.*, 2014; Santos, 2012; Scavone 2001), visto que essa dinâmica gera conseqüências importantes para a vida pessoal das mulheres, por exemplo, na vida conjugal. Vitória Guimarães (2012) destaca que não se trata

apenas de um dilema entre carreira profissional e família, trata-se de adquirir as competências necessárias para lidar com os desafios decorrentes dessa dinâmica.

Outros autores (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Mota-Santos & Carvalho Neto, 2017; Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007; Santos, 2012; Vieira & Amaral, 2013; Vitorello, 2013) acrescentam que a inserção, cada vez maior, da mulher no mercado de trabalho trouxe diversas consequências, sendo que a principal delas diz respeito à tripla jornada que a mulher passou a enfrentar. Algumas participantes deste estudo destacaram que são elas que empregam mais tempo no cuidado aos filhos e que se sentem extremamente sobrecarregadas.

Percebe-se, assim, que são as mulheres que ainda dão conta da maioria das tarefas, são elas que frequentam reuniões da escola ou que faltam ao trabalho em caso de doença das crianças, o que é confirmado por Santos (2012), cujos estudos confirmam mais participação das mulheres nas atividades relacionadas aos filhos (Rocha-Coutinho, 2007; Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Mota-Santos & Carvalho Neto, 2017; Santos, 2012; Vieira & Amaral, 2013; Vitorello, 2013).

Apesar de compreender a necessidade de dividir melhor as demandas com seus parceiros, a maioria das entrevistadas não obteve êxito nesse quesito e, por isso, precisa recorrer muitas vezes à ajuda de terceiros, tais como a empregada doméstica, a babá, os familiares, os amigos e, em grande parte dos casos, os berçários e as escolas de tempo integral.

Terceirizo muita coisa do meu filho: tem motorista para a escola, funcionário que leva para natação, balé e inglês. Brinco que tenho dois empreendimentos: a empresa e o filho [risos]. Preciso administrar bem a rotina, para estar em sintonia também como os meus funcionários. A empregada, a babá e o motorista precisam realizar as tarefas de acordo com meus valores (Entrevistada 18).

Verifica-se a ausência de políticas públicas e práticas organizacionais que promovam a flexibilidade, ou seja, ações práticas que visam atender às necessidades das mães trabalhadoras com uma jornada de trabalho reduzida e/ou até mesmo a facilidade de trabalharem ao estilo *home office* (Andrade, 2012; Carvalho Neto *et al.*, 2010). Por isso, nota-se que tem se tornado cada vez mais comum os pais buscarem auxílio do que se pode chamar de rede de apoio (Dessen & Braz, 2000; Santos, 2012; Travassos-Rodriguez & Féres-Carneiro, 2013). A rede de apoio dá suporte à família em relação ao cuidado aos filhos. Essas tarefas, que caberiam aos pais e que na maioria das vezes são exercidas exclusivamente pela

mãe, são agora compartilhadas com as creches, escolas, parentes, babás, entre outros (Travassos-Rodriguez & Féres-Carneiro, 2013).

A rede de apoio possibilita que os pais se dediquem ao trabalho e, ao mesmo tempo, oferece os cuidados de que as crianças necessitam (Dessen & Braz, 2000; Travassos-Rodriguez & Féres-Carneiro, 2013). Os relatos das participantes evidenciaram que, apesar de contar com essa rede de apoio, quando elas voltam para casa dedicam-se com a mesma intensidade às atividades domésticas. Sabe-se que alguns homens participam dessas funções, mas ficam aquém da energia que as mulheres tendem a empregar nelas.

Para me organizar melhor tive que colocar meus filhos, que só estudavam na parte da manhã, para fazer cursos de natação e inglês e a passar mais tempo na escola e às vezes na casa da minha mãe também. Muitas vezes, eu saía do trabalho tarde e, quando ia buscá-los, eles já estavam dormindo. E quando eu chegava em casa ainda precisava dar conta da rotina da casa e preparar tudo para o dia seguinte (Entrevistada 8).

Tais dados vão ao encontro das publicações sobre o tema. Scavone (2001) e Santos (2012) destacam que as mulheres precisam organizar as tarefas do lar a fim de darem conta da rotina. Grande parte delas, devido à intensa jornada de trabalho, precisa contar com a ajuda de empregados. Desse modo, além de as mulheres terem de lidar com a rotina intensa do trabalho, ainda necessitam administrar os empregados e as demandas dos filhos, uma vez que os parceiros praticamente não se envolvem com as exigências domésticas.

Além disso, as participantes que possuem mais de um filho compartilharam que houve alterações na rotina da família com a chegada do segundo filho. Apesar dessa percepção não ter se apresentado de forma consensual, os relatos das Entrevistadas 3, 8 e 10 abordam bem a questão:

A rotina modificou muito com a chegada do Lucas. Nossa, eu quase surtei. Tive que contratar uma pessoa para ficar horário integral comigo. A Isadora já estava com 3 anos e já tinha a rotina dela, mas precisamos nos reorganizar com a chegada dele. Foi meio que um caos mesmo [risos]. Mas depois conseguimos nos organizar melhor (Entrevistada 10).

Tinha a questão da insegurança da Ana Clara, acho que ela pensava: é um bebê novo será que vai me tirar do meu espaço? A rotina que já estava organizada mudou toda novamente. E como a Ana Clara tinha muito medo de perder espaço, o comportamento dela mudou também. Ela ficou muito carente e eu precisava cuidar do bebê e ao mesmo tempo precisava dar atenção a ela. Como o homem não tem licença-paternidade, para a mulher foi ainda mais difícil, pois tinha que lidar com a situação sozinha. Foi difícil, porque praticamente eu tinha dois bebês, porque quando a criança é adotada, é como se ela nascesse na família naquele momento que ela chega, ela já tinha 5 anos mas tinha pouco tempo que estava conosco (Entrevistada 8).

Todo mundo fala: o segundo filho é mais fácil. Fácil nada! Eu tive que me readaptar. Já tinha me esquecido de várias coisas, principalmente que nos três primeiros meses eu não dormiria nada. Mas eu tinha que estar à disposição para o outro no dia seguinte. Até o relacionamento conjugal fica prejudicado, a mulher fica exausta. É claro que passa, mas até passar este primeiro momento foi “osso” (Entrevistada 3).

Com a chegada de outro filho surge, então, uma nova fase para a família, em que emergem transformações significativas na rotina e na organização familiar, o que exige do casal novos planejamentos, pois surgem novas exigências de tarefas e funções para cada um, e por isso uma necessidade de reorganização (Biffi & Granato, 2017; Pereira & Piccinini, 2007).

Verificou-se, portanto, que a chegada do segundo filho altera a rotina e a dinâmica emocional do casal. Novos papéis serão assumidos, tanto na própria família, como na sociedade. Em alguns casos o segundo filho traz uma dose de insegurança e incerteza, maior que a experimentada com o primeiro filho. A expectativa de ser um bom pai ou uma boa mãe paira nos pensamentos e idealizações do casal, que pode enfrentar momentos de intenso estresse ao reestruturar a rotina familiar (Biffi, 2014; Biffi & Granato, 2017; Jablonski, 2010; Loureiro *et al.*, 2012; Pereira & Piccinini, 2007).

Outro aspecto abordado entre as principais queixas das entrevistadas foi a falta de participação dos parceiros na criação dos filhos e na rotina familiar, visto que estes não interagem com os filhos, tampouco colaboram nas suas atividades.

Percebo que as crianças sentem falta dele, de brincar com ele. Eu queria que ele participasse mais da rotina das crianças, acho que seria muito bom para elas, sabe? Enfim, é bem puxado esta rotina toda (Entrevistada 14).

Meu marido quase não tem tempo para nossa filha, isto me chateia bastante. Filho não é só de um, é dos dois. Para ensinar para casa, é por minha conta, para levar ao médico, também. Outra coisa, as crianças sentem necessidades de ficar com o pai, isto faz parte do desenvolvimento afetivo, né? Eu fico muito chateada por causa disto (Entrevistada 7).

Como meu marido exerce um cargo político, acaba ficando mais fora do que em casa, e o tempo de qualidade dele com as crianças basicamente não existe. É claro que isto não é ideal e me chateia bastante (Entrevistada 25).

Percebe-se, então, que a vida moderna apresenta novos espaços de expressão, tanto para os homens quanto para as mulheres, uma vez que ao conquistar espaço no mercado de trabalho a mulher preza por mantê-lo e conta com que o parceiro assuma de maneira ativa a corresponsabilidade pelas demandas dos

filhos. Além disso, é esperado que o parceiro desenvolva um relacionamento afetivo mais integral com os filhos (Jablonski, 2003; 2007; 2010; Scavone, 2001).

Biffi (2014) e Biffi e Granato (2017) corroboram ao afirmar que, certamente, a relação familiar desenvolvida de maneira equilibrada pode ser benéfica para todos, principalmente para os filhos, que têm a oportunidade de usufruir da presença constante dos pais. De acordo com especialistas em educação infantil, os pais exercem papel fundamental na interação com a criança e, conseqüentemente, em seu desenvolvimento, sendo aconselhável que os pais colaborem mutuamente na rotina da criança (Paula, 2012; Pitombo, 2007). Desse modo, é plausível a preocupação das participantes quanto à ausência do parceiro nas demandas diárias dos filhos.

Essa falta de participação do parceiro não traz prejuízos apenas ao desenvolvimento dos filhos, mas também ao próprio relacionamento afetivo. Biffi e Granato (2017), ao tratarem do processo de transição para a parentalidade, asseguram que o nascimento de um filho pode ocasionar grandes impactos na vida conjugal que se não forem bem administrados resultam, muitas vezes, em momentos de tensão e conflitos familiares.

4.2.2 *Relacionamento conjugal*

Uma vez que o corpo e o psíquico funcionam em conjunto, pode-se pensar que não existe tratamento de reprodução assistida sem uma boa dose de ansiedade e, por isso, o processo pode causar abalos na vida do casal, tanto durante quanto depois do tratamento. A fala da Entrevistada 8 ilustra como a ansiedade e o sofrimento emocional decorrente do tratamento podem interferir negativamente no relacionamento:

Em termo de relacionamento é muito angustiante, muito sofrido. Porque com o tratamento você altera muito o humor, fica impaciente, então o marido sofre muito. O relacionamento acaba se desgastando emocionalmente e até fisicamente. Nós dois estávamos exaustos, pois, a cada vez que eu achava que tinha engravidado e eu menstrava, era terrível, muito triste. Eu só conseguia chorar e não tinha clima para cuidar da relação. Nós dois nos sentimos impotentes e foi muito complicado este momento do nosso casamento (Entrevistada 8).

Algumas das entrevistadas abordaram essas conseqüências desfavoráveis ao relacionamento sobre outra perspectiva, a do estresse que aumentou após o

nascimento do filho. Elas disseram que já vinham experimentando um nível considerável de estresse ao longo do processo de reprodução, mas que houve piora significativa depois da chegada do recém-nascido. Conforme já abordado nessa categoria, a mulher continua como a principal responsável pelo cuidado dos filhos, e esse fato, somado ao cenário contínuo de estresse, afeta negativamente o relacionamento conjugal. As falas das Entrevistadas 12 e 21 retratam essa questão:

Eu fiquei ainda mais chateada com meu marido após o nascimento do meu filho, eu esperava que ele fosse ser mais participativo. Eu fiquei muito decepcionada com a atitude dele, principalmente porque para ele a vida continuou. Meu filho sempre acordou muito durante a noite, hoje diminuiu bastante, mas ainda ele acorda e meu marido simplesmente dorme e não quer nem saber... Um de nossos atritos é este, porque ele diz que o sono dele é pesado e sempre se justifica dizendo: "você sabe como eu fico quando eu acordo de madrugada". OK! Mas, e eu, como fico nesta história?! Eu também não fico bem, mas eu não tenho opção A, B, C, D... é acordar e pronto. A falta de parceria atrapalhou muito nosso relacionamento (Entrevistada 12).

Quando meu filho nasceu eu estava em fase final do meu mestrado e, além disto, eu trabalhava. Meu ex-marido não me ajudava em nada, ele tentava sabotar o meu progresso. Ele deixou tudo por minha conta, e eu entrei em uma estafa muito intensa, quase não consegui defender (Entrevistada 21).

Wheatley (2012) reitera esse ponto ao dizer que divisões não igualitárias das demandas domésticas continuam a produzir reflexos negativos na vida das mulheres. Nota-se que essa questão acabou favorecendo o divórcio das Entrevistadas 4, 17 e 21:

Quando me separei dele meus filhos iriam completar dois anos de idade. Eu sabia que o casamento não iria durar muito tempo do jeito que vinha acontecendo..., eu sobrecarregada, cuidando dos filhos e ele, além de não ajudar, se envolveu com outras mulheres fora do casamento, sob a alegação de que eu não dava mais atenção a ele (Entrevistada 17).

Quando meus filhos estavam com dois anos nós nos separamos. Eu ainda sou divorciada. O processo como um todo abalou muito o nosso casamento. E eu ainda acho que tem muito a ver com essa vida louca que a mulher está levando hoje em dia. Com essa tripla jornada, os casamentos estão acabando. Eu conheço várias amigas divorciadas, muitas em função de trabalho ou até dos filhos mesmo (Entrevistada 4).

Meu ex-marido não colaborou em nada, sabe? A rotina era muito estressante e ele não se envolvia. Ele simplesmente continuou a vida dele, até a nossa relação se tornar insuportável (Entrevistada 21).

As participantes foram consensuais ao dizer que o relacionamento conjugal sofreu interferência após a chegada do filho. Para as que se divorciaram, a principal alegação para o término do relacionamento baseou-se na prerrogativa de que elas não se sujeitariam a um relacionamento que não lhes trazia mais algum benefício.

Uma delas disse: “Eu preferi abri mão, eu não queria ficar em um casamento onde só um levava vantagem. O casamento precisa favorecer os dois (Entrevistada 21).

Isso demonstra que o século XXI vem sendo marcado pela pluralidade dos modelos de conjugalidade, como a não obrigatoriedade da formalização da união e a facilidade de se obter o divórcio. Diferentemente dos modelos tradicionais anteriores, o casamento passa a ser uma escolha baseada em laços de afinidade, proximidade e na busca de benefícios para ambos (Alves-Silva *et al.*, 2016; Scavone, 2001; Zordan *et al.*, 2012).

Outra questão levantada foi a da independência financeira que as entrevistadas possuíam. O fato de serem economicamente ativas e se autossustentarem favorecia a possibilidade do rompimento do relacionamento. Nesse sentido, Zordan *et al.* (2012) corroboram ao identificar que quanto mais independente economicamente é a mulher, mais exigente ela se torna.

Essa independência financeira libera a mulher para considerar outros aspectos que definem a qualidade e a satisfação conjugal. Desse modo, elas tendem a não permanecer em um relacionamento pouco satisfatório, assim como também não hesitam em levar ao Judiciário seus impasses com o ex-cônjuge, especialmente quando existem filhos envolvidos (Alves-Silva *et al.*, 2016; Jablonski, 1998; 2003; 2007; 2010; Scavone, 2001; Zordan *et al.*, 2012).

Percebe-se também que para a maioria das entrevistadas a maternidade foi caracterizada como uma experiência arrebatadora, em que a mulher se vê completamente tomada pelos cuidados ao filho recém-chegado e também, emocionalmente, pela experiência de ter gerado um pequeno ser pelo qual ela é totalmente responsável. Muitas relataram que, em decorrência disso, o parceiro se sentiu deixado de lado, provocando um certo desgaste na relação conjugal.

Nota-se, então, que após o nascimento da criança todas as atenções são direcionadas para ela, e à medida que o tempo passa a relação conjugal vai sofrendo interferências da nova rotina, fazendo com que o casal não tenha mais o tempo necessário para se dedicar à sua relação. Outro aspecto lembrado foi a quebra na privacidade do casal. Como a rotina da casa e da família acaba se voltando ao recém-nascido, a presença de babás, dos familiares e até mesmo do próprio recém-nascido pode vir a comprometer a intimidade do casal. Assim, o casal enfrenta alto nível de estresse ao lidar com essa questão, até encontrar novamente o equilíbrio conjugal.

Soma-se a essas questões o grau elevado de dificuldade quando a gravidez é de múltiplos. Das mulheres entrevistadas, 44% tiveram gestação gemelar e 8% trigemelar, fato que, na percepção delas, provocou elevado nível de irritação e cansaço, principalmente devido à dificuldade em saber lidar com mais de um recém-nascido ao mesmo tempo. Todo esse contexto, segundo essas mulheres, ocasionou grandes desgastes no relacionamento conjugal.

Depois que nasce realmente a rotina muda, não tem jeito. Às vezes o negócio ficava feio mesmo [risos]. Eu ficava muito cansada, a rotina de lidar com um é difícil, mas lidar com três crianças recém-nascidas ao mesmo tempo é extremamente desgastante. Eu tinha uma pessoa que me ajudava, mas na hora de amamentar, por exemplo, era só eu. Então, independente do horário eu tinha que parar para amamentar, eu virei quase uma caveira, só via os olhos [risos]. Os meninos mamavam a noite inteira, e quando eles dormiam era que eu dormia (Entrevistada 17).

Não foi fácil não, lidar com a rotina dos bebês, acho que não é fácil para nenhuma mulher. Seja com um filho, seja com gêmeos. Mas sinceramente, acho que com gêmeos é pior. Tudo é em dobro: banho, mamadeira, troca de fraldas, enfim, é tudo mais complicado (Entrevistada 14).

Muitas vezes, a realização de ser mãe é tão grande, que a mulher coloca toda sua energia e todo o foco para o bebê, e a relação acaba por ficar esquecida. Eu acho que as mulheres precisam ficar mais atentas para que o filho tão desejado não seja prejudicial para a relação do casal, pois não é legal criá-lo sem a presença do pai. Todo mundo sabe que isto não é bom para um desenvolvimento emocional sadio da criança (Entrevistada 24).

Um achado deste estudo é que a maioria dos cônjuges das entrevistadas não soube lidar bem como as demandas dos filhos gemelares, o que ocasionou significativo desgaste na relação conjugal. Chechi Fiorin *et al.* (2014) exemplificam que é comum o homem apresentar insegurança e distanciamento no período gestacional, demonstrando dificuldade em lidar com o momento novo. As mães de gemelares participantes deste estudo experimentaram tanta exaustão que uma atitude colaborativa dos parceiros era o que elas mais desejavam, mas, como já mencionado, eles se distanciaram, acabando por criar um afastamento entre o casal.

Segundo Lamy *et al.* (2012), é necessário que o parceiro não só se envolva nas rotinas, mas também seja paciente com o ritmo e o envolvimento da mulher com o recém-nascido. Nessa perspectiva, é importante, ainda, que o pai estabeleça um relacionamento de intimidade e construa um vínculo com a criança, que, até então, só se relacionava com a mãe (Dessen & Braz, 2000).

Na tentativa de minimizar o desgaste no relacionamento e se dedicarem mais ao relacionamento, as participantes disseram que tomam a iniciativa de terceirizar a

rotina das crianças para babás, motoristas, domésticas, etc. Assim, elas tentam administrar o tempo de acordo com que tenham algum tempo de qualidade com o parceiro. Grande parte das entrevistadas demonstrou que esse cenário também não é o que elas consideram ideal. A maioria delas se sente desconfortável em passar pouco tempo com os filhos e que tal situação, algumas vezes, traz sentimento de culpa.

4.2.3 Sentimento de culpa/incompletude

O sentimento de culpa surgiu em alguns depoimentos, geralmente ligados a fatores como a demora da gravidez ocorrer e a falta de tempo de qualidade com os filhos. Apurou-se que quando a confirmação da gravidez levou mais tempo do que o esperado, a ansiedade e a culpa se manifestaram. Algumas entrevistadas alegaram que se sentiam culpadas, pois sabiam que existia certa expectativa em torno delas para que a gravidez ocorresse o quanto antes, devido ao fato de terem mais de 30 anos.

Na percepção delas, a sociedade perpetua a ideia de que a feminilidade se expressa quando uma mulher é capaz de gerar outra vida, e essa expectativa aumenta principalmente quando a mulher atinge a idade de 30 anos e/ou está em um relacionamento duradouro. Para algumas participantes essa cobrança velada desencadeou a sensação de incapacidade, por não satisfazer o que os outros esperavam e por não cumprir o seu papel de mulher na sociedade.

Tal questão surgiu principalmente entre as participantes que foram adiando a maternidade porque deram ênfase à carreira e entre as que não obtiveram êxito com o processo de reprodução assistida e não se tornaram mães biológicas. Para estas últimas, não serem mães biológicas lhes trouxe sensação de inferioridade, tristeza, solidão e incompreensão, levando-as a se sentirem culpadas e/ou incompletas, como depõem as Entrevistadas 7 e 16:

Eu tento não ficar pensando nisto, mas, quando o julgamento alheio aparece, o que acontece na maioria das vezes [risos], a culpa cresce ainda mais (Entrevistada 16).

Durante um tempo eu pensava “eu me sinto estragada”, “eu não sou mulher o suficiente”; “que espécie de mulher eu sou que não consegue nem gerar um filho?”. Depois, com o passar do tempo, eu entendi que eu poderia ser mãe, poderia exercer a maternidade adotando uma criança, então, foi o que eu fiz (Entrevistada 7).

Além disso, as respondentes falaram a respeito da falta de experiência com o próprio exercício da função materna. A necessidade de dispensar cuidados em tempo integral ao recém-nascido e a mudança de rotina as surpreenderam, causando, assim, sensação de fracasso e impotência. Para as mães tardias, as alterações no dia a dia foram intensas, uma vez que elas estavam acostumadas a uma vida independente e sem interferências. Desse modo, muitas contaram que se sentiram culpadas por não terem tido filhos quando eram mais jovens, pois a disposição física e emocional já não é mais a mesma.

Eu me arrependo profundamente por não ter tido meu filho antes, hoje eu percebo que meu pique é outro. Infelizmente a idade chega e a disposição não é a mesma de quando estava com 30. Por vezes eu me pego terceirizando o lazer dele. Tem um casal de amigos que são muito animados e tem uma filha da idade dele, então direto eu permito ele se divertir com eles. Mas é claro que eu sinto muito por isto (Entrevistada 16).

Única coisa que fico pesando é que a disposição física não é a mesma de uma mãe mais jovem. Quando eu chego em casa e que o Bê [filho] vem correndo para brincar eu penso: “meu Deus, me ajude a ter ânimo” (Entrevistada 12).

Grande parte das entrevistadas reconheceu sentir culpa também por não passar tempo suficiente com os filhos, a fim de garantir que eles cresçam bem. Embora, quase sempre, os filhos estejam bem-assistidos pela família e/ou por pessoas de confiança, como babás e profissionais de escolas de tempo integral, ainda assim o sentimento de culpa se faz presente.

Como eu sempre saía muito tarde do escritório e quase não passava tempo com ele, sempre tinha uma de nossas ajudantes que ficava com ele, e ainda tinha o motorista para levar e buscar na escola. Porém esta situação me incomodava bastante e eu me sentia mal por não estar com ele. Daí eu firmei um compromisso de buscá-lo na escola pelo menos duas vezes na semana. Este momento se tornou muito importante para ele e para mim também. Além disto, eu tenho ajudado com o dever de casa. Inclusive eu tive um retorno muito positivo da escola de que, quando eu ajudo com os deveres de casa, ele avança muito melhor. Então eu assumi esse compromisso também (Entrevistada 16)

Desse modo, o sentimento de culpa apareceu em 76% das entrevistadas. Na maioria das vezes, isso está relacionado à ausência delas no lar e à quantidade de horas dedicadas por elas ao trabalho e/ou ao estudo. Essas mulheres se sentem culpadas por não passarem mais tempo livre com os filhos, por não os levar para passear ou por não poderem participar de todas as reuniões da escola. Outras já se sentem culpadas por terem que deixá-los em horário integral na escola e vê-los praticamente durante os momentos em que estão dormindo.

Esses dados convergem com a literatura. Tanto mães que fizeram FIV como as que tiveram filhos de forma natural se sentem culpadas por vários motivos. Como diz a Entrevistada 5, “a culpa é inerente à maternidade” (Calçada, 2013; Travassos-Rodriguez & Féres-Carneiro, 2013; Weber *et al.*, 2017).

Sentimos culpa o tempo inteiro. Eu vivia pensando: “poxa, eu quis tanto ter meus filhos, e agora não tenho tempo para ficar com eles. Infelizmente eu tinha que trabalhar, não tinha outro jeito”. Aí você começa a pensar: “será que eu estou terceirizando a educação, a criação dos meus filhos?”. Mas ao mesmo tempo nós queremos dar o melhor para ele. Claro que vem a dúvida também, né? O que é o melhor? Aí você pensa: “o melhor não é o amor, não é a presença?” Simplesmente é uma loucura, um beco sem saídas (Entrevistada 4).

Depois que o filho nasce, vem uma gama de questões em nossa cabeça. Vêm as preocupações e também a culpa, pois, ao sair para trabalhar você se sente culpada por estar deixando a criança. Se você deixa na escolinha o dia inteiro, se sente culpada também pela criança estar na escolinha o dia inteiro. É um misto de emoções (Entrevistada 14).

Costumo dizer que a culpa é inerente à maternidade. Antes de parar de trabalhar me sentia culpada por estar no trabalho, me sentia culpada até quando estava trabalhando em casa e não passava tempo de qualidade com ela (Entrevistada 5).

Apesar do sentimento de culpa estar presente na maioria das falas das entrevistadas, contraditoriamente mais da metade das mulheres se referiu à opção de ser mãe tardiamente como a que apresenta mais benefícios, visto que já têm uma vida mais estável e que se sentem mais preparadas para assumir o papel de mãe. Grande parte associou a maternidade tardia à maturidade, a uma forma mais responsável de ser mãe.

Acho que não me arrependo de ter tido filho mais tarde, eu acho que eu estava mais madura e bem preparada para a maternidade (Entrevistada 23).

A maternidade tardia tem suas vantagens, a primeira delas é que estamos em um momento de mais maturidade. Outro ponto positivo é que a vida profissional já está encaminhada e isto traz uma certa tranquilidade (Entrevistada 24).

Das mulheres entrevistadas que não conseguiram êxito no processo de reprodução assistida, quatro fizeram a opção pela adoção, duas se tornaram mães biológicas posteriormente e todas se declararam realizadas como mães.

Eu achava que era dinheiro demais para ficar investindo em uma coisa que não era uma doença, nós poderíamos ser pais por adoção. Então chegamos a esta conclusão e adotamos. E foi uma decisão acertadíssima, me sinto muito realizada como mãe (Entrevistada 7).

Constatou-se também muitas das entrevistadas trabalham fora e seus rendimentos são significativamente necessários para o sustento familiar. Assim, o

fato de deixar os filhos com babás ou em escolas de tempo integral não é apenas por opção materna, mas sim por uma questão de necessidade de se manter no emprego.

Muitas vezes, eu saía do trabalho tarde e, quando ia buscá-los, eles já estavam dormindo. Durante um bom tempo eu só conseguia vê-los dormindo. Foi muito ruim, eu me sentia péssima por isto, mas eu precisava trabalhar, minha renda sempre foi a que mantinha mesmo a casa (Entrevistada 19).

De acordo com Galeazzi (2001, p. 62), “é um fato observado em diferentes países o aumento do número de famílias chefiadas por mulheres”, ou seja, muitas mulheres assumem sozinhas a responsabilidade da manutenção de suas famílias, principalmente aquelas divorciadas e que possuem filhos ainda dependentes.

Detectou-se também que existe certa ambivalência no que diz respeito ao sentimento de culpa das participantes desta pesquisa: ao mesmo tempo em que elas sentem muita culpa por não passarem mais tempo em casa com os filhos, sentem também prazer pelo trabalho que realizam fora do contexto materno e consideram quase impossível diminuir o ritmo e a quantidade de trabalho que exercem. Como ressaltado na literatura (Alzuguir & Nucci, 2015; Andrade, 2012; Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Corrêa & Aquino, 2015; Mota-Santos & Carvalho Neto, 2017; Santos, 2012), hoje a mulher considera a carreira algo tão importante em sua vida como a maternidade, gerando essa ambiguidade de sentimentos. As Entrevistadas 9 e 18 expõem bem essa ambivalência:

Infelizmente não consigo estar muito presente, mas para compensar eu monitoro tudo, ligo várias vezes, mas é claro que não é a mesma coisa. Sei que ele está bem, mas eu que fico mal. Faço até terapia por conta disso, é uma situação que não tem como resolver, né? Eu amo meu trabalho também, nem me imagino ficando o dia inteiro em casa, vai entender... (Entrevistada 18).

A única culpa que sinto é quando estou com minhas filhas e ao celular ao mesmo tempo. Gosto muito de trabalhar, me satisfaz tanto quanto ser mãe. Adoro pegar na escola, dar comida, mas também sou muito feliz no trabalho (Entrevistada 9).

A pesquisa realizada por Weber *et al.* (2017) a respeito dos sentimentos das mães em decorrência de deixarem os filhos em creches ou escolas de tempo integral também valida os achados deste estudo. Os dados encontrados pelos autores revelam que mães de alto nível socioeconômico têm grande expectativa em relação à gravidez, mas preferem desenvolver, paralelamente à maternidade, sua carreira profissional.

O sentimento de ambivalência também está presente na literatura. De acordo com Travassos-Rodriguez e Féres-Carneiro (2013), ainda se faz necessário ampliar as discussões e reflexões a respeito da ambivalência materna. As mulheres que estão no mercado de trabalho têm cada vez mais atribuições e responsabilidades. Influenciadas, sobretudo, por uma imposição cultural que supõe o amor incondicional aos filhos, observa-se que as mães tardias têm dificuldade em conciliar os aspectos da vida já bem estruturada com essas novas funções a serem exercidas. Para as autoras, até mesmo nas expressões populares, como “mãe é quem cuida”, acaba prevalecendo a ideia de que cuidar é preferencialmente função de mãe, levando aquela que não cuida a desenvolver um sentimento de culpa.

Nesse sentido, a imagem de mãe perfeita e profissional bem-sucedida, por vezes, suplanta as possibilidades de conciliações das demandas e faz com que a maternidade ocorra cada vez mais tarde ou até mesmo promova a opção pela não maternidade (Travassos-Rodriguez & Féres-Carneiro, 2013). Por um lado, a decisão (ou necessidade) de deixar os filhos em escolas de tempo integral ou com algum familiar, por exemplo, as avós, pode ter efeitos benéficos, como a realização profissional da mãe e/ou remuneração financeira, além de promover mais socialização da criança. Por outro lado, obter ajuda de terceiros no cuidado aos filhos ainda é tido como inadequado, sendo que essa situação provoca sentimentos de medo e insegurança para a maioria das entrevistadas.

A percepção de Weber *et al.* (2017) e Santos (2012) é de que o sentimento de culpa aparece mais fortemente associado às mães de nível socioeconômico elevado, pois, para as mães de nível socioeconômico mais baixo, trabalhar é uma questão de sobrevivência e não de escolha e, portanto, os sentimentos de culpa não são tão evidenciados.

Quanto à participação da mulher no sustento financeiro do lar, essa é uma questão que faz parte da realidade das famílias brasileiras na atualidade. Na família tradicional burguesa era comum o homem ser o único provedor, mas na atualidade é possível observar casais que dividem as despesas ou, até mesmo, mulheres que assumem essa responsabilidade sozinhas (Badinter, 2011; Berlinck, 2014; Braga & Amazonas, 2005; Chechi Fiorin *et al.*, 2014; Freire, 2008).

De forma geral, constatou-se que, apesar de todos os avanços, as mulheres ainda convivem com os dilemas relacionados à maternidade e, em alguns casos, muitas ainda se sentem culpadas quando optam pela maternidade, mas não

conseguem dispensar longas horas aos cuidados aos filhos, pois precisam dar conta das demandas profissionais (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Carvalho Neto *et al.*, 2010; Lopes *et al.*, 2014; Mota-Santos & Carvalho Neto, 2017; Scavone, 2001; Travassos-Rodriguez & Féres-Carneiro, 2013).

4.2.4 A dualidade: ser mãe e mulher

As entrevistadas opinam que, a despeito da rotina de mãe e trabalhadora ser, na maioria das vezes, exaustiva, elas não se sentem em condições de diminuir a carga horária de trabalho, seja pela condição financeira, seja pela rotina a que já estão adaptadas. Infere-se também que essas mulheres enfrentam dificuldade em cuidar das próprias demandas individuais. Elas se sentem por diversas vezes impossibilitadas, por exemplo, de realizar atividades corriqueiras para o cuidado à sua saúde e bem-estar.

A maioria das respondentes referiu que ao se tornarem mães passaram por um conflito interno, pois sua feminilidade e/ou sua sensualidade foi posta de lado, até o momento em que elas voltaram a ter o desejo de ter a sensação de ser apenas “mulher”. Elas evidenciaram ainda que suas responsabilidades, sejam com o trabalho, com os estudos, com os filhos e até mesmo com o marido, acabam favorecendo que suas necessidades individuais sejam negligenciadas:

Muitas vezes eu deixei de cuidar de mim porque estava focada em cuidar das crianças. Até para cuidar da minha saúde era complicado. A rotina com os três meninos me sugava todo o tempo (Entrevistada 17).

Quando o filho nasce nós acabamos esquecendo um pouco do lado mulher. É como se a mulher morresse e quem passa a mandar é só a mãe [risos]. Eu tive que levar um sacolejo das amigas para eu voltar a me arrumar, a me ver como mulher novamente (Entrevistada 19).

As entrevistadas associaram sua rotina à de um malabarista, pois enfrentam naturalmente a tripla jornada, conciliando carreira, filhos, marido, afazeres domésticos e estudos. No entanto, elas não aceitam ser definidas apenas pelo papel materno ou profissional que exercem, como descreve a Entrevistada 10: “*Apenas os papéis de mãe e de profissional não definem quem eu sou por completo. Não é porque me tornei mãe que eu tenho que viver 100% em função dos meus filhos*”.

Está-se aqui falando de mulheres diferentes das mulheres de décadas passadas, pois hoje elas sentem a necessidade de estarem bem com elas mesmas,

a fim de exercerem a maternidade de forma plena, ainda que exaustiva. Para driblar a rotina estressante de mãe, muitas mulheres recorrem às amigas para conversar; e para se sentirem sensuais e femininas, procuram separar um tempo de qualidade com o parceiro:

É preciso estar feliz para ser uma mãe melhor, afinal de contas ninguém consegue dar o que não tem (Entrevistada 24).

Eu sinto necessidade de rever as amigas, colocar a conversa em dia. Pelo menos uma vez no ano eu e meu marido marcamos uma viagem curta. É preciso cuidar do meu lado mulher, né? (Entrevistada 18).

Eu sou mãe de gêmeas e sei o quanto me ocupar comigo mesma é difícil, às vezes até impossível, mas também sei o quanto isso é importante e fundamental para manter saudável meu relacionamento com elas, com meu marido e com os outros (Entrevistada 9).

Abstrai-se, assim, que a mulher cresceu profissionalmente e conquistou seu espaço no mercado de trabalho, porém vem acumulando funções, o que tem ocasionado sobrecarga de tarefas e dificuldades em relação à sua vida pessoal e sua saúde física e emocional. Se no passado cuidar de si não era o enfoque de muitas mulheres, hoje a literatura (Boris & Cesídio, 2007; Calçada 2013; Kunsler, 2011; Nunes, 2011; Travassos-Rodriguez & Féres-Carneiro, 2013) assevera que há essa preocupação.

Segundo Calçada (2013), na atualidade, as mulheres enfrentam a difícil tarefa de conciliar sua realização profissional com sua vida pessoal, afetiva e maternal e ainda se preocupar com aspectos da autoimagem e da sua feminilidade. De acordo com a autora, a vida moderna, o gerenciamento do tempo e os limites internos são fatores que dificultam ou impedem a mulher de priorizar um tempo para si mesma, para que possa assumir seu papel sem perder sua própria essência (Boris & Cesídio, 2007).

Nunes (2011) e Travassos-Rodriguez e Féres-Carneiro (2013) corroboram ao destacar que é necessário promover representações menos idealizadas acerca da maternidade, pois a maioria das mães tardias lida, frequentemente, com o estresse decorrente da discrepância entre as expectativas socialmente difundidas e as suas próprias experiências, diminuindo, assim, os efeitos negativos tanto no corpo quanto na mente da mulher contemporânea.

4.2.5 Os efeitos no corpo e na mente

O desejo de ter ou não filhos faz parte da história subjetiva de cada mulher, assim como as consequências dessas escolhas. As mulheres entrevistadas compartilharam que ao se depararem com as dificuldades para engravidar se viram imersas em sentimentos que não conseguiam distinguir, um misto de frustração, impotência, desmerecimento, ou seja, profundo sofrimento emocional. Desse modo, o adiamento da maternidade e a procura posterior por vivenciá-la por meio das técnicas de reprodução assistida podem trazer reflexos negativos para o corpo e para a mente da mulher.

De acordo com as entrevistadas, enquanto a gravidez não acontecia elas eram totalmente absorvidas pela ideia da gestação, dificultando a atenção dispensada ao trabalho e aos demais relacionamentos pessoais e até mesmo às relações sociais. As tentativas frustradas de engravidar e/ou o processo de reprodução assistida impactaram negativamente o corpo e a mente de algumas das mulheres participantes desta pesquisa, ocasionando alguns “sintomas colaterais” tais como estresse, ansiedade e depressão. A Entrevistada 8 apresenta a questão:

Foi muito difícil o processo de reprodução. Para fazer o tratamento eu tive que entrar na menopausa precocemente. Meu corpo foi bombardeado, eu sentia um calor intenso, eu tive um ressecamento vaginal, a pressão alterada por causa da minha ansiedade de que a gravidez acontecesse logo e aquela novela acabasse. Então, foi uma violência muito grande, em termos do meu corpo e do meu emocional também. Não é fácil o processo de reprodução, é algo que me desestabilizou bastante. A princípio não pensei que pudesse ser tão difícil assim... (Entrevistada 8).

A ansiedade foi tão grande, que eu comecei a ficar desesperada. Eu rezava, chorava e pedia a Deus para dar certo. [...] é muito difícil o desgaste emocional. Eu queria muito ser mãe, por isso não desisti, mas é muito, muito sofrido (Entrevistada 4).

É uma agressão ao corpo da mulher, né? Eu tomei 80 injeções, sabe o que é isto? É simplesmente uma loucura. Até meu marido ficou estressado, como era ele quem aplicava as injeções acabava sofrendo junto comigo (Entrevistada 9).

Entre os principais sintomas destacados pelas entrevistadas estão a depressão durante a gravidez e também a depressão pós-parto; 35% delas tiveram depressão decorrente da gestação e 4% tiveram grau elevado de estresse e ansiedade. As mulheres que não conseguiram ser mães biológicas queixam-se que ainda sofrem com os sintomas do estresse e da ansiedade. Para lidar com tal questão, a maioria recorre à ajuda da Psicologia e também da religião:

Eu tive depressão pós-parto. Eu fiquei tão esgotada, meu cabelo caiu todo. Nossa, foi muito pesado! Meu filho acorda muito durante a noite e eu acabo acordando também, mas ele fecha o olho e dorme, só que eu, uma vez acordada não consigo dormir de novo. Quando consigo pegar no sono ele já está acordando novamente..., então esta rotina também contribuiu para minha depressão. No outro dia eu tinha a mesma rotina de trabalho, então aí meu cabelo caiu, aí você engorda, aí seus hormônios... tudo fica comprometido! (Entrevistada 12).

Foi tão difícil que eu até mudei de religião, procurei ajuda no espiritismo e foi lá que eu encontrei serenidade para prosseguir com o tratamento (Entrevistada 18).

Eu fiz um propósito com Deus, como sou cristã evangélica a minha fé me ajudou a passar por esta turbulência tão grande. Sei que Deus operou um milagre em minha vida. Tanto que depois de tudo eu consegui engravidar naturalmente (Entrevistada 15).

Embora muitas participantes tivessem ciência de que a gravidez tardia poderia trazer alguma intercorrência, ainda assim não esperavam que tal intercorrência pudesse ser um mal-estar psíquico. A maioria das respondentes que não obtiveram êxito no processo de reprodução assistida disse que por algumas vezes elas se pegaram chorando. E também que por muitas vezes se sentiram incompletas e solitárias. Algumas disseram também que escondem a tristeza que sentem dos amigos e familiares mais íntimos:

Sinceramente eu não tinha coragem para contar para minha família o que eu estava passando. Eu me sentia tão mal. Foram nestes momentos que eu mais pensava: será que valeu a pena ter esperado tanto? Eu me emociono muito, sabe? Lembrando disto. Eu amo minha filha adotiva, mas sei que no meu coração ainda tem um vazio muito grande (Entrevistada 7).

De vez em quando eu me pego chorando sozinha, já cheguei a ter que me trancar no banheiro para não ter que ficar explicando para a família. Nossa, é muito difícil administrar esta dor (Entrevistada 26).

É muito triste, entende? Eu me sinto péssima, ainda choro pensando..., questionando o porquê de não ter dado certo para mim. Minha cabeça fica a mil. Falar disto ainda é muito complicado, por isso, quando algum amigo ou até mesmo alguém da família me pergunta eu despisto e troco de assunto (Entrevistada 13).

Outras ainda relataram que, por vezes, se sentem arrependidas, pois têm apenas um filho e gostariam de ter tido mais de um, porém, devido ao adiamento da gravidez e ao tempo extrapolado do relógio biológico, ficaram impossibilitadas de engravidar novamente. Ainda há queixas de dificuldades físicas, como a falta de energia para lidar com as necessidades de lazer dos filhos. Todas essas questões envolveram as entrevistadas em algum tipo de sofrimento emocional ou em doenças decorrentes do estresse, como evidenciado em suas falas apresentadas a seguir:

Às vezes nós falamos de não ter filho mesmo, mas confesso que este é um assunto muito difícil para mim, pois ainda mexe profundamente com os sentimentos. Eu já dei vexame, por exemplo, por estar conversando sobre este assunto e simplesmente não conseguir conter o choro. Muitas vezes me pego chorando por causa deste vazio que sinto (Entrevistada 13).

Meu filho vai ser um filho único, não gostaria que fosse assim, mas não tem outra opção. Eu também nem tenho mais pique. Cuidar de uma criança pequena cheia de energia e vitalidade é complicado quando já estamos com 40 anos, né? [risos]. Neste sentido eu me arrependo de ter adiado tanto (Entrevistada 12).

A gravidez tardia obtém dos profissionais de saúde mais atenção, dada a possibilidade de complicações para a mulher, para o feto e, posteriormente, para o recém-nascido. De acordo com Andrade (2012), ao mesmo tempo o tratamento gera grandes esperanças, possibilitando a conquista da desejada gravidez, e de igual modo pode mobilizar fortes reações emocionais. Isso vem justificar o grande interesse da área da Psicologia em relação ao tema maternidade tardia e seus desdobramentos (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007; Gomes *et al.*, 2008; Lopes *et al.*, 2014).

Cleary-Goldman *et al.* (2005) e Luke & Brown (2007) a esse respeito salientam que a gravidez tardia ainda está associada a desfechos adversos como a depressão e o estresse. Está relacionada também ao desenvolvimento de doenças psicossomáticas tais com: depressão, dermatites, insônia, estresse, irritabilidade e esgotamento mental (Caplan & Patrizio, 2010; Ribeiro *et al.* 2014). Além disso, mulheres com idade entre 35 e 39 anos apresentaram mais riscos de macrossomia e de parto prematuro, baixo peso do recém-nascido ao nascer e, até mesmo, mortalidade perinatal (Cleary-Goldman *et al.* 2005).

De acordo com as pesquisas de Rouchou (2013) e Gradwohl *et al.* (2013), aproximadamente 20% das gestações resultantes da fertilização *in vitro* são múltiplas, com riscos e complicações associados a um cenário estressor para muitas mulheres. Tais pesquisas, ao avaliarem o nível de estresse de homens e mulheres que buscavam o tratamento para infertilidade, revelaram que tanto os homens quanto as mulheres que se submeteram ao tratamento de modo geral manifestaram alto nível de estresse. Cserepes *et al.*, (2013) sugerem ainda que o apoio psicossocial é necessário e importante para esse público, principalmente para as mulheres, pois sofrem mais com os sintomas do estresse do que o homem.

Esse quadro pode contribuir significativamente para que a mulher entre em acentuado sofrimento emocional, aumentando a possibilidade de ter depressão pós-

parto. De acordo com Caplan & Patrizio (2010), há chances consideráveis de que a gestante desenvolva doenças potencialmente nocivas à gravidez simplesmente devido à idade avançada. Do ponto de vista psicológico, estar grávida representa para a mulher um olhar sobre si mesma, um investimento no seu próprio corpo, na sua imagem, sendo necessário adaptar-se às mudanças que irão ocorrer durante o período de gestação, tanto física como emocionalmente. Assim, a maternidade faz com que a mulher se readapte tanto com aspectos relacionados ao próprio corpo, quanto os ligados ao seu psicológico (Chechi Fiorin *et al.*, 2014; Portes Vargas, 2012).

Quadro 10 – Resumo dos principais achados da categoria II

| Categ | Subcat. | O que corrobora a literatura | Contribuições para literatura |
|--------------------------|---|---|---|
| Impactos na vida pessoal | Rotina familiar: organização, tempo e prioridades | 1) A maioria das mulheres, independentemente da classe social, ainda assume grande parte das demandas do lar e dos cuidados com os filhos, enquanto o homem continua se envolvendo menos com as rotinas domésticas e com a educação dos filhos. | |
| | Relacionamento conjugal | 1) O nascimento de um filho pode ocasionar grandes impactos na vida conjugal, que, se não forem bem administrados, resultam, muitas vezes, em momentos de tensão e conflitos familiares. | 1) Por gerar alto nível de estresse e ansiedade, o processo de reprodução assistida pode causar abalos na vida do casal, tanto durante quanto depois do tratamento. Os impactos no relacionamento são maiores quando a gestação é de gemelar e/ou trigemelar. |
| | Sentimento de culpa/ incompletude | 1) A maioria das mulheres se sente desconfortável em passar pouco tempo com os filhos e que tal situação, algumas vezes, lhes traz sentimento de culpa. A mulher considera a carreira tão importante em sua vida como a maternidade, gerando essa ambiguidade de sentimentos. | 1) O sentimento de culpa surge de forma mais evidenciada para as mulheres que foram adiando a maternidade porque deram ênfase à carreira e principalmente para aquelas que não obtiveram êxito com o processo de reprodução assistida e não se tornaram mães biológicas. Para estas últimas, não serem mães biológicas lhes trouxe sensação de inferioridade, tristeza, solidão e incompreensão, levando-as a se sentirem culpadas e/ou incompletas. 2) Para as mães tardias, as alterações no dia a dia são intensas, uma vez que elas são acostumadas a uma vida independente e sem interferências. Por isso, muitas se sentem arrependidas por não terem tido filhos quando eram mais jovens, pois a disposição física e emocional já não é mais a mesma. |
| | A dualidade: ser mãe e mulher | 1) Em decorrência do crescimento profissional da mulher o acúmulo de funções é cada vez mais presente no cotidiano feminino. Essa realidade tem ocasionado sobrecarga de tarefas e dificuldades em relação à sua vida pessoal e sua saúde física e emocional. Percebe-se que no passado cuidar de si não era o enfoque de muitas mulheres, mas atualmente elas consideram de grande relevância tais questões. | |
| | Os efeitos no corpo e na mente | 1) Cerca de 20% das gestações resultantes da fertilização <i>in vitro</i> são múltiplas, com riscos e complicações associados a um cenário estressor para muitas mulheres. | 1) O adiamento da maternidade e a procura posterior por vivenciá-la por meio das técnicas de reprodução assistida podem trazer reflexos negativos para o corpo e para a mente da mulher. Por isso, algumas mulheres ao se depararem com as dificuldades para engravidar durante o processo de RA se veem imersas em um misto de frustração, impotência, desmerecimento, ou seja, profundo sofrimento emocional. |

Fonte: dados da pesquisa.

4.3 Impactos na carreira profissional

Essa categoria de análise aborda questões relativas às carreiras profissionais das mulheres participantes desta pesquisa. Definição de prioridades, reorganização do tempo de trabalho, conciliação desse tempo com o tempo dedicado à família, alteração nos planos de carreira e até mesmo possível interrupção da carreira profissional foram pontos levantados nas entrevistas e que são analisados neste item.

4.3.1 Repensando a carreira profissional

Embora o afastamento por um período superior ao da licença-maternidade seja considerado normal e até bastante comum no mercado de trabalho, algumas das participantes optaram por não retornar à mesma atividade em que atuavam antes de ter filhos. Tal escolha se deu na tentativa de driblar a rotina pouco flexível das empresas e para estarem mais perto dos filhos. Por isso, algumas repensaram a carreira e decidiram investir em um negócio próprio.

Ao serem perguntadas sobre o que as levou a mudar de carreira e/ou profissão, a maioria disse que unir as demandas decorrentes das funções de mãe às exigências da vida profissional não era tarefa fácil e isso implicava passar o tempo tentando equilibrar as funções, gerando nelas um sentimento de descontentamento muito grande.

Abrir o estúdio de pilates foi uma forma de conseguir adequar a minha agenda de casa com a agenda de trabalho. Como é um horário flexível, me ajuda muito porque eu teria dificuldades de dar conta de toda a minha rotina em um horário fixo (Entrevistada 11).

Para mim, a realização pessoal sempre incluiu o lado profissional. Eu nunca pensei em parar de trabalhar, minha pretensão realmente era passar mais tempo com minha filha, por isso resolvi trabalhar por conta própria. Mesmo não sendo na área da minha formação. Aliás, em momento algum me senti incompleta por estar fora da minha área de atuação, mas precisei de um tempo para me adaptar à nova rotina e encontrar outro caminho, que hoje me deixa muito mais feliz (Entrevistada 5).

Depois da maternidade, 35% das entrevistadas se tornaram empreendedoras. Disseram que investir em um empreendimento próprio proporcionava mais tempo com filhos e também mais qualidade de vida, mas também afirmaram também que a dedicação a um negócio próprio não é inferior ao trabalho na esfera pública, sendo a

flexibilidade de horários que o empreendimento próprio propicia o ponto de mais interesse das mulheres entrevistadas.

Eu optei por ter meu próprio negócio porque queria estar perto do meu filho, curtir ele bastante..., mas ter o negócio próprio não significa pouco trabalho. Eu acho que a dedicação chega a ser maior, porém a satisfação e a flexibilidade são outra coisa. Você tem qualidade de vida (Entrevistada 21).

Ao falarem de seus empreendimentos, a maioria das participantes disse que o objetivo inicial não era obter grandes ganhos financeiros. A principal finalidade era poder continuar contribuindo com o orçamento familiar sem, contudo, abrir mão de ficar mais perto dos filhos. Ao longo do tempo elas perceberam que o negócio poderia crescer e se tornar mais rentável, entretanto, a ideia central de qualidade de vida e cuidado com a família não se perdeu.

Eu trabalho muito, muito mesmo. Trabalhar com festas não é fácil, mas eu tenho possibilidade de estar mais perto dos meus filhos e do meu marido também. Eu posso programar de tirar férias junto com eles, enfim, ser empresária ajuda muito. Eu não consigo ganhar muito dinheiro, mas ganhei a felicidade de não deixar minha vida sem sentido, entende? (Entrevistada 19).

No princípio eu trabalhava muito, mas depois o escritório foi crescendo e se estabeleceu. Então hoje eu tenho mais disponibilidade, ainda sou eu quem administra e atende os principais clientes, mas meu alvo continuou o mesmo: cuidar de mim e da minha família. O lucro é consequência (Entrevistada 16).

Esses achados vão ao encontro da literatura (Betiol, 2000; Carvalho Neto *et al.*, 2010; Jonathan, 2011; Lima, Carvalho Neto, Lima, Tanure & Versiani, 2014; Mota *et al.*, 2015; Quental & Wetzal, 2002), que mostra como a maternidade é um grande marco na vida da mulher e que muitas vezes esta opta pelo empreendedorismo para conseguir conciliar trabalho e dedicação aos filhos.

Algumas participantes disseram que o negócio próprio não era algo que elas almejavam antes, aconteceu em decorrência de uma demissão ou da falta de flexibilidade da empresa onde trabalhavam. Outras afirmaram que tiveram que aprender a exercer o empreendedorismo, exatamente pelo fato de que elas não vislumbravam esse desfecho para sua carreira.

Meu alvo era me tornar juíza, como minha formação é em direito eu estava focada em passar em um concurso. Com a chegada da minha filha os planos mudaram, acabei abrindo um cartório na cidade. Eu não pensei que viraria uma empreendedora, foram as circunstâncias mesmo, sabe? (Entrevistada 20).

Eu abri meu consultório porque nos hospitais e clínicas particulares os horários são impraticáveis para quem tem criança pequena. Tenho me esforçado para dar certo, pois eu ainda preciso desenvolver este lado empreendedora. Ainda atendo em algumas clínicas até que a minha deslanche. Mas estou feliz com esta escolha (Entrevistada 12).

Na percepção de Andrade (2012), gestores e profissionais de recursos humanos precisam repensar continuamente as posturas, políticas e práticas para redefinir o espaço nas organizações com vistas a atender a dinâmica do novo contexto da carreira profissional feminina. Afinal, as empresas também têm sua parcela de responsabilidade na baixa taxa de retorno das mães ao trabalho. Em apenas 31% das empresas brasileiras há jornadas parciais e horários mais flexíveis para profissionais que se tornaram mães, ou seja, 68% das organizações não têm ações nesse sentido. E com isso não são apenas as mulheres que saem perdendo, as empresas também, pois perdem profissionais de alta qualificação.

Como já mencionado, a mulher contemporânea vislumbra a necessidade de conciliar os desejos pessoais com as exigências sociais, ou seja, ela está em busca de sucesso profissional e financeiro, ao mesmo tempo em que desempenha os papéis de mãe e esposa. Por vezes, sua busca por sucesso profissional, independência financeira e satisfações provenientes da carreira profissional faz com que ela repense a trajetória da sua carreira, em função da sobrecarga de atividades que o acúmulo de funções pode gerar em sua vida (Chechi Fiorin *et al.*, 2014; Oltramari, Iochins Grisci & Weber, 2011).

Muitas mulheres brasileiras têm encontrado no empreendedorismo a melhor alternativa para se realizarem na carreira e no cuidado às crianças (Jonathan, 2011; Lima *et al.*, 2014; Mota *et al.*, 2015).

4.3.2 Reorganização do tempo e das prioridades

Como já mencionado, muitas respondentes disseram que adiaram o projeto de maternidade por motivos geralmente relacionados à busca pela estabilidade financeira e ao desenvolvimento de uma carreira sólida. Após o nascimento dos filhos, essas mulheres se veem mergulhadas em nova rotina, em que se faz necessário repensar as estratégias para lidar com as demandas cotidianas, a fim de não comprometerem por completo a carreira.

Embora elas considerem a estabilidade financeira e a realização profissional um “pré-requisito” para a maternidade, no momento em que o filho nasce há uma

nova percepção a respeito da carreira profissional. O fato da rotina após a licença-maternidade mudar tanto faz com que elas sintam a necessidade de reorganizar a agenda de prioridades. De acordo com as entrevistadas, antes da gravidez a carga excessiva de trabalho, a quantidade de viagens, as horas extras, por exemplo, não eram empecilhos, mas apenas um desafio no desenvolvimento da carreira. A partir da chegada da criança, as demandas que antes eram encaradas com naturalidade, apesar de intensas, passaram a ser percebidas com peso maior. Além disso, se somam a essas demandas muitas outras exigências relacionadas à maternidade e à reorganização da rotina familiar. Por isso, na percepção das entrevistadas, se a mulher não fizer ajustes e reorganizar suas prioridades, a tendência é que ela se sinta tão sobrecarregada que acabe por abrir mão da sua carreira profissional.

Esse aspecto surgiu de forma sutil em várias falas das entrevistadas. Já para as Entrevistadas 3 e 11 a questão surgiu de forma categórica:

Olha, se você conversasse comigo há dois anos atrás eu iria dizer que minha carreira é tudo. Mas a relação com trabalho muda muito quando você tem filho. Hoje minhas prioridades mudaram, eu realmente não imaginava que as coisas iriam mudar desta maneira, mas mudaram e eu precisei entender. Minha rotina era bem programadinha, por exemplo, se fizesse mais viagens no mês era ótimo porque ganhava mais no final do mês, horas extras também era tranquilo de fazer. Enfim, hoje tudo isto mudou, não posso me dar ao luxo de ficar viajando, etc. Então eu mudei toda minha rotina, contratei uma enfermeira para me ajudar, tento utilizar da melhor forma meu tempo, mas parar de trabalhar eu também não quero (Entrevistada 3).

Eu vou voltar a trabalhar, mas quero voltar só na parte da manhã. Pretendo reorganizar minha agenda para trabalhar, 3 horas na parte da manhã e 3 horas na parte da tarde, ainda não sei ao certo. Mas se eu não fizer isto sei que vou acabar desistindo, e isto eu não quero (Entrevistada 11).

Ficou bastante evidente nos discursos das Entrevistadas 3, 10, 11 e 18 que, apesar delas precisarem reorganizar suas rotinas, ainda assim o trabalho ocupa lugar central em suas vidas. Para elas, nesse momento está descartada a hipótese de chegar ao ponto que muitas mulheres acabam chegando, pelo fato de não se reorganizarem e/ou não se adaptarem à nova rotina, ou seja, ao ponto de abandonarem a carreira.

Pelo fato de não se reorganizarem ou até mesmo não se adaptarem à nova rotina de mãe e profissional, muitas mulheres acabam chegando no limite e desistem da carreira. Não quero julgar, mas eu jamais me vejo fazendo isto, eu realmente fiz mudanças drásticas na minha rotina, mas abandonar meu trabalho, não. Eu amo o que eu faço, gosto desta vida, acho que é uma questão de se readaptar e dá tudo certo (Entrevistada 18).

Eu tive que rever minhas prioridades, é claro! Mas eu gosto muito de trabalhar, a vida inteira trabalhei, então jamais largaria meu emprego por conta de filho. Filho não atrapalha, acho que isto está mais na cabeça da mãe mesmo, sabe... (Entrevistada 10).

Na percepção de algumas respondentes, com o nascimento do filho a mulher passa a ter outras prioridades relacionadas à família e à carreira. Por isso, elas, por escolhas próprias, optam por desacelerar em vez de avançar na carreira profissional como poderiam fazer, não fosse a maternidade. Perguntadas se houve alguma questão relacionada ao gênero por parte da empresa que tenha influenciado nessa decisão, elas responderam que não. Diferentemente do que diz a literatura (Betiol, 2000; Carvalho Neto *et al.*, 2010; Jonathan, 2011; Lima *et al.* 2014; Mota, *et al.*, 2015; Quental & Wetzel, 2002), elas não enxergam barreiras que envolvam questões de gênero nas empresas; acreditam que essa escolha realmente acontece apenas em âmbito pessoal.

Não deixaram de demonstrar a insatisfação quanto à falta de flexibilidade e ao excesso de demandas por parte das empresas onde trabalhavam e/ou ainda trabalham; além disso, disseram que esses fatores influenciaram parcialmente as suas escolhas quanto à desacelerarem suas carreiras.

Esse achado da pesquisa vai ao encontro da literatura recente que discorre sobre o fenômeno *opt-out* (Oltramari *et al.*, 2011; Scalabrin, 2008), pois se percebe que algumas mulheres vêm estabelecendo novos paradigmas que compreendem com naturalidade as interrupções temporárias de carreira profissional. Nesse sentido, as mulheres determinam carreiras sem fronteiras, entendendo as pausas e as adaptações como parte de sua evolução profissional e pessoal. O movimento denominado “revolução *opt-out*” descreve o cenário encontrado nesta pesquisa, em que mulheres altamente qualificadas e com alto desempenho, em busca de mais realização pessoal, voluntariamente tomam a decisão de reorganizar a carreira.

Não tem jeito, depois que temos filhos, automaticamente tiramos o pé do acelerador. Eu amo meu trabalho, hoje eu o realizo por prazer mesmo, mas a rotina da criança lhe impulsiona a repaginar a vida e a reorganizar as prioridades. Eu já atendi mães aqui no consultório que não estavam conseguindo lidar com esta nova etapa da vida, querendo manter o mesmo ritmo de trabalho e só conseguiram acumular cansaço e sofrimento (Entrevistada 24).

Hoje, minhas funções são mais gerenciais, então ficou mais fácil administrar o tempo. Passo entre oito e nove horas na empresa. Divorciada, com três filhos, preciso de tempo para dar conta de tudo (Entrevistada 17).

Mota *et al.* (2015) validam tais achados ao dizer que um âmbito organizacional cheio de pressão e desafios por vezes impossibilita às mulheres profissionais darem atenção à sua vida pessoal. Desse modo, algumas mulheres, mesmo amando o trabalho que realizam, desaceleram a velocidade da caminhada para o crescimento profissional. Algumas dessas profissionais não querem abrir mão da família e dos filhos e, por isso, optam por diminuir o ritmo. Elas acreditam que as demandas pessoais somadas às demandas organizacionais são tão intensas que não vale a pena manter a mesma celeridade no trabalho (Oltamari *et al.*, 2011; Scalabrin, 2008).

Bruschini (2000), Quental e Wetzel (2002), Carvalho Neto *et al.* (2010), Jonathan (2011), Santos (2012), Lima *et al.* (2014) e Mota *et al.* (2015) corroboram a percepção das entrevistadas quanto à questão da não identificação da falta de flexibilidade das empresas como um tipo de barreira de gêneros. Os autores alertam que à medida que a mulher consegue transpor as primeiras barreiras e alcançar níveis hierárquicos mais altos nas organizações, acontece certa redução dos estereótipos e as relações de gênero se dão de forma menos problemática.

De acordo com Barbosa e Rocha-Coutinho (2007; 2012), os impactos das responsabilidades familiares na vida profissional dos homens em relação à das mulheres ainda são bastante desiguais. Depois do nascimento do primeiro filho, em geral, as mães encontram mais dificuldade para manter o ritmo de trabalho, enquanto os parceiros não mudam suas perspectivas em seus empregos.

Deduz-se, então, que as mulheres continuam enfrentando desafios quanto à sua manutenção no mercado de trabalho, boa parte deles relacionada a questões de gênero. Esses desafios se apresentam também como questões de ordem estrutural, por exemplo, a dificuldade de contrabalancear demandas de carreira e maternidade (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Mota-Santos & Carvalho Neto, 2017; Rocha-Coutinho, 2007; Santos, 2012; Vieira & Amaral, 2013).

Desse modo, mesmo com a crescente participação da mulher no mercado de trabalho, atualmente a divisão das demandas domésticas continua ocorrendo desproporcionalmente no que se refere às responsabilidades dos cuidados com os filhos, as quais acabam por sobrecarregar a mulher (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Mota-Santos & Carvalho Neto, 2017; Rocha-Coutinho, 2007; Santos, 2012; Vieira & Amaral, 2013).

Diversos estudos demonstram que as mudanças ocorridas nas relações de gênero no século XX promulgaram mais aceitação da igualdade entre homem e mulher no campo profissional. Apesar disso, no âmbito doméstico ainda prevalece o modelo tradicional de divisão de tarefas (Araújo & Scalon, 2005; Jablonski, 1998; 2003; Rocha-Coutinho, 2007), o que favorece à mulher desacelerar sua carreira e/ou até mesmo interrompê-la, tendo em vista a dificuldade de manter o equilíbrio entre as demandas pessoais, profissionais e de desenvolvimento acadêmico (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012; Mota-Santos & Carvalho Neto, 2017; Rocha-Coutinho, 2007; Santos, 2012; Vieira & Amaral, 2013; Vitorello, 2013).

Já a pesquisa de Andrade (2012) demonstra que para as mulheres que ocupam cargos de alto escalão é mais difícil optar por desistir da carreira. As Entrevistadas 10 e 18 encaixam-se nesse perfil profissional de alto escalão e seus relatos estão em concordância com a literatura: “*Eu não vislumbro a possibilidade de abandonar minha carreira*” (Entrevistada 18). A questão financeira é um fator que influencia bastante na decisão dessas mulheres de manterem seus empregos, pois essas profissionais possuem remuneração altamente relevante para o orçamento familiar, não valendo a pena deixar de receber valores tão significativos: “não compensa deixar de trabalhar” (Entrevistada 10).

4.3.3 Carreiras interrompidas

Na percepção de algumas mulheres entrevistadas, a maternidade e a vida profissional, por vezes, não cabem no mesmo momento: 15% chegaram à conclusão, após o nascimento dos filhos, de que era necessário afastar de suas carreiras, seja por curto período ou até mesmo de forma definitiva. Grande parte reconhece que não conseguiu equilibrar as demandas dos cuidados aos filhos e as demandas da carreira profissional.

Todas as mulheres participantes deste estudo que optaram por retornar ao lar e abrir mão da carreira fizeram tal escolha por saber que o marido teria condições financeiras de manter as despesas familiares sozinhos. Coincidentemente, os maridos de todas elas são empresários bem-sucedidos. Apenas uma interrompeu a carreira a pedido do parceiro.

Embora todas tenham informado que gostavam de trabalhar fora do lar, consensualmente também declararam se sentir plenamente realizadas como

mulheres, e que não trabalhar fora em nada as diminui. Os depoimentos das Entrevistadas 22 e 25 evidenciaram como, na visão delas, optar pelo retorno ao lar teve efeito benéfico em suas vidas:

O trabalho que eu exercia era muito estressante, eu não pensei duas vezes para me decidir em ficar em casa definitivamente. Acredito que dei minha contribuição para a sociedade no período em que trabalhei, agora é tempo de contribuir com minha própria história e com a história de meus filhos. Me sinto muito mais realizada hoje em casa do que quando estava no banco. Me sinto leve e em harmonia comigo mesma (Entrevistada 22).

Eu não consegui dar conta da rotina de trabalho e de casa ao mesmo tempo. Com duas crianças realmente não é fácil. Quando eles chegaram, a minha vida virou de cabeça para baixo. Eu parei de trabalhar para cuidar deles e sinceramente eu acho que foi uma decisão muito acertada, vê-los crescer me faz muito bem. Sei que muitas pessoas criticam a mulher que para de trabalhar, mas estar em casa não me diminui em nada, ao contrário, cresci muito (Entrevistada 25).

Das mães que interromperam a carreira, todas afirmaram que a presença dos filhos foi determinante para que elas não voltassem ao trabalho. De acordo com os relatos, elas não queriam que os filhos tivessem prejuízos em função de sua ausência. Esse posicionamento condiz com dados das pesquisas de Rocha-Coutinho (2004) e Barbosa e Rocha-Coutinho (2007): para as autoras, a maternidade continua sendo o principal motivo para as mulheres não entrarem ou não permanecerem no espaço público, devido, principalmente, à culpa que sentem por sacrificar a criação dos filhos.

Lopes *et al.* (2014) também sublinham que o fato de a mulher contemporânea precisar lidar com uma série de demandas e papéis que antes se referiam prioritariamente aos homens trouxe mudanças não apenas para sua rotina, mas também para seus projetos de vida e suas conseqüentes escolhas. Corrêa Oliveira *et al.* (2011) acrescentam que os valores pessoais e os valores sociais que circundam o contexto da mulher contemporânea exercem influência na sua vida profissional após a maternidade, podendo levá-la a interromper sua carreira.

Além disso, a perpetuação do ideal materno de dedicação e cuidados integrais aos filhos, bem como a designação de que o homem deve ser o responsável pelo sustento do lar, pode levar a mulher a decidir sobre o abandono de sua vida profissional em prol dos cuidados dos filhos. Por outro lado, conforme já destacado na categoria anterior, a falta de políticas e práticas que promovam a flexibilidade para atender a necessidades das mães trabalhadoras também pode

interromper a continuidade e o investimento da mãe em sua vida profissional (Corrêa Oliveira *et al.*, 2011).

A esse respeito, Rocha-Coutinho (2004) destaca outra perspectiva, a de que é bem possível que as mulheres ainda relutem em abandonar o controle e poder que sempre tiveram, mantendo e reforçando a ideia de que a mãe é insubstituível no cuidado aos seus filhos. Cabe ressaltar que vários fatores têm provocado transformações na condição feminina na contemporaneidade. Houve um tempo em que permanecer no espaço privado significava estar completamente limitada. Hoje essa concepção vem mudando e comporta dimensões diferenciadas (Santos & Diniz, 2011). Esses dados explicam por que a discussão sobre o fenômeno *opt-out* vem crescendo na literatura.

Desse modo, a imagem da mulher do lar, antes frágil e necessitada de proteção, ganha novos contornos. A mulher atual busca no seu desenvolvimento o poder da realização de suas potencialidades, mesmo atuando na esfera doméstica e focada no cuidado aos filhos (Maluf & Kahhale, 2012; Santos & Diniz, 2011).

Quadro 11 – Resumo dos principais achados da categoria III

| Categ. | Subcategorias | O que corrobora a literatura | Contribuições para literatura |
|-----------------------------|--|--|---|
| Impactos na Carreira | Repensando a carreira profissional | 1) A maternidade é um grande marco na vida da mulher e muitas vezes esta opta pelo empreendedorismo para conseguir conciliar trabalho e dedicação aos filhos. Muitas mulheres brasileiras têm encontrado no empreendedorismo a melhor alternativa para se realizar na carreira e no cuidado às crianças. | 1) Embora as mulheres contemporâneas considerem a estabilidade financeira e a realização profissional como um “pré-requisito” para a maternidade, no momento em que o filho nasce, uma nova percepção a respeito da carreira profissional emerge, fazendo com que elas sintam a necessidade de reorganizar a agenda de prioridades. A necessidade de repensar e reorganizar a carreira é um tendência maior para as mães que tiveram gestações gemelares e/ou trigemelares. |
| | Reorganização do tempo e das prioridades | 1) Por causa da maternidade muitas mulheres fazem a escolha de desacelerar a carreira profissional. Percebe-se, então, que as mulheres continuam enfrentando desafios quanto à sua manutenção no mercado de trabalho, boa parte deles relacionada a questões de gênero. No entanto, esses desafios se apresentam também como questões de ordem estrutural, por exemplo, a dificuldade de contrabalancear demandas de carreira e maternidade. | |
| | Carreiras interrompidas e/ou projetos remodelados | 1) Quando a reorganização não ocorre na vida da mulher a tendência é que ela se sinta tão sobrecarregada, que acaba abrindo mão da sua carreira profissional. Fatores tais como a falta de flexibilidade de horários e volume intenso na rotina corporativa influenciam parcialmente as suas escolhas quanto a desacelerarem suas carreiras. Algumas mulheres vêm considerando bastante natural as interrupções temporárias na carreira. | |

Fonte: dados da pesquisa.

5 CONCLUSÃO

Este estudo buscou compreender os impactos na carreira e na vida pessoal das mulheres que procrastinaram a maternidade e, posteriormente, vivenciaram-na por meio de técnicas de reprodução assistida. Para tanto, foram considerados estudos que tratam das temáticas: carreira feminina, maternidade tardia, adiamento da maternidade, infertilidade, reprodução humana, conflito casa *versus* trabalho, empreendedorismo, barreiras para o crescimento feminino nas organizações e fenômeno *glass ceiling*. Tais temáticas serviram como aporte teórico para a compreensão das principais questões que norteiam a questão do adiamento da maternidade.

Como a pesquisa teve caráter qualitativo, o método escolhido foi o estudo de caso, e o aporte teórico foi o que embasou a análise dos dados que, por sua vez, foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com 26 mulheres que se submeteram às técnicas de reprodução assistida em idade superior a 30 anos. Os dados coletados foram analisados com base no método de análise de conteúdo, sendo agrupados em três categorias: a experiência do adiamento da maternidade; os impactos na vida pessoal; e os impactos na vida profissional. Durante a fase da exploração do material, as categorias de análise foram decompostas em 12 subcategorias.

Por meio da análise das 12 subcategorias foi possível perceber que as mulheres continuam a enfrentar grandes desafios na busca por melhores posições no mercado de trabalho. Grande parte dessas dificuldades está atrelada às tradicionais questões de gênero, ou seja, um conjunto complexo de obstáculos combinados, enfrentados pelas mulheres ao longo de sua trajetória profissional, na tentativa de alcançar as posições de lideranças. Além disso, percebeu-se que tais dificuldades, por vezes, estão relacionadas a questões estruturais no que diz respeito à dificuldade encontrada pelas mulheres em contrabalancear demandas de carreira e de maternidade.

Por isso, conforme corrobora a literatura, um novo perfil de mulher vem se consolidando, sendo elas identificadas por terem alta escolaridade, poucos filhos e serem voltadas mais para o trabalho do que para a maternidade. Entretanto, o desejo de se tornar mãe não foi descartado e, por isso, muitas mulheres brasileiras

vêm criando mecanismos para lidar com ambas as questões: tanto o ideal de se tornarem profissionais reconhecidas, quanto a vontade de se serem mães.

Embora a literatura com esse enfoque seja recente e as pesquisas precisem ainda avançar, foi possível identificar alguns fatores que têm favorecido a experiência da procrastinação da maternidade sob a perspectiva de mulheres saudáveis, ou seja, mulheres que não possuíam problemas de infertilidade e que adiaram voluntariamente a maternidade por questões relacionadas ao trabalho, para posteriormente vivenciá-la por meio do auxílio das técnicas de reprodução assistida. Desse modo, constatou-se que, atualmente, aliada à figura da mulher autônoma encontra-se a Medicina Reprodutiva, consolidando um novo meio de se experienciar a maternidade.

Percebe-se que a opção pela maternidade tardia cada vez mais vem sendo realizada de forma pensada e planejada. Assim, na atualidade, a mulher escolhe o momento e sob quais condições deseja vivenciar a maternidade. Apesar da literatura já ter mostrado que as mulheres optam por adiar a maternidade para após os 30 anos, principalmente por motivos relacionados à carreira, por meio deste estudo foi possível confirmar tal evidência.

Por meio dos dados encontrados foi possível responder à pergunta inicial desta pesquisa: de que forma as técnicas de reprodução assistida têm se constituído em possíveis alternativas para lidar com os desafios da carreira feminina? Foram levantados pelo menos três dos principais motivos, complementares entre si, pelos quais as mulheres postergam a maternidade para posteriormente procurar o auxílio da reprodução humana. O primeiro diz respeito ao tempo de dedicação à formação acadêmica e aos estudos suplementares, que se constituem em ferramentas de investimento na carreira; o segundo trata da busca por estabilidade financeira; e, por fim, o terceiro refere-se à procura pelo parceiro ideal.

Nesse contexto, quanto ao investimento em uma carreira que lhes garanta estabilidade financeira, as mulheres necessitam dispensar maior quantidade de horas em seu desenvolvimento pessoal e acadêmico. Conforme destacado pelas publicações, as mulheres despendem, em média, oito a nove anos de dedicação a estudos acadêmicos, com aprendizados de idiomas, além de programas de intercâmbios.

Os dados encontrados evidenciaram que, em muitas ocasiões, as mulheres não percebem que estão adiando a maternidade, pois pensam apenas que estão

seguindo um curso natural da vida. Por isso, cada vez mais elas vêm encarando com naturalidade a maternidade tardia. Assim, a experiência da maternidade tardia não é apenas uma questão de escolha individual e consciente da mulher, mas demonstra ser também uma questão de cunho social.

Quanto à busca pelo parceiro ideal, a perspectiva é semelhante. Ao deixar de investir em suas vidas sociais, focando no desenvolvimento intelectual e profissional, as mulheres potencializam as dificuldades em encontrar um parceiro afetivo, ainda mais um com o qual elas gostariam de dividir o projeto da maternidade. Desse modo, elas estão se casando mais tarde e quando se casam algumas encontram parceiros que já possuem filhos.

Sobre as questões de ordem profissional e as exigências pessoais em relação à estabilidade financeira, é possível afirmar que o desenvolvimento de uma carreira sólida, antes de se constituir família, tem se mostrado como um fator de grande relevância na decisão das mulheres sobre o momento ideal para se tornarem mães. Nesse sentido, verificou-se que o anseio de se ter estabilidade profissional e financeira tem determinado a perspectiva que essas mulheres nutrem em relação ao exercício da maternidade, visto que, para elas, essa estabilidade é um pré-requisito para a maternidade.

Muito embora a literatura corrobore que as mulheres já tenham vencido as primeiras barreiras quanto à sua inserção no mercado de trabalho, ainda assim, por meio dos dados encontrados, percebe-se que a falta de flexibilidade das organizações quanto às demandas femininas, no que diz respeito ao exercício da maternidade, tem se constituído em fomento à procrastinação da maternidade. Dessa maneira, concluiu-se que o comportamento da mulher brasileira de postergar a maternidade tem sido favorecido pelas crescentes demandas do ambiente corporativo e reforçado pela possibilidade de acesso aos procedimentos da reprodução assistida.

Sendo assim, os achados deste estudo agregaram novas informações à literatura, pois se verificou que o adiamento da maternidade ocorre, na maioria das vezes, de forma voluntária, o que não significa dizer que as mulheres o fazem de forma plenamente consciente. Apurou-se também que a maioria das mulheres perde a capacidade reprodutiva natural enquanto procrastinam a maternidade, ou seja, mulheres saudáveis por opção própria postergam a maternidade até o ponto em que

o tempo já não permite que elas engravidem naturalmente, e esse fato traz consigo vários impactos na vida da mulher contemporânea.

Posto isso, um achado de grande relevância foi revelado por este estudo: as mulheres contemporâneas têm utilizado as técnicas de reprodução assistida como um meio de lidar com os impasses entre carreiras profissionais e seus relógios biológicos. Embora as técnicas de reprodução assistida sejam revolucionárias, no momento elas ainda não são capazes de anular a interferência negativa do tempo sobre o potencial reprodutivo natural da mulher.

Dessa maneira, pode-se afirmar que a escolha voluntária pela procrastinação da maternidade é uma tendência crescente entre as mulheres brasileiras. Neste estudo, destacou-se que não se trata de uma escolha isenta de riscos, tendo-se em vista que as informações obtidas comprovam que a procrastinação da maternidade, bem como a tentativa de vivenciá-la posteriormente por meio da reprodução humana, pode impactar negativamente a vida pessoal e profissional das mulheres.

Esta investigação traz, ainda, novas contribuições não apenas no âmbito acadêmico, mas também fornece informações relevantes para as mulheres que estão passando por situação semelhante à das entrevistadas, bem como para aquelas que ainda pretendem passar. Essas contribuições surgem, sobretudo, ao identificar quais são os principais impactos na vida pessoal e profissional das mulheres que vivenciaram essa experiência.

Surgiram cinco diferentes pontos quanto aos impactos na vida pessoal das mulheres, relacionados: a) à rotina familiar, como organização familiar, administração do tempo e das prioridades da família; b) ao relacionamento conjugal, por exemplo, a questão da disparidade da divisão das tarefas, a sobrecarga de demandas à qual as mulheres são submetidas, sendo “obrigadas” a conviver com essa sobrecarga e a administrá-la; c) ao sentimento de culpa, fortemente ligado à demora da gravidez ocorrer e à falta de tempo de qualidade com os filhos; d) à dualidade de ser mãe e mulher, simultaneamente, devido à gama de responsabilidades com as quais as mulheres precisam lidar, tais como as responsabilidades com o trabalho, com os estudos, com os filhos e até mesmo com o marido, o que acaba favorecendo que suas necessidades individuais sejam negligenciadas; e) aos reflexos negativos para o corpo e a mente da mulher, decorrentes do adiamento da maternidade e da procura posterior por vivenciá-la por meio das técnicas de reprodução assistida. Enquanto a gravidez não acontece, as

mulheres tendem a ser absorvidas pela ideia da gestação, dificultando a atenção dispensada ao trabalho e aos demais relacionamentos pessoais e até mesmo às relações sociais. As tentativas frustradas de engravidar por meio da reprodução assistida impactaram negativamente algumas das mulheres participantes, ocasionando alguns “sintomas colaterais”, tais como estresse, ansiedade e depressão.

No tocante aos impactos na vida profissional das mulheres, surgiram três outros diferentes pontos, relacionados: a) à reflexão sobre a carreira profissional, na tentativa de driblar a rotina pouco flexível das empresas e para também estar mais perto dos filhos, o que leva algumas mulheres a investir em um negócio próprio; b) à reorganização do tempo e das prioridades, pois após o nascimento dos filhos as mulheres se veem mergulhadas em nova rotina, em que se faz necessário repensar as estratégias de como lidar com as demandas cotidianas, a fim de não comprometer por completo a carreira; c) à interrupção da carreira, quando muitas mulheres, por não conseguirem equilibrar as demandas de cuidados com os filhos e as da carreira, optam por interromper a vida profissional e retornar ao lar.

Foi possível inferir que tanto o projeto profissional quanto o projeto de construção de uma família são importantes para a mulher contemporânea. Devido ao conjunto de responsabilidades atribuídas a elas e a fim de dar “conta” de suas mais variadas demandas, elas têm optado com frequência pelo adiamento da maternidade. Na maioria das vezes, essa opção se dá em virtude de acreditar que posteriormente poderá procurar auxílio da Medicina Reprodutiva. É importante aprofundar nessa questão e, assim, refletir sobre tal fenômeno em suas distintas nuances, uma vez que as consequências dessa escolha podem trazer impactos irreparáveis para as mulheres.

Uma limitação foi identificada nesta pesquisa: o número reduzido de entrevistas de mulheres que não obtiveram êxito no processo de reprodução assistida. Embora tenham surgido várias indicações para entrevistas de mulheres com esse perfil, pouquíssimas aceitaram participar. Acredita-se que a negativa esteja relacionada aos impactos negativos do processo na vida dessas mulheres. Torna-se relevante um olhar mais detalhado para tal público, que pode produzir mais dados específicos que requerem análise mais aprofundada.

Diante da escassez de estudos que trabalham a temática proposta nesta pesquisa, são inúmeras as possibilidades de pesquisas futuras. Enfatiza-se a

importância de se estabelecer um estudo comparativo entre a percepção da mulher e o olhar das organizações. Além disso, é possível investigar a percepção dos homens quanto à temática, ou seja, a percepção dos parceiros afetivos das mulheres que se submeteram a essa vivência, visando apreender possíveis diferenças nessa dinâmica. É possível ainda fazer um estudo com vista em identificar quais organizações brasileiras têm ofertado benefícios relacionados ao relógio biológico feminino que envolva as técnicas de reprodução assistida. Recomenda-se também pesquisar o posicionamento dos profissionais da área de recursos humanos, a fim de se obter uma visão ampliada da temática.

Por fim, apesar de não permitir generalizações, este trabalho evidencia elementos importantes que lançam luz sobre os principais impactos na vida pessoal e profissional das mulheres que têm utilizado as técnicas de reprodução assistida como um meio de lidarem com os desafios de carreira e do relógio biológico.

REFERÊNCIAS

- Ajuriaguerra, J., & Marcelli, D. (1991). *Manual de psicopatologia infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Almeida, T. D. (2014). Processo da escolha conjugal sob a perspectiva da psicanálise vincular. *Pensando famílias*, 18(1), 3-18.
- Alves, B. M., & Pitanguy, J. (2017). *O que é feminismo*. Brasiliense.
- Alves-Silva, J. D., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. D. (2016). Conjugalidade e casamentos de longa duração na literatura científica. *Contextos Clínicos*, 9(1), 32-50.
- Alves, S. M. A. L., & Oliveira, C. C. (2014). Reprodução medicamente assistida: questões bioéticas. *Revista Bioética*, 22(1), 66-75.
- Arruda, S. L. S., & Lima, M. C. F. (2013). O novo lugar do pai como cuidador da criança. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 4(2), 201-216.
- Alzuguir, F. V., & Nucci, M. (2015). Maternidade mamífera? Concepções sobre natureza e ciência em uma rede social de mães. *Mediações*, 20(1), 217.
- Andrade, J. O. (2012). *As carreiras femininas no espaço contemporâneo: trajetórias e perspectivas de mulheres profissionais brasileiras*. Tese (Doutorado em Administração) – Belo Horizonte: UFMG.
- Andrade, J. O., Vieira, N. S., Nascimento, J. G. S., & Barbosa, A. C. Q. (2013). O contexto do trabalho na visão de mulheres profissionais brasileiras. *Anais do XXXVII Anpad* – Rio de Janeiro.
- Araújo, C., & Scalón, M. C. (Eds.). (2005). *Gênero, família e trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV.
- Ariés, P. (1978). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Babbie, E. (1999). *Métodos de pesquisas de survey*. Belo Horizonte: UFMG.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Badinter, E. (2011). *O conflito: a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro: Record.
- Baldin, N., & Munhoz, E. M. B. (2011, Nov.). Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. *Anais do X Congresso Nacional de Educação–EDUCRE/I Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação-SIRSSSE*. Curitiba, PR (7 ed., v. 10, pp. 329-41).

- Barbosa, P. Z., & Rocha-Coutinho, M. L. (2007). Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. *Psicologia Clínica*, 19(1), 163-185.
- Barbosa, P. Z., & Rocha-Coutinho, M. L. (2012). Ser mulher hoje: a visão de mulheres que não desejam ter filhos. *Revista Psicologia & Sociedade*, 24(3).
- Bardin, L. (1977). *La catégorisation*. Bardin, L.(éd), *L'analyse de contenu*. Paris: PUF.
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)
- Bell, J. S., Campbell, D. M., Graham, W. J., Penney, G. C., Ryan, M., & Hall, M. H. (2001). Can obstetric complications explain the high levels of obstetric interventions and maternity service use among older women? A retrospective analysis of routinely collected data. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 108(9), 910-918.
- Beltrane, G. R., & Donelli, T. M. S. (2012). Maternidade e carreira: desafios frente à conciliação de papéis. *Aletheia*, (38-39), 206-217.
- Benzies, K., Tough, S., Tofflemire, K., Frick, C., Faber, A., & Newburn-Cook, C. (2006). Factors influencing women's decisions about timing of motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(5), 625-633.
- Berlinck, M. T. (2014). As bases do amor materno, fundamento da melancolia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(3), 403-406.
- Berry, L., Zeithaml, V., & Malhotra, N. (2001). *Pesquisa acadêmica de marketing: uma orientação aplicada*. Porto Alegre: Bookman
- Bertolini, L. B. D. A. (2002). *Relações entre o trabalho da mulher e a dinâmica: familiar*. Campinas: Vetor.
- Betioli, M. I. S. (2000). Ser administradora é o feminino de ser administrador. *Anais do Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração*, 24, Florianópolis: Anpad.
- Bezerra, B. D. G., & Ferreira, G. H. L. (2017). Divisão sexual do trabalho: rebatimentos da lógica patriarcal na vida das mulheres. *Revista Includere*, 3(1).
- Biffi, M., & Granato, T. M. M. (2017). Projeto de ter filhos: uma revisão da literatura científica nacional e internacional. *Temas em Psicologia*, 25(1), 207-220.
- Biffi, M. (2014). *Narrativas de jovens casais sobre o projeto de ter filhos na contemporaneidade*. Tese (Doutorado em Psicologia) – Campinas: PUC.

- Biroli, F. (2016). Divisão sexual do trabalho e democracia. *Dados*, 59(3), 719-754. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/00115258201690>
- Borges, C. D. C., & Magalhães, A. S. (2013). Individualism, life trajectories and plans of constituting a family. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 30(2), 177-185.
- Borges, C. D. C., Magalhães, A.S., & Féres-Carneiro, T. 2014. Liberdade e desejo de constituir família: percepções de jovens adultos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 66(3):89-103.
- Boris, G. D. J. B., & Cesídio, M. D. H. (2007). Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 7(2), 451-478.
- Botelho, L. L. R., Moraes, L. V. S., & Cunha, C. J. C. A. (2008). Ascensão profissional feminina: um caminho bem mais tortuoso do que se imagina. *Seminário Internacional Fazendo Gênero – Corpo, Violência e Poder*. Florianópolis, SC, Brasil.
- Braga, M. D. G., & Amazonas, M. C. L. A. (2005). Família: maternidade e procriação assistida. *Psicologia em estudo*, 10(1), 11-18.
- Brasil. Ministério da Saúde (BR). (2014). *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília (DF): MS.
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Buchheit, S., Dalton, D. W., Harp, N. L., & Hollingsworth, C. W. (2015). A contemporary analysis of accounting professionals' work-life balance. *Accounting Horizons*, 30(1), 41-62.
- Bruschini, C. (2000). Gênero e trabalho no Brasil: novas conquistas ou persistência da discriminação. *Trabalho e Gênero: mudanças, permanências e desafios*. São Paulo: Editora 34, 13-58.
- Bruschini, C., & Lombardi, M. R. (2001). Instruídas e trabalhadeiras. *Desafios da equidade*, 157-196.
- Bruschini, C., & Puppim, A. B. (2004). Trabalho de mulheres executivas no Brasil no final do século XX. *Cadernos de Pesquisa*, 34(121), 105-138.
- Bruschini, C. (1994). Trabalho feminino: trajetória de um terna, perspectivas para o Futuro. *Estudos feministas*, 17-32.
- Bruschini, M. C. A., & Ricoldi, A. M. (2013). Família e trabalho: difícil conciliação para mães trabalhadoras de baixa renda. *Cadernos de Pesquisa*, 39(136), 93-123.
- Bruschini, M. C. A. (2013). Trabalho das mulheres no Brasil: continuidades e mudanças no período 1986-1995. *Textos FCC*, 17, 85.

- Bruschini, M. C. A. (2007). Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. *Cadernos de Pesquisa*, 37(132), 537-572.
- Calçada, A. (2013). Feminilidade e trabalho são conciliáveis. *Psique: Ciência & Vida, São Paulo*, (87), 42-47.
- Camargos, J. B. M., & Prestes, F. D. S. (2013). Maternidade em idade avançada: conflitos da reprodução assistida. *Salão do Conhecimento*, 1(01).
- Caplan, A. L., & Patrizio, P. (2010, July). Are you ever too old to have a baby? The ethical challenges of older women using infertility services. *Anais do Seminars in Reproductive Medicine*, 28(04), 281-286. © Thieme Medical Publishers.
- Carolan, M. (2007). Health literacy and the information needs and dilemmas of first-time mothers over 35 years. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), 1162-1172.
- Carolan, M., & Nelson, S. (2007). First mothering over 35 years: questioning the association of maternal age and pregnancy risk. *Health Care for Women International*, 28(6), 534-555.
- Carvalho, B. R. (2014). *Quando é tarde para gestar?* Recuperado de: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24837%3Aquando-e-tarde-para-gestar&catid=46%3Aartigos&Itemid=18.
- Carvalho, B. R., Resende, M. P. S., Nakagava, H. M., Oliveira Cabral, I., Barbosa, A. C. P., & Silva, A. A. (2012). Resultados em ciclos de fertilização in vitro de acordo com a faixa etária feminina. *Brasília Méd*, 49(2), 93-97.
- Carvalho Neto, A. M., Tanure, B., & Andrade, J. (2010). Executivas: carreira, maternidade, amores e preconceitos. *RAE-eletrônica*, 9(1).
- Cechi Fiorin, P., Tochetto de Oliveira, C., & Garcia Dias, A. C. (2014). Percepções de mulheres sobre a relação entre trabalho e maternidade. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 15(1).
- Ciscon-Evangelista, M. R., Sá Leal, L., Oliveira, N. K., & Menandro, P. R. M. (2013). Pós-graduação, formação profissional e postergação da constituição de família própria: um estudo com estudantes de mestrado e doutorado. *Psicologia e Saber Social*, 1(2), 265-277.
- Cleary-Goldman, J., Malone, F. D., Vidaver, J., Ball, R. H., Nyberg, D. A., Comstock, C. H., & Timor-Tritsch, I. E. (2005). Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 105(5, Part 1), 983-990.
- Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM n.º 2.013/2013*. [on-line]. Recuperado de: <http://www.portalmedico.org.br/resoluções/CFM/2013/20132013.pdf>
- Cooke, A., Mills, T. A., & Lavender, T. (2010). Informed and uninformed decision making: Women's reasoning, experiences and perceptions with regard to

advanced maternal age and delayed childbearing: A meta-synthesis. *International journal of nursing studies*, 47(10), 1317-1329.

Corrêa, D. P., & Aquino, G. B. (2015). Inserção da mulher de classe média no mercado de trabalho e sua conciliação com a maternidade sob a ótica de professoras do ensino superior. *Revista Científica da FAMINAS*, 11(1).

Corrêa, M. C., & Loyola, M. A. (2015). Assisted reproductive technologies in Brazil: options to improve access. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(3), 753-777.

Corrêa, M. V. (2001). *Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro: UERJ.

Corrêa Oliveira, S., Rigoni de Faria, E., Castellá Sarriera, J., Piccinini, C. A., & Marcelli Trentini, C. (2011). Maternidade e trabalho: uma revisão da literatura. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(2).

Costa, A. A. A. (2013). O movimento feminista no Brasil: dinâmicas de uma intervenção política. *Revista Gênero*, 5(2).

Cserepes, R. E., Kollár, J., Sápy, T., Wischmann, T., & Bugán, A. (2013). Effects of gender roles, child wish motives, subjective well-being, and marital adjustment on infertility-related stress: a preliminary study with a Hungarian sample of involuntary childless men and women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 288(4), 925-932.

Dambrin, C., & Lambert, C. (2008). Mothering or auditing? The case of two Big Four in France. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 21(4), 474-506.

D'Elia, T. C. P. (2009). Mulher, maternidade e trabalho: dilemas contemporâneos. *Psicologia Clínica*, 21(2), 503-503.

Del Priore, M. (1995). Ao sul do corpo: condição feminina. *Maternidade e Mentalidade no Brasil Colônia*. (2. ed.) Rio de Janeiro: José Olímpio (Originalmente publicado em 1993).

Del Priore, M. (2011). *Histórias Íntimas: sexualidade e erotismo na história do Brasil*. São Paulo: Planeta do Brasil.

Denzin, N. K., Lincoln, Y. S., & Giardina, M. D. (2000). (Ed.). *Handbook of qualitative research*. (2. ed.). Thousand Oaks, Califórnia: Sage Publications.

Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 221-231.

Diniz, D., & Costa, R. G. (2006). Infertilidade e infecundidade: acesso às novas tecnologias conceptivas. *Novas Tecnologias Reprodutivas*, 49.

- Duarte, R. (2002). Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*, 115(1), 139-154.
- Facchini, R., França, I. L., & Braz, C. (2014). Estudos sobre sexualidade, sociabilidade e mercado: olhares antropológicos. *Cadernos Pagu*, 42, 99-140.
- Fleck, A. C., & Wagner, A. (2003). A mulher como a principal provedora do sustento econômico familiar. *Psicologia em Estudo*, 8(1), 31-38.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas [Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions]. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.
- Freire, M. M. D. L. (2008). Ser mãe é uma ciência: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *História, Ciência e Saúde, Manguinhos*, 153-171.
- Friedman, D. (2014). Perk up: facebook and apple now pay for women to freeze eggs. *News*, Recuperado de: <http://www.nbcnews.com/news/usnews/perkfacebookapplenow-paywomenfreezeeggsn225011>. Acesso em: 06 de junho de 2016.
- Galeazzi, I. M. S. (2001). Mulheres trabalhadoras: a chefia da família e os condicionantes de gênero. *Mulher e trabalho*, 1.
- Gammie, E., & Whiting, R. (2013). Women accountants: Is the grass greener outside the profession?. *The British Accounting Review*, 45(2), 83-98.
- Gauthier, P., & deMontigny, F. (2013). Conceiving a first child: fathers' perceptions of contributing elements to their decision. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(3), 274-284.
- Gil, A. C. (1987). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (5. ed.). São Paulo: Atlas.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas.
- Godoi, C. K., & Mattos, P. L. C. L. (2006). *Entrevista qualitativa: instrumento de pesquisa e evento dialógico*. *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos*. São Paulo: Saraiva, 301-323.
- Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *RAE - Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, 35(2), 57-63.
- Goldin, C., Kerr, S. P., Olivetti, C., & Barth, E. (2017). The expanding gender earnings gap: evidence from the LEHD-2000 Census. *American Economic Review*, 107(5), 110-114.

- Gomes, A. G., Donelli, T. M. S., Piccinini, C. A., & Lopes, R. D. C. S. (2008). Maternidade em idade avançada: aspectos teóricos e empíricos. *Interação em Psicologia*, 12(1).
- Gammie, E., & Whiting, R. (2013). Women accountants: Is the grass greener outside the profession?. *The British Accounting Review*, 45(2), 83-98.
- Gradwohl, S. M. O., Osis, M. J. D., & Makuch, M. Y. (2013). Stress of men and women seeking treatment for infertility [estresse de homens e mulheres que buscam tratamento para infertilidade]. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35(6), 255-261.
- Heckler, V. I., & Mosmann, C. P. (2014). Casais de dupla carreira nos anos iniciais do casamento: compreendendo a formação do casal papéis, trabalho e projetos de vida. *Barbarói*, (41), 119.
- Heffner, L. J. (2004). Advanced maternal age: how old is too old? *New England Journal of Medicine*, 351(19), 1927-1929.
- Hirata, H. S. (2015). *Mudanças e permanências nas desigualdades de gênero: divisão sexual do trabalho numa perspectiva comparativa*. São Paulo: Friedrich Ebert Stiftung Brasil.
- Hooks, B. (2014). *Feminist Theory: From Margin to Center*. Londres: Routledge.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. (2010). Recuperado de: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc_2010_v37.pdf.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. (2012). Recuperado de: https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/Mulher_Mercado_Trabalho_Perg_Resp_2012.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. (2016). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Rio de Janeiro. 146 p. - (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica). Recuperado de: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>.
- Irvin, N., Klaus, M. H., Kennel, J. H., Klaus, M. H., & Kennel, J. H. (1992). Atendimento aos pais de um bebê com malformação congênita. *Pais/Bebê: a Formação do Apego*, 170-244.
- Jablonski, B. (2010). A divisão de tarefas domésticas entre homens e mulheres no cotidiano do casamento. *Psicologia Ciência e Profissão*, 30(2).
- Jablonski, B. (2003). Afinal, o que quer um casal? Algumas considerações sobre o casamento e a separação na classe média carioca. In: T. Féres-Carneiro (org.). *Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas*. (p. 141-168). Rio de Janeiro: EDPUC/Loyolla.

- Jablonski, B. (1998). Até que a vida nos separe: a crise do casamento contemporâneo. Rio de Janeiro: Agir. (2, ed.).
- Jablonski, B. (2007). O cotidiano do casamento contemporâneo: a difícil e conflitiva divisão de tarefas e responsabilidades entre homens e mulheres. In: T. Féres-Carneiro (org.). *Família e casal: saúde, trabalho e modos de vinculação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 203-228.
- Jacobsson, B., Ladfors, L., & Milsom, I. (2004). Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 104(4), 727-733.
- Jolly, M., Sebire, N., Harris, J., Robinson, S., & Regan, L. (2000). The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. *Human Reproduction*, 15(11), 2433-2437.
- Jonathan, E. G. (2011). Mulheres empreendedoras: o desafio da escolha do empreendedorismo e o exercício do poder. *Psicologia Clínica*, 23(1).
- Joseph, K. S., Allen, A. C., Dodds, L., Turner, L. A., Scott, H., & Liston, R. (2005). The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstetrics & Gynecology*, 105(6), 1410-1418.
- Khelif, H., & Achek, I. (2017). Gender in accounting research: a review. *Managerial Auditing Journal*, 32(6).
- Krein, J. D., & Castro, B. (2015). As formas flexíveis de contratação e a divisão sexual do trabalho. São Paulo: Fundação Frederich Ebert.
- Kunslar, A. Corpo e gênero: representações sociais do feminino numa academia de Porto Alegre. *Conversas & Controvérsias*, 2(2).
- Kupka, M. S., Ferraretti, A. P., De Mouzon, J., Erb, K., D'Hooghe, T., Castilla, J. A., & Kreuz-Kinderwunschzentrum, S. P. G. (2014). Assisted reproductive technology in Europe, 2010: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction*, 29(10), 2099-2113.
- Lameiras, M. A. P. (2013). Efeitos da população economicamente ativa sobre a taxa de desemprego. IPEA.
- Lampinen, R., Vehviläinen-Julkunen, K., & Kankkunen, P. (2009). A review of pregnancy in women over 35 years of age. *The Open Nursing Journal*, 3(1).
- Lamy, Z. C., Rocha, L. J. L. F., de Lima, J. R., & Silva, E. L. C. (2012). Paternidade em tempos de mudança: uma breve revisão da literatura. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 13(2).
- Lanius, M., & de Souza, E. L. A. (2010). Reprodução assistida: os impasses do desejo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(1), 53.

- Leite, R. R. Q., & Frota, A. M. M. C. (2014). O desejo de ser mãe e a barreira da infertilidade: uma compreensão fenomenológica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 20(2), 151-160.
- Leone, E. T., & Teixeira, M. O. (2016). As mulheres no mercado de trabalho e na organização sindical. *Anais do Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, 1, Caxambu: ABEP (21, 2010).
- Lima, G. S., Lima, M. S., & Tanure, B. (2009). Os desafios da carreira da mulher executiva no Brasil. *Anais do EnGPR, Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho*, II, Curitiba-PR. (p. 1-15).
- Lima, G. S., Carvalho Neto, A., Lima, M. S., Tanure, B., & Versiani, F. (2014). O teto de vidro das executivas brasileiras. *Revista Pretexto*, 14(4), 65-80.
- Lopes, M. N., Dellazzana-Zanon, L. L., & Boeckel, M. G. (2014). A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. *Temas em Psicologia*, 22(4), 917-928.
- Loureiro, C., da Costa, I., & Freitas, J. (2012). Trajetórias profissionais de mulheres executivas: qual o preço do sucesso?. *Revista de Ciências da Administração*, 14(33), 130-144. Recuperado de: doi:<http://dx.doi.org/10.5007/2175-8077.2012v14n33p130>.
- Luke, B., & Brown, M. B. (2007). Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age. *Human Reproduction*, 22(5), 1264-1272.
- Machado, M. H. (2003). *Reprodução humana assistida: aspectos éticos e jurídicos*. Juvê Paraná: Juruá.
- Maciel, A. C., Paula, R. R., Zanella, W., & Silva, A. J. (2014). Jovens executivas: um estudo sobre sua autopercepção em relação à carreira. *Revista Eletrônica de Administração e Turismo-ReAT*, 5(3), 401-413.
- Maheshwari, A., Porter, M., Shetty, A., & Bhattacharya, S. (2008). Women's awareness and perceptions of delay in childbearing. *Fertility and Sterility*, 90(4), 1036-1042.
- Maluf, V. M. D., & Kahhale, E. M. S. P. (2012). Mulher, trabalho e maternidade: uma visão contemporânea. *Polêmica*, 9(3), 170-a.
- Martinez, A. L. M., & Barbieri, V. (2011). A experiência da maternidade em uma família homoafetiva feminina. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(2), 175-185.
- Maruani, M., & Hirata, H. S. (2003). *As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho*. Senac.
- Matias, M., & Fontaine, A. M. (2013). Development and factor validation of the Motives towards Parenthood Scale. *Paideia (Ribeirão Preto)*, 23(54), 9-20.

- Mendes, V. (2014). Carreira X maternidade: empresas podem interferir nessa decisão? *Uai*, 2014. Recuperado de: http://sites.uai.com.br/app/noticia/saudeplena/noticias/2014/10/29/noticia_saudeplena,151022/carreiraxmaternidadeempresaspodeminterferirnessade.
- Mies, M. (2016). Origens sociais da divisão sexual do trabalho. A busca pelas origens sob uma perspectiva feminista. *Revista Direito e Práxis*, 7(15).
- Mota, C., Tanure, B., & Carvalho Neto, A. C. (2015). Mulheres executivas brasileiras: O teto de vidro em questão. *Revista Administração em Diálogo-RAD*, 16(3).
- Mota-Santos, C. M., & Carvalho Neto, A. M. (2017). O papel da família na trajetória profissional de mulheres executivas e empreendedoras. *Revista Alcance (Online)*, 24(1), 36.
- Moura, M. D. D., Souza, M. D. C. B. D., & Scheffer, B. B. (2009). Reprodução assistida: um pouco de história. *Revista da SBPH*, 12(2), 23-42.
- Mozzato, A.R., & Grzybovski, D. (2011). Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *Revista de Administração Contemporânea*, Curitiba, 15(4), 731-747.
- Nascimento, C. M., Próchno, C. C. S. C., & da Silva, L. C. A. (2012). O corpo da mulher contemporânea em revista. *Fractal: Revista de Psicologia*, 24(2), 385-404.
- NBC NEWS. (2014). *Perk Up: Facebook and Apple Now Pay for Women to Freeze Eggs*. Retrieved from: <http://www.nbcnews.com/news/us-news/perk-facebook-apple-now-pay-women-freeze-eggs-n225011>.
- Neubourg, D., Bogaerts, K., Wyns, C., Albert, A., Camus, M., Candeur, M., & Dhont, M. (2013). The history of Belgian assisted reproduction technology cycle registration and control: a case study in reducing the incidence of multiple pregnancy. *Human Reproduction*, 28(10), 2709-2719.
- Nunes, S. A. (2011). Afinal, o que querem as mulheres? Maternidade e mal-estar. *Psicologia Clínica*, 23(2).
- Oliveira, J. D. C. (2005). Perfil socioeconômico da maternidade nos extremos do período reprodutivo. Rio de Janeiro: IBGE.
- O'Neil, D. A., & Bilimoria, D. (2005). Women's career development phases: Idealism, endurance, and reinvention. *Career development international*, 10(3), 168-189.
- Oltramari, A. P., Iochins Grisci, C. L., & Weber, L. (2011). Carreira e relações familiares: dilemas de executivos bancários. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 11(1).

- Ozalp, S., Tanir, H. M., Sener, T., Yazan, S., & Keskin, A. E. (2003). Health risks for early (≤ 19) and late (≥ 35) childbearing. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 268(3), 172-174.
- Patrizio, P., & Greenfeld, D. (2007). Ethics of reproduction. In: T. Falcone, & W. W. Hurd (Eds.). *Clinical reproductive medicine and surgery*. Philadelphia: Elsevier Inc., 147-155.
- Paula, J. D. (2012). A influência da família no processo de alfabetização. *Revista Thema*, 9(2).
- Pereira, A. G. (2012). Divisão sexual do trabalho: limitação à igualdade de gênero e desenvolvimento. *Anais eletrônicos do Encontro Nacional de Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero*, 17, João Pessoa-PB: UFPB.
- Pereira, C. R. R., & Piccinini, C. A. (2007, jul-set.). O impacto da gestação do segundo filho na dinâmica familiar. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 24(3), 385-395.
- Pimentel, R. N., Amaral, W. N., Batista, N. T., Batista, L. A. T., & Rosa, P. W. (2016). O casal homossexual e a inseminação artificial heteróloga. *Reprodução & Climatério*, 31(1), 44-47.
- Pitombo, E. M. (2007). Família, psicopedagogia e pós-modernidade. *Cadernos de Psicopedagogia*, 6(11), 00-00.
- Portes Vargas, E. (2012). Barrigão à mostra: vicissitudes e valorização do corpo reprodutivo na construção das imagens da gravidez. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 19(1).
- Powell, G. N., & Greenhaus, J. H. (2012). When family considerations influence work decisions: Decision-making processes. *Journal of Vocational Behavior*, 81(3), 322-329.
- Queiroz, M. I. P. (1988). Relatos orais: do "indizível" ao "dizível". In: O. M., Von Simson. (Org.). *Experimentos com histórias de vida* (pp. 14-43). São Paulo: Vértice.
- Quental, C., & Wetzel, U. (2002). Equilíbrio trabalho-vida e empreendedorismo: a experiência das mulheres brasileiras. *Anais do XXVI Encontro Nacional de Pós-Graduação em Administração*. São Paulo. CD ROM.
- Ramírez-Gálvez, M. C. (2003). *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro*. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Unicamp.
- Resende, D. K. (2017). Maternidade: uma construção histórica e social. *Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, 2(4), 175-191.

- Ribeiro, F. D., Ferrari, R. A. P., Sant'Anna, F. L., Dalmas, J. C., & Giroto, E. (2014). Extremos de idade materna e mortalidade infantil: análise entre 2000 e 2009. *Revista Paulista de Pediatria*, 32(4), 381-388.
- Rios, M. G., & Gomes, I. C. (2009). Casamento contemporâneo: revisão de literatura acerca da opção por não ter filhos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(2), 215-225.
- Rios-Lima, M. G. (2012). *Um estudo sobre o adiamento da maternidade em mulheres contemporâneas*. (200 p.). Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Robb, F. V., Alder, E. M., & Prescott, R. J. (2005). Do older primigravidas differ from younger primigravidas in their emotional experience of pregnancy? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(2), 135-141.
- Roberts, E., Metcalfe, A., Jack, M., & Tough, S. C. (2011). Factors that influence the childbearing intentions of Canadian men. *Human Reproduction*, 26(5), 1202-1208.
- Rocha, C. B. D. A. (2006). *Aspectos clínicos e genótipo do receptor do FSH na síndrome de hiperestímulo ovariano induzida por hCG*. Tese (Doutorado em Medicina. Departamento de Clínica Médica) - Universidade de São Paulo.
- Rocha-Coutinho, M. L. (1998). De Cinderela a mulher maravilha: A maternidade em tempos de mudança. *Série Documenta*, 9, 91-116.
- Rocha-Coutinho, M. L. (2007). Família e emprego: conflitos e expectativas de mulheres executivas e de mulheres com um trabalho. *Família e casal: saúde, trabalho e modos de vinculação*, 203-228.
- Rocha-Coutinho, M. L. (2004). Novas opções, antigos dilemas: mulher, família, carreira e relacionamento no Brasil. *Temas em Psicologia*, 12(1), 02-17.
- Rouchou, B. (2013). Consequences of infertility in developing countries. *Perspect Public Health*. 133(3):174-9.
- Salem, T. (1997). As novas tecnologias reprodutivas: o estatuto do embrião e a noção de pessoa. *Mana*, 3(1), 75-94.
- Santos, C., Carvalho Neto, A., Caeiro, M., Versiani, F., & Martins, M. (2017). As mulheres estão quebrando as três paredes de vidro? Um estudo com empreendedoras mineiras. *Revista Economia & Gestão*, 16(45), 126-149.
- Santos, C. M. M., Tanure, B., & Carvalho Neto, A. M. D. (2014). Mulheres executivas brasileiras: o teto de vidro em questão. *Revista Administração em Diálogo*, 16(3), 56-75.

- Santos, C. M. M. (2012). *As mulheres brasileiras: do espaço privado da casa para as posições executivas nas organizações brasileiras*. Tese (Doutorado em Administração) - Pontifícia Universidade Católica de MG.
- Santos Coutinho, S. M., & Menandro, P. R. M. (2015). Representações sociais do ser mulher no contexto familiar: um estudo intergeracional. *Psicologia e Saber Social*, 4(1), 52-71.
- Santos, J. A. L. D., Ferreira, G. L., & Costa, I. H. C. (2014). Reprodução assistida heteróloga: o direito em desvendar as origens genéticas. *Revista Eletrônica de Ciências Jurídicas*, 1(3).
- Santos, L. D. S., & Diniz, G. R. S. (2011). Donas de casa: classes diferentes, experiências desiguais. *Psicologia Clínica*, 23(2), 137-149.
- Scalabrin, A. C. (2008). *Carreiras sem fronteiras e trajetórias descontínuas: um estudo descritivo sobre decisões de opt-out*. Tese (Doutorado em Administração) - Universidade de São Paulo).
- Scavone, L. (2001). Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 47-59.
- Schein, V. E. (2007). Women in management: reflections and projections. *Women in Management Review*, 22(1), 6-18.
- Schupp, T. R. (2006). *Gravidez após os 40 anos de idade: análise dos fatores prognósticos para resultados maternos e perinatais adversos*. Tese (Doutorado em Obstetrícia e Ginecologia) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina.
- Shelton, N., & Johnson, S. (2006). 'I think motherhood for me was a bit like a double-edged sword': the narratives of older mothers. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16(4), 316-330.
- Silva, A. C., & Oliveira, L. H. (2014). Conciliando a realização pessoal, o trabalho e a família: um estudo com mulheres do interior do Rio Grande do Sul. *Revista Psicologia em Foco*, 6(8), 3-21.
- Silva, J. C., Dal Magro, C. B., & da Silva, M. Z. (2016). Gender inequality in accounting profession from the perspective of the glass ceiling. *RACE-Revista de Administração, Contabilidade e Economia*, 15(2), 447-474.
- Silva Neves, A., Ferreira Dias, A. S., & Leitão Paravidini, J. L. (2013). A psicodinâmica conjugal e a contemporaneidade. *Psicologia Clínica*, 25(2).
- Silveira, N. S. P. & Hanashiro, D. M. M. (2011). Mulheres gerentes: a centralidade da maternidade na construção da identidade de gênero no trabalho. *Anais eletrônicos do Encontro Anual da Associação Nacional de Programas de Pós-Graduação em Administração*. Rio de Janeiro, Brasil (v. 35, p. 1-16).

- Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Recuperado de:
<http://www.sbrh.org.br/>, acesso em: 20/08/2016.
- Sonego, J. C & Lopes, R. C. S. (2009, jan-jun.). A experiência da maternidade em mães adotivas. *Aletheia: Revista de Psicologia* (29), 16-26.
- Souza, F. M., Voese, S. B., & Abbas, K. (2015). Mulheres no topo: as contadoras paranaenses estão rompendo o glass ceiling? *Advances in Scientific and Applied Accounting*, 8(2), 244-270.
- Souza, I. F., Teixeira, K. M. D., Loreto, M. D. S., & Bartolomeu, T. A. (2011). Não tem jeito de eu acordar e dizer: Hoje eu não vou ser mãe! Trabalho, maternidade e redes de apoio. *Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica*, 22(1),46-63.
- Szapiro123, A. M., & Féres-Carneiro, T. (2002). Construções do feminino pós-anos sessenta: o caso da maternidade como produção independente. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 179-188.
- Testa, M. R., Cavalli, L., & Rosina, A. (2014). The Effect of Couple Disagreement about Child-Timing Intentions: A Parity-Specific Approach. *Population and Development Review*, 40(1), 31-53.
- Teykal, C. M., & Rocha-Coutinho, M. L. (2007). O homem atual e a inserção da mulher no mercado de trabalho. *Psico*, 38(3).
- Tiburi, M., Menezes, M. D., & Eggert, E. (2002). As mulheres e a filosofia. *Unisinos*, 1, 1.
- Thompson, R., Lee, C., & Adams, J. (2013). Imagining fatherhood: Young Australian men's perspectives on fathering. *International Journal of Men's Health*, 12(2),150-165. Doi:10.3149/jmh.1202.150.
- Torres, K. A., & Adrião, K. G. (2014). Feminismo em tempos de tecnocegonha: uma discussão acerca das novas tecnologias reprodutivas. *Revista Psicologia e Saúde*, 6(1), 56-63.
- Tough, S., Benzies, K., Fraser-Lee, N., & Newburn-Cook, C. (2007). Factors influencing childbearing decisions and knowledge of perinatal risks among Canadian men and women. *Maternal and Child Health Journal*, 11(2), 189-198.
- Travassos-Rodriguez, F., & Féres-Carneiro, T. (2013). Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. *Tempo Psicanalítico*, 45(1), 111-121.
Recuperado de:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382013000100008&lng=pt&tlng=pt.
- Tubert, S. (1996). *Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas*. São Paulo: Rosa dos Tempos.

- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514
- Vaz, D. V. (2013). O teto de vidro nas organizações públicas: evidências para o Brasil. *Economia e Sociedade*, Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, 22(3), 765-790.
- Viau, P. A., Padula, C. A., & Eddy, B. (2002). An exploration of health concerns & health-promotion behaviors in pregnant women over age 35. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 27(6), 328-334.
- Vieira, A., & Amaral, G. A. (2013). A arte de ser beija-flor na tripla jornada de trabalho da mulher. *Saúde e Sociedade*, 22(2), 403-414.
- Vitorello, M. A. (2013). *A mãe na dobradiça: a função educativa da maternidade em famílias monoparentais femininas contemporâneas*. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação.
- Vitório Guimarães, M. D. G., & Lopes Petean, E. B. (2012). Carreira e família: divisão de tarefas domiciliares na vida de professoras universitárias. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 13(1).
- Wang, J., & Sauer, M. V. (2006). In vitro fertilization (IVF): a review of 3 decades of clinical innovation and technological advancement. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 2(4), 355.
- Weber, L. N. D., Santos, C. S. D., Becker, C., & Santos, T. P. (2017). Filhos em creches no século XXI e os sentimentos das mães. *Revista Psicologia Argumento*, 24(44), 55-64.
- Wheatley, D. (2017). Autonomy in paid work and employee subjective well-being. *Work and Occupations*,
- Wheatley, D. (2012). Work-life balance, travel-to-work, and the dual career household. *Personnel Review*, 41(6), 813-831.
- Winnicott, D. W. (1996b). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes (3. ed.), (Trabalho original publicado em 1986b).
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Tradução de Daniel Grassi. (3. ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Zasloff, E., Schytt, E., & Waldenström, U. (2007). First time mothers' pregnancy and birth experiences varying by age. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86(11), 1328-1336.
- Zordan, E. P., Wagner, A., & Mosmann, C. (2012). O perfil de casais que vivenciam divórcios consensuais e litigiosos: uma análise das demandas judiciais. *Psico-USF*, 17(2), 185-194.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro prévio da entrevista semiestruturada

DATA: _____

NOME: _____

IDADE: _____

CIDADE: _____

| RELACIONAMENTO AFETIVO | |
|------------------------|--|
| SOLTEIRA | |
| UNIÃO CONSENSUAL | |
| CASADA | |
| SEPARADA/ DIVORCIADA | |
| VIÚVA | |

PROFISSÃO: _____

| FORMAÇÃO | |
|----------------|--|
| GRADUAÇÃO | |
| ESPECIALIZAÇÃO | |
| MESTRADO | |
| DOUTORADO | |

EMPRESA: _____

| RENDA MENSAL | |
|------------------------------|--|
| ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO | |
| 2 a 5 SALÁRIOS MÍNIMOS | |
| 6 a 9 SALÁRIOS MÍNIMOS | |
| ACIMA DE 10 SALÁRIOS MÍNIMOS | |

| NÚMERO DE FILHOS | |
|------------------|--|
| ATÉ 1 FILHO | |
| ATÉ 3 FILHO | |
| MAIS DE 3 FILHOS | |

- 1) Conte-me um pouco da sua vida profissional (o começo, percurso...)
- 2) Como você descreve a importância da carreira profissional em sua vida?
- 3) Com quantos anos decidiu engravidar? Como foi essa decisão?
- 4) Na sua concepção, qual é a influência da idade na decisão pela maternidade?
- 5) Quanto tempo demorou entre a decisão de engravidar e a concretização da gravidez?
- 6) Como foi a gestação? Alguma intercorrência?
- 7) Na sua percepção, quais foram os principais fatores que influenciaram em sua decisão de adiar a maternidade?
- 8) Por quais motivos você procurou as técnicas de reprodução assistida? Como você lidou com essa questão?
- 9) Qual técnica de reprodução foi utilizada? Obteve sucesso na primeira tentativa? Em caso negativo, quantas tentativas foram necessárias?
- 10) Em todas as tentativas você recorreu às técnicas de reprodução? Como você lidou com essa questão?
- 11) Quem arcou com os custos do tratamento?
- 12) O que mudou no seu cotidiano após a maternidade? E na rotina da família?
- 13) Quais eram suas expectativas ao decidir postergar a maternidade?
- 14) Essas expectativas foram atendidas?
- 15) Quais foram as consequências positivas e negativas da maternidade tardia em sua vida?
- 16) Como era a sua condição econômico-financeira no momento em que decidiu engravidar?
- 17) Se pudesse voltar no tempo, você adiaria mesmo assim? Por quê?

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido dos participantes

Título do Projeto: Trabalho, vida pessoal e qualificação: a mulher e a tripla jornada de trabalho

Prezada Sr^a. _____,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa: “Trabalho e relógio biológico: um estudo com mulheres que se submeteram às técnicas de reprodução assistida”, que estudará os impactos na carreira e na vida pessoal das mulheres que procrastinaram a maternidade e posteriormente a vivenciaram por meio da reprodução assistida.

Você foi selecionada porque possui os requisitos necessários para a pesquisa, ou seja, é uma mulher que possui ou que já possuiu uma trajetória de vida profissional e que se submeteu às técnicas de reprodução assistida em idade superior a 30 anos. Se decidir participar dela, é importante que leia e/ou escute essas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa. Este termo de consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

Sua participação neste estudo consiste em responder algumas perguntas em relação à sua trajetória de vida profissional, bem como sobre sua escolha por vivenciar a maternidade por meio das técnicas de reprodução assistida após os 30 anos. Irá responder também algumas perguntas sobre como foi para você vivenciar esse processo.

Os dados serão gravados em áudio, para melhor compreensão do pesquisador. Seu nome será preservado durante toda a etapa da pesquisa, inclusive na publicação. Você receberá também *feedback* ao término da pesquisa.

A pesquisa não oferece riscos identificáveis.

Sua participação é muito importante e voluntária e, conseqüentemente, não haverá pagamento por participar deste estudo. Em contrapartida, você também não terá gasto.

As informações obtidas serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as fases da pesquisa e quando da apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa, uma vez que os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo prejuízo pessoal se essa for a sua decisão.

Todo o material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda e responsabilidade do pesquisador responsável pelo período de cinco anos e, após esse período, será destruído.

Os resultados deste estudo poderão ou não trazer benefícios diretos a você, mas as informações obtidas poderão ser relevantes para o aprimoramento das investigações da Administração, principalmente no que se refere aos estudos sobre carreira feminina.

Para todos os participantes, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, será observada, nos termos da lei, a responsabilidade civil.

Você receberá uma via deste termo no qual constam o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento. Caso você venha a sofrer algum dano relacionado ao estudo ou tenha mais perguntas sobre o mesmo, por favor, ligue para:

Pesquisador responsável: Viviane Cordeiro de Almeida

E-mail: viviane@vmcontabil.com

Endereço: Avenida Itaú, 525 – Bairro Dom Cabral – Belo Horizonte / MG – CEP: 30535-012 – Tel.:(31) XXXXXXXX

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, parecer nº 2060514. O Comitê é coordenado pela Professora Cristiana Leite Carvalho e poderá ser contatado, em caso de questões éticas, pelo telefone 3319-4517 ou e-mail: cep.proppg@pucminas.br

O presente termo será assinado em 02 (duas) vias de igual teor.

Belo Horizonte,

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Nome do participante (em letra de forma)

Assinatura do participante ou representante legal

Data

Eu, Viviane Cordeiro de Almeida, comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste termo e agradeço pela sua colaboração e sua confiança.

Assinatura do pesquisador

Data

APÊNDICE C - Roteiro modificado da entrevista semiestruturada

Sessão I - Aplicadas às mulheres que obtiveram ou não êxito no processo de reprodução assistida

Nome da Participante: _____

Idade: _____ Dia e local da entrevista: _____

Profissão: _____

| RENDA MENSAL | |
|------------------------------|--|
| ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO | |
| 2 a 5 SALÁRIOS MÍNIMOS | |
| 6 a 9 SALÁRIOS MÍNIMOS | |
| ACIMA DE 10 SALÁRIOS MÍNIMOS | |

| NÚMERO DE FILHOS | |
|------------------|--|
| ATÉ 1 FILHO | |
| DE 2 a 3 FILHOS | |
| MAIS DE 3 FILHOS | |

- 1) Conte-me um pouco como foi sua trajetória de formação acadêmica e vida profissional (o começo, percurso...).
- 2) Atualmente você está trabalhando? Em qual empresa? Você gosta (ou gostava) do trabalho que desenvolvia? Como você descreve sua relação com o trabalho?
- 3) Como você descreve a importância da carreira profissional em sua vida até o momento?
- 4) E quanto à sua vida amorosa? Conte um pouco a respeito (procurar saber se são casados oficialmente, há quanto tempo estão juntos...)
- 5) Vocês planejaram a sua gravidez? A decisão de engravidar foi conjunta? Como foi para ele(a)?


- 6) Quantos anos você tinha quando decidiu engravidar? Como foi para você essa decisão?
- 7) Por quais motivos você procurou as técnicas de reprodução assistida? Como você lidou com essa questão?
- 8) Qual técnica de reprodução foi utilizada? Obteve sucesso na primeira tentativa? Em caso negativo, quantas tentativas foram necessárias?
- 9) Em todas as tentativas você recorreu às técnicas de reprodução? Como você lidou com essa questão?
- 10) Quanto tempo demorou entre a decisão de engravidar e a concretização da gravidez? Qual era a sua idade na época?
- 11) Como foi a gestação? Alguma intercorrência?
- 12) A empresa arcou com os custos do tratamento? (No caso negativo, quem custeou?)
- 13) Como foi a reação da empresa diante da gravidez? Alguma coisa mudou no trabalho durante ou depois do tratamento?
- 14) Você se sentiu motivada de alguma forma pela empresa e/ou profissionalmente ao adiar a gravidez?
- 15) Em algum momento você adiou a gravidez por motivos relacionados ao trabalho? Se sim, detalhe o ocorrido.
- 16) Na sua percepção, quais foram os principais fatores que influenciaram em sua decisão de adiar a maternidade?
- 17) O que mudou no seu cotidiano após a maternidade? E na rotina da família?
- 18) Após o nascimento do bebê, você retornou ao trabalho? Se sim, como foi para você lidar com o retorno?
- 19) Quais eram suas expectativas ao decidir postergar a maternidade? Essas expectativas foram atendidas?
- 20) Em sua opinião, quais foram as consequências positivas e negativas da maternidade tardia em sua vida?
- 21) Se pudesse voltar o tempo, você adiaría mesmo assim? Por quê?
- 22) Se você não tivesse acesso ao tratamento proporcionado pela reprodução assistida, ainda assim adiaría a gravidez?
- 23) Como você julga a importância dessas técnicas para as mulheres na atualidade?

Sessão II - Aplicadas às mulheres que não obtiveram êxito no processo de reprodução assistida

- 24) Por que a gestação não evoluiu? Como foi para você lidar com essa questão?
- 25) Como seu parceiro lidou com a não evolução da gravidez?
- 26) E na empresa, como foi a reação das pessoas?
- 27) O que mudou no seu cotidiano após a(s) tentativa(s) frustrada(s)? E na rotina da família?
- 28) Em algum momento você cogitou a possibilidade de a gravidez não ocorrer? Como você lidou com a questão?
- 29) Se você pudesse resumir como se sentiu no momento em que entendeu que não seria possível a gravidez, em poucas palavras como descreve?
- 30) Se você soubesse que sua(s) tentativa(s) por meio da reprodução assistida não surtiria(m) o resultado desejado, ainda assim teria adiado a gravidez?

ANEXOS

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética do Depto. de Psicologia da PUC/MG

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE MINAS GERAIS - 
PUCMG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRABALHO E RELÓGIO BIOLÓGICO:

Um estudo com mulheres que se submeteram às técnicas de reprodução assistida

Pesquisador: VIVIANE CORDEIRO DE ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66675617.7.0000.5137

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.060.514

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa para dissertação de mestrado em Administração. A proposta do trabalho é compreender os impactos na carreira e na vida pessoal das mulheres que procrastinaram a maternidade e posteriormente a vivenciaram por meio da reprodução assistida. Para tanto, procurar-se-á identificar e compreender quais fatores têm influenciado as mulheres nesta decisão. Buscará também analisar os impactos na carreira e vida pessoal das mulheres que obtiveram ou não êxito no processo de fertilização. A população que se pretende estudar são mulheres entre 30 a 50 anos. Estima-se que serão ouvidas no mínimo 20 mulheres, ou até que o conteúdo das respostas seja suficiente para concluir a análise, e investigar como ocorreu a experiência da gravidez por meio da reprodução assistida para estas mulheres. Serão abordadas questões referentes aos fatores que contribuíram para que elas fizessem a escolha voluntária de postergar a maternidade, como se deu o processo e como lidaram com tais questões. Parte-se da hipótese de que as técnicas de reprodução assistida têm se constituído como um meio de lidar com os desafios da carreira.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender os impactos na carreira e na vida pessoal das mulheres que procrastinaram a maternidade e posteriormente a vivenciaram por meio da reprodução assistida.

Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 03, sala 228
Bairro: Coração Eucarístico **CEP:** 30.535-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3319-4517 **Fax:** (31)3319-4517 **E-mail:** cep.proppg@pucminas.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE MINAS GERAIS -
PUCMG



Continuação do Parecer: 2.060.514

Objetivos Secundários: compreender quais fatores influenciaram as mulheres na decisão de procrastinar a maternidade e posteriormente fazer a opção de vivenciá-la por meio da reprodução assistida; analisar os impactos na carreira e vida pessoal das mulheres que obtiveram êxito no processo de fertilização e analisar os impactos na carreira e vida pessoal das mulheres que não obtiveram êxito no processo de fertilização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Sem riscos.

Benefícios: Favorecer o entendimento a respeito de como a Mulher contemporânea tem relacionado as temáticas maternidade e trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ndn.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto: anexada, assinada pelo coordenador, sem carimbo e identificação do local.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: modelo anexado.
- Instrumento de coleta de dados: modelos de entrevista/questionário anexado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|-----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_893529.pdf | 27/04/2017 18:19:12 | | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHADEROSTOPROJETO.pdf | 04/04/2017 18:32:51 | VIVIANE CORDEIRO DE ALMEIDA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_VIVIANECORDEIRO.doc | 31/03/2017 20:11:08 | VIVIANE CORDEIRO DE ALMEIDA | Aceito |
| Outros | QUESTIONARIO.docx | 31/03/2017 19:55:06 | VIVIANE CORDEIRO DE ALMEIDA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / | TERMODECONSENTIMENTO.docx | 31/03/2017 19:50:23 | VIVIANE CORDEIRO DE ALMEIDA | Aceito |

Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 03, sala 226
 Bairro: Coração Eucarístico CEP: 30.535-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3319-4517 Fax: (31)3319-4517 E-mail: cep.propgg@pucminas.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE MINAS GERAIS -
PUCMG



Continuação do Parecer: 2.060.514

| | | | | |
|---------------------------|---------------------------|------------------------|--------------------------------|--------|
| Justificativa de Ausência | TERMODECONSENTIMENTO.docx | 31/03/2017 19:50:23 | VIVIANE CORDEIRO DE ALMEIDA | Aceito |
|---------------------------|---------------------------|------------------------|--------------------------------|--------|

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 12 de Maio de 2017

Assinado por:
CRISTIANA LEITE CARVALHO
(Coordenador)

Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 03, sala 228
 Bairro: Coração Eucarístico CEP: 30.535-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3319-4517 Fax: (31)3319-4517 E-mail: cep.proppg@pucminas.br