UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

RITA TROPA ALVES DOS SANTOS MARQUES

A entrega de um filho para adoção e o mito do amor materno: estudo clínico-qualitativo com profissionais de enfermagem envolvidos com mulheres que entregam os filhos para adoção

São Paulo – SP

2019

RITA TROPA ALVES DOS SANTOS MARQUES

A entrega de um filho para adoção e o mito do amor materno: estudo clínico-qualitativo com profissionais de enfermagem envolvidos com mulheres que entregam os filhos para adoção

"Versão Corrigida"

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Associada Livre-Docente Ivonise Fernandes da Motta

São Paulo - SP

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Tropa Alves dos Santos Marques, Rita
A entrega de um filho para adoção e o mito do amor materno: estudo clínico-qualitativo com profissionais de enfermagem envolvidos com mulheres que entregam os filhos para adoção / Rita Tropa Alves dos Santos Marques; orientadora Ivonise Fernandes da Motta. -- São Paulo, 2019.
254 f.
Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2019.

1. Mito do amor materno. 2. Adoção. 3. Profissionais de enfermagem. 4. Mães doadoras. 5. Narrativas Interativas. I. Fernandes da Motta, Ivonise, orient. II. Título.

Nome: Marques, Rita Tropa Alves dos Santos

Título: A entrega de um filho para adoção e o mito do amor materno: estudo clínico-qualitativo com profissionais de enfermagem envolvidos com mulheres que entregam os filhos para adoção

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dra. Ivonise Fernandes da Motta
Instituição: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, IPUSP
Assinatura:

Prof. Dra. Isabel Cristina Gomes
Instituição: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, IPUSP
Assinatura:

Prof. Dra. Salomé Vieira Santos
Instituição: Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa
Assinatura:

Prof. Dra. Maria de La Ó Ramallo Veríssimo,
Instituição: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, EEUSP
Assinatura:

Prof. Dra. Maria Teresa Gouvea Magão
Instituição: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Assinatura:

Prof. Dra. Gina Khafif Levinzon
Instituição: Consultório privado
Assinatura:

DEDICATÓRIA

Para ti meu pai,
que partiste cedo demais,
mas que numa
"estrelinha" continuas a guiar-me, iluminar-me e a
proteger-me todos os dias…

AGRADECIMENTOS

A todos os profissionais de enfermagem, brasileiros e portugueses, que aceitaram e se disponbilizaram em participar no presente estudo. Pelas suas reflexões, comentários e entendimentos sobre o tema em estudo, o meu mais profundo e sincero reconhecimento. Agradeço de coração as contribuições e a possibilidade que me propiciaram de partilharem experiências profissionais e conhecimentos que me acompanharam ao longo de todo este trabalho.

À minha orientadora, Professora Livre Docente Ivonise Fernandes da Motta, agradeço pelo acolhimento, disponibilidade e pelo incentivo na condução deste trabalho, feito sempre com simpatia, generosidade e interesse.

À Banca de Qualificação, Professora Titular Isabel Cristina Gomes e Professora Doutora Salomé Vieira Santos, pela leitura atenta do trabalho, pelos comentários e sugestões, tão importantes para o desenvolvimento do presente estudo.

À Professora Doutora Luana Cunha Ferreira, pela ajuda e apoio na análise e tratamento dos dados qualitativos. Nunca terei palavras para agradecer.

Ao Desembargador Dr. António Carlos Malheiros, ao Juiz de Direito Dr. Samuel Karasin e a Coordenadoria de Infância e Juventude do Tribunal de Justiça de São Paulo, pelo seu incentivo e apoio na realização da pesquisa. O meu muito obrigada.

Às assistentes sociais Rosemeire M.M. Brito e Lusinete Mathias, aos elementos do Setor Técnico e Cartório da Vara, agradeço a ajuda e disponibilidade ao longo deste processo.

Agradeço o apoio do Secretário do Município, Diretoria do Hospital/Maternidade, pelo incentivo e ajuda para a realização da pesquisa.

À Claudia Rocha, da secretaria de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia Clínica, pela simpatia, prontidão e ajuda, sempre que foi necessário.

À Enfermeira Chefe Solange de Fátima P. Conejo, agradeço a disponibilidade, ajuda e facilitação de meios, imprescindíveis à coleta de dados e entrevistas realizadas. Sem a sua generosiddade e envolvimento, nada teria sido possível.

À Enfermeira Maria Aurélia, à Assistente Social Célia Regina Alves da Silva Pinto e, em especial, à Psicologa Rita de Fátima Leme, pela disponibilidade e simpatia com que me

receberam em contexto de maternidade. Só posso agradecer o acolhimento e carinho que me facilitaram, bem como o seu incentivo para que o trabalho tomasse o seu rumo.

À enfermeira Alice Egreja, pelo carinho, pela ajuda, pela escuta e reflexão sobre temas relacionados com a enfermagem, tão importantes ao aprofundamento das questões colocadas na presente pesquisa. Sem a sua ajuda esta pesquisa não teria sido possível.

À Layla e ao Leonardo Borgatti, pela revisão e leitura atenta e criteriosa do trabalho. Sua ajuda foi uma benção inesperada.

Agradeço à Psicóloga Yara Ishara, pela atuação na construção do projeto de pesquisa e participação na sua execução mas, acima de tudo, pela sua generosidade, afeto, apoio, incentivo e presença constantes. Sem a sua amizade e disponibilidade nada teria sido igual. Nem um oceano conseguiu nos afastar. Apesar da distância física, a sua amizade esteve sempre presente. Nunca conseguirei colocar em palavras, o seu apoio e ajuda neste caminho.

À Ana Rita, pela amizade ao longo dos anos. Pela sua ajuda na minha formação enquanto Psicóloga e por me ter ensinado a querer aprender sempre mais.

À Ana Amado, minha irmã de coração. A sua amizade consegue sempre fazer milagres.

Aos restantes amigos, portugueses, brasileiros, argentinos, libaneses, sírios, americanos, que nestes anos de expatriamento me ensinaram a nunca perder a esperança. Que me receberam sempre de braços abertos e foram o meu porto seguro. Que me apresentaram novos mundos, culturas e me mostraram que não há lugar no mundo como Portugal. Estarão sempre comigo.

À minha família, por apesar de, às vezes, mais longe, estar sempre perto.

À minha mãe, pela sua força e coragem, pela presença, pelo seu amor e pela disponibilidade em me ouvir sempre.

Ao Óscar, meu companheiro, amigo, amor de uma vida. A sua presença nos bons e maus momentos têm sido a minha fortaleza. O seu incentivo e apoio ajudaram de forma incondicional a realização de mais este projeto.

Ao António Maria, à Maria do Carmo e ao José Maria, por me ensinarem o que é ser mãe. Por aceitarem as minhas ausências. Pelo amor infinito.

RESUMO

Marques, R. T. A. A entrega de um filho para adoção e o mito do amor materno: estudo clínico-qualitativo com profissionaisde enfermagem envolvidos com mulheres que entregam os filhos para adoção**.** Tese (Doutorado Psicologia Clínica), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

A adoção é uma temática estudada mundialmente. No entanto, no que diz respeito às mães biológicas que entregam os filhos para adoção, os estudos têm-se revelado escassos. Os que existem, centralizam a sua atenção na caracterização destas mulheres, bem como no aprofundamento dos motivos que levam à entrega de um filho. A presente pesquisa pretende, como objetivo principal, investigar de que modo o mito do amor materno afeta as ideias e concepções em relação à entrega de um filho para a adoção nos profissionais de enfermagem diretamente envolvidos com estas mulheres. Objetiva, ainda, compreender de que modo a experiência pessoal na família de origem destes profissionais pode interferir no seu relacionamento face às mulheres que entregam um filho; entender de que maneira o modelo idealizado de família tradicional, pode interferir na sua prática e postura profissional; investigar como as narrativas interativas podem contribuir para a reflexão acerca do tema em análise, bem como a atuação profissional face a estas mulheres e, por último, analisar eventuais diferenças ou semelhanças que possam existir no relacionamento dos profissionais de enfermagem, brasileiros e portugueses, face às mulheres que entregam um filho. Metodologicamente, a pesquisa configura-se como pesquisa qualitativa, tendo sido utilizado o método interpretativo da análise temática, recorrendo-se, ainda, a algumas estratégias de codificação inspiradas na Grounded Theory. Foram realizadas entrevistas individuais semi-dirigidas com 67 profissionais de enfermagem (brasileiros e portugueses) que tinham contato com estas mulheres. Posteriormente, foi solicitado a cada um destes profissionais que completassem, individualmente, duas histórias fictícias, sobre a entrega de um filho para adoção, elaboradas especialmente para o presente estudo, produzindo-se uma narrativa interativa. Os resultados apontaram para a presença de uma visão de maternidade idealizada, onde a mãe é vista como devendo ter um amor incondicional face aos filhos e colocando-os em primeiro lugar, em detrimento das suas necessidades e desejos pessoais. Esta visão parece ter um impacto na forma como os profissionais de enfermagem entendem as mulheres que entregam um filho, assim como na sua atuação face a elas. Adicionalmente, a atuação dos profissionais de enfermagem tende, também, a ocorrer de acordo com a sua experiência e vivência pessoal, remetendo os profissionais para as suas próprias vivências, como forma de explicitar que uma mãe deve se manter com o seu filho. O modo como os profissionais de enfermagem abordaram o ideal de família permitiu-nos compreender, como o modelo tradicional de família ainda se encontra presente, ainda que coexistindo com outras configurações e modelos familiares. Neste sentido, antecipam-se desafios e dificuldades na forma como as mulheres que entregam são acolhidas, bem como na atuação efectivamente profissional frente a elas. Os resultados alcançados confirmam como as

narrativas interativas se revelam importantes para o aprofundamento e reflexão da temática da entrega de um filho, sendo as histórias relatadas reveladoras de uma maior aceitação da situação de entrega, no caso da mulher pertencente a uma classe social mais desfavorecida.

Palavras-chave: Mito do Amor Materno; Adoção; Profissionais de enfermagem; Mães doadoras; Narrativas Interativas

ABSTRACT

Marques, R. T. A. The delivery of a child for adoption and the myth of maternal love: a qualitative clinical study with nursing professionals involved with women who deliver their children for adoption. Tese (Doutorado Psicologia Clínica), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

Adoption is studied worldwide. There are, however, few studies from the perspective of the biological mothers who place their children for adoption. The available studies focus on the characterization of these women and tend to concentrate on secondary issues relating to the reasons why these women place their children for adoption. The purpose of this research is to investigate how the myth of maternal love refers to ideas and conceptions perceived by nursing professionals who are directly involved with these women. Moreover, it seeks to understand how the personal experience in these professionals' family of origin may interfere in their relationship with women who place their child for adoption. It looks at how the idealized model of the traditional family may interfere in their professional work and attitude. It examines how the interactive narratives may contribute to reflecting upon this issue and their professional attitude towards these women. Finally, it seeks to analyze the possible differences and similarities that exist in terms of the behavior of Brazilian and Portuguese nursing professionals towards the women who place their children for adoption. Methodologically speaking, this study is a qualitative research that has used not only the interpretative method of thematic analysis but also a few codification strategies based on the Grounded Theory. Individual semi-direct interviews were carried out with 67 (Brazilian and Portuguese) nursing professionals who had contact with these women. Subsequently, each professional was asked to complete two fictitious stories, especially designed for this study, on the subject of placing a child for adoption, which produced an interactive narrative. The results point towards an idealized view of motherhood, where the mother has unconditional love towards her children and places them before everything else, to the detriment of her own personal needs and desires. This view seems to cause an impact on how nursing professionals see women who place their child for adoption as well as their behavior towards them. Additionally, nursing professionals tend to behave in accordance with their own personal experience which in turn make them believe that a mother must keep her child. The nursing professionals' view on the ideal family allows us to understand how the traditional family model continues to be present, despite its coexistence with other types of family models. In this respect, it is possible to foresee the challenges and difficulties regarding how women who place their children for adoption are received and how professionals behave towards them. The results confirm how the interactive narratives are valuable, enabling greater reflection and the ability to look into the issue of placing a child for adoption more in-depth. The narrated stories show that there is a wider acceptance of the situation when the woman comes from a lower-class background.

Keywords: myth of maternal love; adoption; nursing professionals; mothers who place their children for adoption; interactive narratives

RÉSUMÉ

Marques, R.T.A. L'accouchement d'un enfant en adoption et le mythe de l'amour maternel: une étude clinique-qualitative avec des professionnels de l'infirmière qui s'occupent de femmes qui accouchent pour adoption. Thèse (PHD Clinique Psychologie), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

L'adoption est un thème étudié dans le monde entier. Toutefois, en ce qui concerne les aux mères biologiques qui accouchent de leurs enfants pour adoption, des études ont été rares. Ceux qui existent, concentrent leur attention sur le caractérisation de ces femmes, ainsi que dans l'approfondissement des raisons de qui conduisent à l'accouchement d'un enfant. Cette recherche vise, comme objectif principal, à étudier comment le mythe de l'amour maternel affecte les idées et les conceptions concernant l'accouchement d'un enfant pour adoption chez les professionnels infirmiers directement impliqués avec ces femmes. Il vise également à comprendre comment l'expérience personnelle dans la famille d'origine de ces professionnels peut interférer dans leur relation avec les femmes qui donnent un enfant; comprendre comment le modèle idéalisé d'une famille traditionnelle peut interférer avec sa pratique et sa posture professionnelle; d'étudier comment les récits interactifs peuvent contribuer à la sur le thème à l'étude, ainsi que sur l'action professionnelle face à ces femmes et, enfin, d'analyser les différences ou les similitudes qui peuvent exister dans le relations entre professionnels infirmiers, brésiliens et portugais, en relation avec femmes qui donnent un enfant. Méthodologiquement, la recherche est configurée comme qualitative, et la méthode d'interprétation de l'analyse thématique a été utilisée, il y a aussi des stratégies de codage inspirées par la théorie grounded. Des entretiens individuels semi-dirigés ont été menés auprès de 67 professionnels infirmiers (brésiliens et portugais) qui ont été en contact avec ces femmes. Par la suite, chacun de ces professionnels a été invité à remplir, individuellement, deux histoires fictives, sur l'accouchement d'un enfant pour adoption, élaboré spécialement pour la présente étude, produisant une narrative interactif. Les résultats ont mis en évidence la présence d'une vision de maternité idéalisée, où le mère est considérée comme ayant un amour inconditionnel envers ses enfants et de les mettre en d'abord, au détriment de leurs besoins et désirs personnels. Cette vision semble avoir un impact sur la façon dont les professionnels infirmiers comprennent les femmes qui donner un enfant, ainsi que dans leur performance en face d'eux. En outre, la performance des professionnels des soins infirmiers ont également tendance à se produire en fonction de leur expérience et l'expérience personnelle, en référant les professionnels à leurs propres expériences, comme un moyen de expliquer qu'une mère doit suivre son enfant. La façon don’t l'allaitement nous a permis de comprendre comment le modèle la famille traditionnelle est toujours présente, même si elle coexiste avec d'autres configurations et modèles familiaux. En ce sens, les défis et les difficultés sont anticipés dans la façon dont les femmes qui accouchent sont les bienvenues, ainsi que dans la performance professionnelle réelle à leur égard. Les résultats obtenus confirment l'importance des récits interactifs pour l'approfondissement et la réflexion du thème de l'accouchement d'un enfant, et les histoires rapportées révélant une plus grande acceptation de la situation d'accouchement, dans le cas des femmes appartenant à une classe sociale plus désavantagée.

Mots-clés: Mythe de l'amour maternel; Adoption; Professionnels infirmiers; Mères donneuses; Narratives interactifs

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO 14

CAPíTULO 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA - EMPÍRICA 21

2.1 REFLEXÕES SOBRE ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM 21

2.1.1 Breve Enquadramento da Enfermagem no Brasil e em Portugal 21

2.1.2 Alguns Estudos Brasileiros sobre o Cuidado Materno e a Entrega de um filho para Adoção 26

2.2 EVOLUÇÃO SOCIAL DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA 31

2.2.1 Enquadramento Histórico sobre a Proteção à Criança e Evolução da Família 31

2.2.2 Família na Contemporaneidade 36

2.3 O MITO DO AMOR MATERNO 40

2.3.1 A Construção de um Mito 40

2.3.2 Maternidade – o Biológico, o Psicológico e o Social 44

2.3.3 Maternidade na Atualidade 52

2.4 A ENTREGA DE UM FILHO PARA ADOÇÃO 57

2.4.1 Breve Enquadramento da Adoção no Brasil e em Portugal 57

2.4.2 Enquadramento Jurídico/Legal da entrega de um filho para Adoção no Brasil e em Portugal – Abandono vs Entrega 60

2.4.3 “Mulheres em Conflito com a sua Maternidade” 64

2.4.4 Alguns estudos Nacionais e Internacionais sobre a Entrega de um filho para Adoção 67

CAPÍTULO 3. OBJETIVOS 75

3.1 OBJETIVO GERAL 75

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 75

CAPíTULO 4. MÉTODO 76

4.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO E EPISTEMOLÓGICO 76

4.2.INSTRUMENTOS 80

4.2.1 A entrevista semi-dirigida 80

4.2.2 Procedimento das Narrativas Interativas 82

4.3 PARTICIPANTES 86

4.3.1. Profissionais de Enfermagem Brasileiros (EB e TEB) 111

4.3.2 Profissionais de Enfermagem Portugueses (EP) 113

4.4 PROCEDIMENTO 114

4.5 ANÁLISE DOS ASPECTOS ÉTICOS 117
4.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS 119

CAPÍTULO 5. RESULTADOS 128
5.1 ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS NAS ENTREVISTAS SEMI-DIRIGIDAS 129
5.1.1 Tema 1: A entrega de um filho 131
5.1.2 Tema 2: "Sobre os profissionais…" 146
5.1.3 Tema 3: O que representa maternidade? 155
5.1.4.Tema 4: Significações de família 168
5.2 ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS NO PROCEDIMENTO DAS NARRATIVAS INTERATIVAS 181
5.2.1 Tema 5: Narrativas Interativas – Histórias de Mulheres 181

CAPÍTULO 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 194
6.1 RESUMO DOS DADOS E DISCUSSÃO 194
6.1.1 A entrega de um filho 195
6.1.2 Sobre os profissionais… 203
6.1.3 O que representa a maternidade? 207
6.1.4 Significações de família 210
6.1.5 Narrativas Interativas – Histórias de Mulheres 214
6.2 COMPARAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM 219

CAPITULO 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 224

REFERÊNCIAS 232

ANEXOS 244
ANEXO A - Roteiro da Entrevista Semi-Dirigida 245
ANEXO B - Narrativas Interativas (Brasil) 246
ANEXO C - Narrativas Interativas (Portugal) 247
ANEXO D - Parecer Consubstanciado do CEP 248
ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Brasil) 253
ANEXO F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Portugal) 254

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como objetivo de estudo o ato de entrega de um filho para adoção e a sua relação com o mito do amor materno.

A escolha deste tema está relacionada a um interesse pessoal, baseado no trabalho realizado ao longo de vários anos, numa casa de acolhimento temporária para crianças, situada em Lisboa, Portugal.

Da observação realizada, junto das crianças acolhidas em contexto institucional e suas famílias, foi possível constatar as inúmeras situações de riscos a que as primeiras se encontravam expostas, principalmente, no que se refere a fatores de risco pré e pós-natais, perturbações ao nível do desenvolvimento e relacionamento com o outro, bem como a exposição a modelos parentais e vivências familiares desajustadas e violentas (Marques, 2006; Rosinha, 2005). Deparamo-nos ainda, em nossa atuação, com a situação de abandono em que a maior parte das crianças se encontra, na grande maioria, não um abandono físico mas, acima de tudo, um abandono afetivo e emocional (Diniz, 1997).

Os dados científicos, alcançados ao longo de várias décadas, indicam que são vários os efeitos nefastos que uma situação de institucionalização prolongada acarreta para o saudável desenvolvimento das crianças, pelo que deve ser, o mais rapidamente possível e, num tempo útil para estas, definido qual o projeto de vida que melhor defende os seus superiores interesses, seja ele o retorno à sua família biológica ou a integração numa família adotiva.

A prática evidencia, também, a dificuldade e a exigência profissional que é solicitada aos profissionais que têm contato com a realidade das crianças em situação de vulnerabilidade psicossocial, particularmente, os constrangimentos e desafios inerentes a uma correta e adequada avaliação da situação vivencial da família biológica destas crianças, não só em relação à análise das condições socioeconômicas, como também no que se refere às competências parentais e à disponibilidade emocional/afetiva que as famílias biológicas necessitam ter para cuidar de forma adequada destes menores. Se, por um lado, nos pareceres técnicos destes profissionais, face à algumas situações, se constata a indicação da valorização da adoção e a necessidade de se equacionar um projeto de vida alternativo, com a sugestão de integração das crianças em família adotiva, por outro, ainda se encontram patentes posicionamentos em que se observa a prevalência do vínculo biológico, com

especial enfâse numa noção idealizada do que é a maternidade e do que deve ser o amor materno.

Além do interesse pessoal, advindo de nossa vivência profissional, junto a crianças em situação de acolhimento instituicional, é importante esclarecer que a presente pesquisa decorre, por outro lado, de uma demanda institucional, nascida no âmbito do judiciário, quanto à necessidade de realização de uma investigação científica, voltada à compreensão das repercussões internas, particularmente voltada aos profisssionais de enfermagem, sobre situações envolvendo a entrega de um filho para adoção, no contexto de hospital/maternidade.

Em um trabalho de campo, realizado por profissionais de uma Vara da Infância e Juventude em parceria com a Secretaria de Saúde de um município da Grande São Paulo[1], verificou-se o quanto o tema da entrega de um filho tendia a mobilizar, nos profissionais de saúde que têm contato com estas mulheres, sentimentos, ideias e, por vezes, preconceitos que podiam dificultar uma melhor compreensão e intervenção em relação a essa situação. Levantou-se a hipótese que tal funcionamento podia estar associado a ideias associadas ao mito do amor materno presentes no imaginário dos profissionais de saúde, estando além das possibilidades e atribuições dos profissionais do judiciário, a realização de uma pesquisa com metodologia apropriada sobre o tema.

Tendo em vista, no entanto, a constituição de uma parceria entre uma instituição judiciária e a universidade, visando a cooperação institucional para a realização de pesquisas e propostas interventivas na área da infância e juventude, foi possível desenvolver o presente trabalho, buscando-se, a partir desta demanda, configurar uma pesquisa cientificamente orientada, no que se refere aos objeitvos, metodologia, coleta e análise dos dados.

Nesta linha de pensamento, pode-se afirmar que, na atualidade, se observa o confronto (quer no contexto profissional como no pessoal) de aspectos associados a uma valorização da maternidade (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007), pelo que, ao se deparar com mulheres que não desejam ser mães e/ou que manifestam o desejo de entregar o seu filho

[1] No contexto da Vara da Infância e Juventude este trabalho foi coordenado pelo Juiz de Direito Dr. Samuel Karasin, as assistentes sociais Rosemeire M.M. Brito, Lusinete Mathias e a psicóloga Yara Ishara, tendo a participação do Setor Técnico e Cartório da Vara. No que se refere à Secretaria de saúde, contou com o apoio do Secretário do Município, Diretoria do Hospital/Maternidade, bem como Chefia da Enfermagem.

para adoção, estas sejam vistas, na maioria das vezes, como “mulheres-monstros”, associadas a algum tipo de patologia/perturbação mental (Barbosa, 2011; Motta, 2005).

Aprofundando o trabalho na área dos profissionais de enfermagem que exercem atividade em contextos de maternidade, observa-se que estes reconhecem a importância da decisão das mulheres que entregam um filho, para a vida futura dessas crianças e, nota-se, também, as dificuldades que os mesmos apresentam em aceitar que uma mulher possa, simplesmente, não desejar exercer a maternidade.

Verifica-se ainda, nestes contextos hospitalares (maternidades), uma atitude marcada, muitas vezes, por preconceitos e estigmas, especialmente, nos profissionais de enfermagem que desempenham uma função tão importante e de grande preponderância como é o nascimento de um bebê (Martins, Faraj, Santos, & Siqueira, 2015).

Por outro lado, este tipo de discurso preconceituoso parece não ocorrer unicamente no contexto brasileiro, mas também na realidade profissional de outros países, como por exemplo Portugal, vivenciado através do contato estabelecido com profissionais de enfermagem, no âmbito do trabalho com famílias multiproblemáticas.

Desta forma, tendo em conta os desafios presentes na atualidade, quer na realidade brasileira como também na realidade portuguesa, verifca-se uma crescente preocupação no que se refere ao asseguramento dos direitos de crianças e adolescentes, com especial enfâse para aquelas que se encontram mais desprotegidas e em situação de vulnerabilidade.

Algumas investigações, neste campo (Faraj, Martins, Santos, Arpini, & Siqueira, 2016; Martins et al., 2015; Wille & Maffei, 2014), têm vindo a indicar como o tema da entrega de um filho para adoção tende a mobilizar, nos profissionais de saúde que atuam junto destas mulheres, sentimentos, ideias e preconceitos que parecem ter repercussões na compreensão e intervenção, destes profissionais, em relação a estas situações.

Também através da prática profissional em Lisboa, com mulheres que manifestaram o desejo de entregar os seus filhos para adoção, ficaram evidentes as dificuldades dos profissionais de enfermagem que lidavam com estas mulheres, de aceitarem, entenderem e respeitarem este tipo de comportamento. Constatou-se, ainda, como estes constrangimentos, observados em enfermeiros de vários hospitais (integrados numa das maiores cidades portuguesas), se encontravam agravados, pelo fato de que estas

mulheres nem sempre pertenciam a uma classe social mais desfavorecida e/ou sem que a sua situação vivencial estivesse marcada por dificuldades socioeconômicas.

Pelo contrário, analisando o histórico destas mulheres portuguesas, pôde-se observar como algumas delas, apesar de aparentemente possuírem as condições psicossociais para vir a cuidar dos seus filhos, ainda assim, apresentavam o desejo de não os assumir e de entregá-los, de modo a que estes pudessem vir a ser integrados numa família adotiva.

Neste sentido, tal como parece ocorrer na realidade brasileira, também no contexto português parece verificar-se a presença de um discurso condenatório, por parte dos profissionais de enfermagem que atuam junto destas mulheres, bem como a procura, em algumas situações, para demover as mães da sua decisão.

Nesta linha de pensamento e observando a literatura, constata-se como apesar de existirem bastantes estudos sobre a adoção, um número significativo destes parece estar direcionado para aspectos relacionados com as crianças que são adotadas, para aqueles que adotam, bem como para o processo de estabelecimento de uma relação parento-filial, por via da adoção. No que diz respeito à família biológica das crianças que venham a ser adotadas, os estudos são bastantes mais escassos e reduzidos.

De forma mais específica, no que se refere às mulheres que entregam um filho para adoção, esta situação também se verifica, ainda que pareça observar-se um crescente interesse relativamente à caracterização destes sujeitos, bem como aos motivos que estão subjacentes ao seu gesto (Leão, Martins, Faraj, Siqueira, & Santos, 2014; Menezes & Dias, 2011; Wille & Maffei, 2014).

Na tentativa de uma melhor compreensão e aprofundamento da temática acima referida, propôs-se realizar, na presente pesquisa, a análise de aspectos mais inovadores, pretendendo-se investigar outros aspectos relacionados à entrega de um filho (que não o perfil das mulheres que entregam os filhos ou os motivos que podem sustentar essa atitude), mas sim em que medida o mito do amor materno influencia as concepções de profissionais de enfermagem que atuam junto a essas mulheres, bem como as repercussões destas ideias na sua atuação profissional.

Por outro lado, tendo em conta que os profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) participam de um momento importante como é o nascimento e o acompanhamento inicial da mãe e do bebê, bem como do reconhecimento

de como as suas verbalizações e atitudes podem ter um grande impacto no desenvolvimento deste vínculo entre mãe e criança, considera-se bastante pertinente a escolha destes tipos de profissionais como participantes da presente pesquisa.

Acrescentamos, ainda, que a experiência tem revelado que as questões ligadas à construção social da maternidade podem influenciar o manejo técnico por parte dos profissionais, face às mulheres que dão à luz uma criança e, ainda, o acolhimento oferecido a estas.

Considera-se, assim, que ao se aprofundar a influência que o mito do amor materno tem nas ideias e concepções dos profissionais de enfermagem em relação à entrega de um filho para adoção, se poderá contribuir para a prevenção dos constrangimentos inerentes à exposição das crianças à situações de maus-tratos e, violência, nas situações de mulheres que, por alguma razão, não apresentam disponibilidade ou não querem assumir um filho, mas que são demovidas ou censuradas face ao seu desejo.

Levanta-se a questão, tal como diz Badinter (1985, 2010), do sofrimento que nasce da discrepância entre a vivência concreta da maternidade, permeada pela ambivalência, frente à exigente tarefa materna e as expectativas sociais ideologicamente orientadas.

Através dos estudos e pesquisa documentais (Ariés, 1981; Marcílio, 2006), é possível perceber, também, como no decorrer da história o cuidado e a proteção à infância não se constituíram sempre como algo relevante ou importante para a sociedade, e de como estes tipos de questões têm vindo a sofrer significativas mudanças ao longo dos tempos.

O abandono de crianças e o infanticídio foram permitidos, tolerados e até mesmo incentivados durante vários séculos, tendo estes variado, unicamente, nas motivações, nas circunstâncias, nas causas, nas frequências e nas atitudes face ao praticado (Soejima & Weber, 2008).

Na Antiguidade, ou na Idade Média, as crianças eram reconhecidas como um grupo de segunda categoria, um ser imperfeito (Badinter, 1985; Marcílio, 2006). Só mais tarde, com o aparecimento de hospitais onde existiam as “rodas” para expostos, se iniciou uma preocupação com os cuidados e proteção às crianças mais desprotegidas e, mais tarde, a conscientização da importância do lugar da criança dentro da família, com a aquisição de direitos e da relevância em se valorizar uma perspectiva de futuro (Marcílio, 2006).

Esta evolução, ocorrida ao longo dos séculos, fez com que a mulher fosse induzida a aceitar um papel de boa mãe, onde o bebê e a criança se transformaram nos objetos privilegiados da atenção materna (Badinter, 1985, 2010; Soejima & Weber, 2008). Assim, a maternidade foi se tornando não só um dos estados mais "naturais", mas também dos mais "policiados" - uma responsabilidade assumida majoritariamente pelas mulheres, não apenas como algo que se encontra associado a um dever, mas a uma vocação altamente idealizada.

Deste modo, as mulheres que abdicam de ter e manter um filho são associadas a "falhas", naquilo que é apresentado como uma verdade absoluta relativamente ao que é cuidar de uma criança, tornando evidentes os mitos criados sobre a maternidade e sobre o que é, ou deve ser, o amor materno (Soejima & Weber, 2008).

Ainda há muito a aprofundar, parecendo evidente que as questões associadas ao mito do amor materno se encontram representadas na nossa realidade, em diferentes culturas.

Neste sentido, considera-se de grande relevância social não só o objeto de estudo da presente pesquisa, como também a possibilidade de este poder ser analisado em profissionais de enfermagem dos dois países – Brasil e Portugal.

Acredita-se que, estudando esta problemática, poderão se desenvolver ações de intervenção, quer profiláticas quer terapêuticas, que ajudem a conscientizar os profissionais de enfermagem que atuam junto destas mulheres, em relação a aspectos associados à idealização da maternidade, ao mito do amor materno e à entrega de um filho.

Pretende-se contribuir, por um lado, para que mais precocemente as crianças possam ter um projeto de vida alternativo à sua família natural (quando esta não tiver disponibilidade afetiva ou for inadequada) e, por outro, minimizar os eventuais efeitos nefastos que possam ocorrer na vida emocional, social e familiar das mulheres que optam por entregar um filho para adoção.

Considera-se que a presente pesquisa poderá ajudar a re(pensar) as práticas clínicas utilizadas pelos profissionais de enfermagem face a estas mães, promovendo-se, desta forma, um relacionamento saudável e promotor de um ambiente mais facilitador do desenvolvimento humano.

A presente tese inicia-se apresentando um primeiro capítulo referente à fundamentação teórica que sustenta a pesquisa, com um breve enquadramento da

enfermagem no contexto brasileiro e português, bem como alguns estudos empíricos realizados com profissionais de enfermagem e que abordam a temática da maternidade e da entrega de um filho para adoção.

Posteriormente, faz referência a alguns aspectos relacionados com a evolução social e histórica da criança e da família ao longo dos tempos, seguido de um sub-capitulo onde se discorre acerca do mito do amor materno, aprofundando na sua construção e consolidação nas nossas sociedades, bem como o impacto e as repercussões que este parece ter no conceito e representação do que é a maternidade na nossa atualidade.

O sub-capítulo seguinte se refere à entrega de um filho para adoção, sendo inicialmente efetuado um breve enquadramento da adoção sob a ótica das realidades brasileira e portuguesa e, em seguida, uma discussão sustentada por vários autores, bem como por diversos estudos nacionais e internacionais que desenvolveram o seu conhecimento científico acerca de mulheres que manifestam o desejo de entregar os filhos para adoção.

O capítulo terceiro apresenta os objetivos gerais e específicos a que pretende responder o presente trabalho. No capítulo quarto são abordados diversos aspectos relacionados com a metodologia utilizada no presente estudo, com a descrição do enquadramento metodológico e epistemológico; instrumentos utilizados (com a descrição da entrevista semi-dirigida e das narrativas interativas); caracterização dos participantes no contexto brasileiro e português; procedimentos utilizados; análise dos aspectos éticos e explicação da análise dos resultados obtidos.

No capítulo quinto encontram-se descritos os resultados das entrevistas e narrativas, sendo explicitados os diferentes temas, categorias e sub-categorias alcançados através da análise dos dados obtidos. No capítulo posterior - capitulo sexto, é realizada a discussão aprofundada desses mesmos resultados.

No capítulo sétimo, apresentamos algumas considerações finais, seguidas da descrição das referências bibligráficas que sustentaram a realização da presente pesquisa e respectiva tese.

CAPíTULO 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA - EMPÍRICA

2.1 REFLEXÕES SOBRE ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

2.1.1 Breve Enquadramento da Enfermagem no Brasil e em Portugal

Começamos por apresentar, na generalidade, segundo Selbach (2009), as funções de um enfermeiro. De acordo com a autora supra referida, o enfermeiro é um profissional de nível superior que possuiu competência técnica, científica e humana para, em colaboração com o restante da equipe de saúde, incentivar a promoção e recuperação da saúde, assim como a prevenção de doenças e/ou agravamento da saúde dos indivíduos.

De acordo com a sua formação acadêmica (geral e mais especializada), o enfermeiro é um profissional que se encontra preparado para atuar em várias áreas da saúde, quer seja numa área mais assistencial, administrativa ou gerencial. No Brasil, o exercício da enfermagem está regulamentado pela Lei Federal 7498/1986 e pelo Código de Ética de Enfermagem - 25.07.1934 e revisto em 06.12.2017. Segundo esta legislação e sob a supervisão do Conselho Federal de Enfermagem e os Conselhos Regionais, os enfermeiros que atuam em área assistencial encontram-se habilitados a desenvolver diversos tipos de intervenções de média e alta complexidade, bem como atuar em situações que exigem conhecimento científico mais profundo e uma tomada de decisão imediata. Por seu lado, atuando numa área admnistrativa e gerencial, os enfermeiros podem liderar e gerenciar unidades hospitalares, assim como outros profissionais de nível médio e técnico e também prescrever atos de enfermagem, para que técnicos e auxiliares executem as ações de assistência perscritas.

No contexto brasileiro, a enfermagem é exercida pelo enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, conforme previsto no art. 2º parágr. Único da Lei 7498/86.

O técnico de enfermagem exerce uma atividade profissional de nível médio, participando em equipes e programas de saúde, executando sempre as suas ações sob a orientação e supervisão de um enfermeiro. Por seu lado, o auxiliar de enfermagem exerce uma atividade profissional também de nível médio, mas de natureza mais repetitiva,

executando as suas ações, tal como o técnico de enfermagem, sempre orientado e supervisionado por um enfermeiro. Ambos os profissionais (técnico e auxiliar de enfermagem) devem observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas do paciente. Adicionalmente, devem ainda executar ações de tratamento simples, prestar os devidos cuidados de higiene e conforto ao paciente, bem como participar no trabalho interdisciplinar da equipe de saúde onde se encontram integrados, conforme Lei 7498/86.

Na linha do apresentado por Padilha e Borenstein (2006), a enfermagem é, assim, um trabalho de estreita parceria entre os vários profissionais que exercem funções em serviços de saúde, podendo os enfermeiros optar por uma formação mais especializada de acordo com os seus interesses ou enquadramento profissional onde exercem sua atividade clínica.

Descrevemos em seguida as várias especialidades em enfermagem, reconhecidas no Brasil e aprovadas pelo Conselho Federal de Enfermagem: Aeroespacial, Auditoria e Pesquisa, Cardiologia, Centro Cirúrgico, Dermatológica, Diagnóstico por Imagens, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Educação, Endocrinologia, Farmacologia, Gerenciamento/Gestão, Hanseníase, Hematologia, Hemoterapia, Infecção Hospitalar, Informática em Saúde, Legislação, Nefrologia, Neurologia, Nutrição Parenteral e Entera, Oftalmologia, Oncologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia Sanitária, Políticas Públicas, Saúde Complementar, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Família, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Saúde Mental, Saúde Pública, Saúde do Trabalhador, Saúde Indígena, Sexologia Humana, Terapias Holísticas Complementares, Terapia Intensiva, Transplantes, Traumato-Ortopedia, Urgência e Emergência, Vigilância, Offshore e Aquaviária.

Observando agora a realidade portuguesa, o enfermeiro se caracteriza como um profissional de saúde que se encontra habilitado por uma graduação em enfermagem e está registado na Ordem dos Enfermeiros. A estes profissionais clínicos foram reconhecidas as competências científicas, técnicas e humanas para praticar cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família e comunidade, em situação de prevenção primária, secundária e terciária. Segundo a Ordem dos Enfermeiros de Portugal, o enfermeiro assiste ao ser humano, doente ou são, individual ou em comunidade, de forma a que este mantenha e/ou recupere a sua saúde. O enfermeiro objetiva também a que o indivíduo atinja a sua máxima

capacidade funcional (Santos, 2012), numa perspectiva de promoção de saúde, e, não só, numa procura em tratar a doença.

Em Portugal, ao contrário do que acontece na realidade brasileira, não existe a categoria de Auxiliar e Técnico de Enfermagem, sendo todas as funções acumuladas pelo enfermeiro. Assim, no contexto português, o enfermeiro é responsável não só pelos procedimentos técnicos, mas por todo os outros procedimentos inerentes ao processo de enfermagem. Apesar de não exisitirem Técnicos de Enfermagem, existe a categoria de assistente operacional de saúde, outrora designado de Auxiliar de Saúde. Estes profissionais colaboram com o enfermeiro e, com a sua delegação e supervisão, podem prestar cuidados de higiene e conforto, posicionar doentes com baixo risco clínico, fornecer alimentação aos pacientes e facilitar material clínico, de modo a tornar os cuidados apresentados pelos enfermeiros mais eficazes.

Assim que, em Portugal, após término da graduação, o enfermeiro é reconhecido como Enfermeiro Generalista e, após formação mais especializada (numa pós graduação de especialização), o enfermeiro é reconhecido como Enfermeiro Especialista.

Contrariamente ao que se verifica no Brasil, onde são reconhecidas bastantes especialidades em enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros de Portugal reconhece unicamente cinco especialidades: Enfermagem Comunitária, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Nesta data, a especialidade em Enfermagem Comunitária abrange duas novas áreas de especialidade: Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e Enfermagem de Saúde Familiar. Por seu lado, a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica comporta quatro novas áreas de especialidade: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crônica, Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa e Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Tendo em conta a área de conhecimento da presente pesquisa, aprofundaremos um pouco mais sobre a área especifica da enfermagem ao nível da Saúde Materna, na realidade dos dois países.

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (Brasil) e a Ordem dos Enfermeiros (Portugal), um enfermeiro com especialidade de enfermagem na área da Saúde Materna e Obstétrica encontra-se habilitado a conduzir um parto, na sua generalidade,

estando apto a acompanhar os aspectos naturais e fisiológicos do processo. De forma mais específica, durante o trabalho de parto, o enfermeiro pode examinar a gestante, verificando as suas contrações, dilatações e outras alterações fisiológicas, devendo também conseguir identificar a existência de alterações patológicas, situações em que deverá imediatamente encaminhar a gestante para cuidados médicos especializados. Adicionalmente, encontra-se habilitado a realizar episiotomia e episiorrafia com anestesia, já que se encontra capacitado e treinado para tal.

O enfermeiro com especialidade na área da Saúde Materna e Obstétrica tem, desta forma, competência técnica para realizar todo e qualquer parto normal sem distócia (ou seja, sem nenhuma complicação) e em gestantes onde não haja nenhuma doença associada a gravidez (como hipertensão, diabetes, epilepsia ou cardiopatias, entre outras).

Durante o puerpério, o enfermeiro com esta especialidade deve realizar, também, os cuidados identificados como necessários à mãe, utilizando os seus conhecimentos técnico-científicos para que a puerpera consiga recuperar, o mais rápido possível, as condições pré-gravídicas. Deve, ainda, prestar orientações à mulher acerca dos cuidados clínicos que esta deve ter no período pós-parto, quer ao nível da amamentação, quer ao nível dos cuidados com o recém-nascido e com o próprio corpo. Este profissional deve, assim, planejar e executar ações promotoras de conforto e bem-estar, tanto para a mulher quanto para o neonato.

Face ao referido anteriormente, pode se entender a relevância e importância que os profissionais de enfermagem apresentam num momento de vida tão sensível para a mulher, parecendo-nos que, deste modo, deve ser acautelada e planejada a melhor forma de interação, bem como o relacionamento mais adequado entre profissional e gestante/puerpera, para que este seja um periodo de máximo bem-estar, conforto e reabilitação.

Percebemos, no entanto, a necessidade de flexibilização e adequação dos recursos (humanos e técnicos), quando os profissionais se deparam com situações mais “atípicas” e menos comuns, como a situação de uma mulher que manifesta a intenção de entregar o seu filho para adoção.

Entende-se, deste modo, que pesquisas como a que desenvolvemos se apresentam como de extrema pertinência e importância para reflexão e melhoria no trabalho destes profissionais de enfermagem.

Debruçando-nos agora um pouco sobre alguns aspectos históricos da enfermagem e, salvaguardando as especificidades e contexto históricos de cada país, observa-se como a área da enfermagem tem vindo a sofrer transformações e mudanças ao longo dos tempos.

Na linha do referido por Santos (2012), constata-se como, em seus primórdios, a enfermagem se apresentou numa estreita relação com a maternidade e os cuidados à mulher gestante, pós-parto e recém-nascido, sendo, nesse período inicial da História, exercida, exclusivamente, por mulheres. Por outro lado, a vertente religiosa encontrava-se também muito presente, verificando-se que, nessa altura, grande parte dos cuidados de enfermagem eram prestados por freiras ou mulheres que se encontravam de, alguma forma, associadas a conventos e ordens religiosas.

Com o decorrer dos séculos, em especial nos períodos de guerra que foram marcando a contemporaneidade, a área profissional da enfermagem foi-se estruturando numa maior diversidade de intervenções e com diferentes tipos de profissionais.

Observamos que, nos momentos de conflito mundiais a enfermagem apresentou um papel de enorme relevância e importância face ao elevado número de feridos, com a necessidade de cuidados e tratamento desses soldados lesionados em combate (Santos, 2012; Selbach, 2009).

De fato, a assistência aos feridos de guerra revelou-se uma valiosa contribuição não só no desenvolvimento do tratamento e recuperação dos “moribundos”, como também na promoção e incentivo para novas intervenções e produções de conhecimento, tendo em conta o caráter científico que estas novas realidades impunham aos profissionais clínicos em geral e, com especial ênfase, aos profissionais de enfermagem, em particular.

Assim, tal como apresentado por Selbach (2009), foi-se observando a necessidade de desenvolver instrumentos que favorecessem uma adequada formulação de diagnósticos de enfermagem, planejamento das intervenções e avaliação dos resultados inerentes aos cuidados prestados por este tipo de profissionais.

Adicionalmente, a enfermagem passou a abarcar também indivíduos do sexo masculino, ainda que se observasse (mantendo-se até à nossa atualidade) uma primazia e um número bastante mais elevado de enfermeiros do sexo femino (Santos, 2012).

Este novo tipo de intervenção da enfermagem moderna promoveu alterações não só na prática, mas também na formação dos enfermeiros, observando-se a necessidade

de uma melhor adequação dos conteúdos ao nível da docência destes futuros profissionais, assim como na produção de estudos e pesquisas científicas promotoras de novos conhecimentos (Selbach, 2009).

Progressivamente, quanto aos serviços de saúde, os enfermeiros foram alcançando uma importância e um lugar de primazia, implementando, desenvolvendo e coordenando intervenções clínicas junto aos pacientes, bem como tentando uma melhor adequação no cuidado e tratamento junto aos mesmos através da elaboração de planos de cuidados.

Face ao exposto, quanto ao nível da formação dos profissionais de enfermagem observou-se a necessidade de uma reformulação das práticas pedagógicas, de forma a responder às necessidades da sociedade, observando-se, por exemplo, a inclusão de saberes de outras áreas de conhecimento, como por exemplo, a Psicologia, Sociologia e Antropologia.

Contudo, tal como apresentando por Selbach (2009), face às restrições orçamentais e outras, nem sempre a formação acadêmica tem dado conta das necessidades inerentes à demanda de novas realidades e problemáticas sociais (tal como a temática da nossa pesquisa relativa à entrega de um filho para adoção, entre outras), pelo que se revela de extrema importância o desenvolvimento de novas pesquisas, bem como a extensão do saber mais acadêmico para a prática destes profissionais de enfermagem.

2.1.2 Alguns Estudos Brasileiros sobre o Cuidado Materno e a Entrega de um filho para Adoção

Com o desenvolvimento da graduação e pós-graduação em Enfermagem no Brasil, em especial a partir da década de 80, foram desenvolvidas várias pesquisas e inúmeros trabalhos científicos, fomentando e promovendo uma melhor qualificação quanto aos recursos humanos, bem como o desenvolvimento científico-tecnológico, no âmbito desta área específica do conhecimento (Padilha & Borenstein, 2006).

Em seguida, optamos por apresentar alguns desses trabalhos, centrando-nos na realidade brasileira, tendo em conta os objetivos da presente pesquisa e na procura de um melhor enquadramento do tema da entrega de um filho para adoção, no contexto do trabalho dos profissionais de enfermagem.

Ainda que sejam escassos os estudos que objetivam entender as ideias e concepções dos profissionais de enfermagem relativamente à temática da entrega de um filho para adoção, bem como a sua atuação no contato com estas mulheres, o tema tem vindo a suscitar um progressivo interesse na comunidade científica, acredita-se que não só pelas novas demandas do contexto social brasileiro, mas também pela exigência pessoal e profissional solicitada aos profissionais de enfermagem nestes tipos de situações.

Considera-se também como importante a referência a estes estudos, na medida em que reforçam a relevância da análise de temas relacionados à maternidade junto de profissionais de enfermagem que atuam em maternidades ou instituições similares.

Começamos por apresentar uma pesquisa que, apesar de não ter como objeto de estudo a temática específica da entrega de um filho, mas sim a maternidade e o cuidado materno, utiliza um dos instrumentos utilizados no presente estudo – as narrativas interativas, participando também, da mesma, profissionais de enfermagem (Granato, Tachibana & Aiello-Vaisberg (2011).

O estudo desenvolvido pelos autores suprareferidos procurou interrogar o participante sobre a sua experiência emocional a respeito da maternidade e do cuidado materno, recorrendo-se à elaboração do desfecho de uma pequena história, por parte deste, segundo a sua interpretação pessoal do drama materno, apresentado pelo pesquisador.

No seu estudo, as autoras concluiram que, ao se estudar os sentidos afetivos-emocionais que sustentam o imaginário de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado materno, somos confrontados com a idealização que estes profissionais apresentam face ao conceito do que é maternidade. No entanto, embora essa idealização possa vir a facilitar o apego das profissionais aos bebês, parece também reforçar o distanciamento emocional dos primeiros em relação às pacientes (as mães), sobretudo quando a conduta materna se opõe às expetativas que estes enfermeiros têm em relação ao cuidado materno e à maternidade em geral.

Nas narrativas relatadas pelos profissionais de enfermagem, foi identificado pelas autoras, a incapacidade destes em aceitar o comportamento ao qual nomearam como “rejeição materna”. Nas narrativas que verbalizaram, embora cientes das dificuldades e responsabilidades inerentes à criação e à educação dos filhos, os enfermeiros pareciam apresentar dificuldades em renunciar à figura idealizada de mãe, bem como em se

identificar com aquelas mulheres que não se dedicavam ou não assumiam os cuidados das crianças.

Face aos resultados, poderia ainda antecipar-se que, na sua atividade profissional, os entrevistados apresentariam uma tendência a não criar empatia face a estas mulheres, sendo estas facilmente condenadas pelos profissionais, bem como revelando, os mesmos, dificuldades em estabelecer um atendimento profissional mais sensível em relação a estas mulheres (Granato et al., 2011).

Descrevemos, em seguida, um outro estudo relacionado com o tema da entrega de um filho para adoção - estudo de Martins et al. (2015). Nesta pesquisa os autores realizaram entrevistas semiestruturadas com sete profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos), buscando a compreensão das concepções destes profissionais relativamente ao abandono e à entrega de crianças para adoção.

Ainda que apresentando a limitação de ter utilizado um número reduzido de pessoas, foi possível observar, por parte dos autores supra referidos, que o termo entrega e abandono apareciam, frequentemente, confundidos e considerados como sinônimos, pelos profissionais.

Adicionalmente, para a maioria dos profissionais que participaram da pesquisa, ficou evidente a justificativa da entrega como estando associada a fatores econômicos, enquanto que, somente para um número reduzido de participantes, a entrega poderia relacionar-se à presença de fatores de ordem mais emocional e/ou psicológica das mulheres.

Nesse estudo, Martins et al. (2015) puderam também constatar que, dependendo dos profissionais de saúde associarem a doação de um filho para adoção como uma entrega ou como um abandono da criança, esse comportamento aparecia justificado como um ato de amor ou, pelo contrário, como um ato de desinteresse face ao filho.

Desta forma, as ideias e concepções dos profissionais de saúde sobre a entrega de um filho para adoção parecem ser bastantes díspares e diversas, sendo possível esperar que estas mulheres possam estar sujeitas a diferentes tipos de julgamentos e, consequentemente, a diferentes formas de acolhimento profissional.

Por outro lado, tal como referido no estudo anterior face ao cuidado materno em geral, também nesta última pesquisa, podemos antecipar que, dependendo do posicionamento/entendimento dos profissionais de saúde relativamente à entrega de um filho, será desenvolvida/promovida uma atitude profissional mais empática e flexível ou,

pelo contrário, um outra mais condenatória e rígida face às mulheres que manifestam o desejo de entregar o seu filho para adoção.

A pesquisa de Faraj et al. (2016), por seu lado, objetivou avaliar de que forma estava sendo realizado, num contexto de maternidade, o acompanhamento clínico das mulheres que manifestavam desejo em entregar o filho para adoção, por parte de profissionais de saúde.

Das entrevistas realizadas pelos autores acima referidos, com diversos técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos de um hospital público brasileiro, verificou-se as lacunas e as dificuldades na realização deste acompanhamento, sendo relatado pelos próprios profissionais o seu despreparo para lidar com estes tipos de situações. Também foi relatado, por estes profissionais, as suas dificuldades em relação à assistência e ao "acolhimento profissional" que deveria ser realizado face a estas mulheres.

Salienta-se, ainda, que as dificuldades apontadas pelos profissionais parecem remeter uma insegurança nos conhecimentos que estes têm sobre este tema, bem como a uma deficiência acadêmica sobre o assunto, agravada pelo impacto emocional/psicológico que este tipo de situação provoca em si próprios. Soma-se ainda, a necessidade de desconstrução da concepção idealizada do amor materno, quando do confronto com uma mulher que não se comporta de acordo com o esperado socialmente, ao não desejar assumir o filho.

Nas entrevistas realizadas, foi também verbalizado pelos profissionais a ausência de discussão da situação destas mulheres em equipe inter e multidisciplinar, principalmente em Psicologia situação que, segundo estes, promove ainda mais o agravamento de inseguranças e dificuldades na sua capacidade em lidar com estas situações.

Os estudos descritos anteriormente foram de alguma forma instigadores para a realização da presente pesquisa, na medida em que dão visibilidade às dificuldades e lacunas na formação dos profissionais de enfermagem, especialmente quando estes se deparam com mulheres que, não correspondem ao modelo de "boa mãe", dedicada e cuidadora em relação aos filhos.

Adicionalmente, parece inquestionável o reconhecimento da existência de equívocos, ideias confusas e preconceitos, relativos ao tema da entrega de um filho para a adoção, situação que se acredita poder propiciar e ter um impato negativo no

estabelecimento e desenvolvimento de uma relação profissional empática com mulheres que, de alguma forma, saem fora dos padrões “normais” do que é ser considerado ser mãe.

Face ao exposto, consideramos que pesquisas como a que desenvolvemos poderão ajudar na formação e aprimoramento dos profissionais, bem como se apresentarem como facilitadores de uma reflexão mais profunda sobre estas temáticas.

Por outro lado, ainda que os estudos que descrevemos anteriormente se apresentassem como instigadores para a nossa pesquisa, objetivamos, metodologicamente, introduzir aspectos inovadores, particularmente integrar a análise da condição socioeconômica das mulheres que entregam um filho, como um dos fatores que pode influenciar uma melhor aceitação da decisão da entrega, bem como o impacto do mito do amor materno nas questões associadas à representação da maternidade, acrescentando, no nosso entender, uma mais valia para o aprofundamento da temática da entrega de um filho para a adoção.

Além disso, consideramos bastante pertinente o estudo deste tipo de temas com profissionais de enfermagem, tendo em vista o papel que estes exercem na prestação de cuidados clínicos a mulheres que acabaram de ser mães, assim como o impato que a sua atuação profissional acarreta para o estabelecimento de um vínculo afetivo entre mãe e filho ou, ainda, pelo respeito face a uma mulher que opta por não prestar os cuidados necessários ou manifestar o desejo de entregar uma criança para adoção.

Parece-nos que refletir e aprofundar o trabalho com os profissionais de enfermagem poderá ser um caminho para a prevenção de situações de maus-tratos para as crianças que não são desejadas como filhos, bem como para uma maior flexibilização no relacionamento com estas mulheres.

Ao estudar, analisar e discutir aspectos que têm sido menos estudados e abordados relativamente ao tema da entrega de um filho para adoção, estaremos construindo mais conhecimento científico, aprofundando novos aspectos além do que somente aqueles associados aos motivos e que caraterizam social, emcional e psicologicamente as mulheres que optam por entregar um filho, sobre os quais tem prevalecido o maior interesse dos pesquisadores.

2.2 EVOLUÇÃO SOCIAL DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA

2.2.1 Enquadramento Histórico sobre a Proteção à Criança e Evolução da Família

Embora atualmente, o tema da proteção à criança e ao adolescente esteja entre as prioridades sociais e políticas da nossa atualidade, estudos e pesquisas documentais (Marcílio, 2006; Venâncio, 2000) apontam que, no decorrer da história, o cuidado e proteção à criança não se constituíam como algo relevante para a sociedade.

Tecendo uma revisão histórica sobre o tema do abandono, Marcílio (2006) conta que, na Antiguidade Ocidental, não só o abandono, assim como o infanticídio, eram práticas recorrentes, e até incentivadas, em algumas circunstâncias. Nesse período, o ato de abandonar os próprios filhos foi tolerado, aceite e, por vezes, até mesmo estimulado. Pensava-se nos supostos interesses dos adultos e da sociedade, nunca nos da criança.

O autor acima mencionado cita que, na Grécia, o poder dos pais sobre os filhos era absoluto, sendo permitido matar, vender ou expor os seus filhos recém-nascidos. O aborto e o infanticídio eram práticas reconhecidas com naturalidade e legitimadas socialmente.

Também na Roma Antiga, o enjeitamento de crianças e o infanticídio eram ocorrências habituais, cabendo ao chefe de família decidir sobre a inclusão, ou não, de um recém-nascido na sociedade:

> Ricos e pobres abandonavam filhos na Roma Antiga. As causas eram variadas: enjeitavam-se ou afogavam-se as crianças malformadas; os pobres por não terem condições de criar os filhos, expunham-nos, esperando que um benfeitor recolhesse o infeliz bebê; os ricos, ou porque tinham dúvidas sobre a fidelidade das suas esposas ou porque já teriam tomado decisões sobre a distribuição dos seus bens entre os herdeiros já existentes. (Marcílio, 2006, p.25)

Estima-se que, nos três primeiros séculos, os Romanos urbanos abandonavam entre 20 a 40% dos seus filhos. Cabe ressaltar ainda que, há pouco mais de um século, na Europa ocidental, em cada duas crianças nascidas, uma era abandonada (Marcílio, 2006).

Face a esta realidade passaram a surgir, na Europa, num primeiro momento, por iniciativa da Igreja, tentativas de proibir o infanticídio e legislar sobre questões que envolviam a exposição e o abandono de crianças.

Dentre os esforços de proteção às crianças, encontra-se a criação da primeira "roda" dos expostos, em 1203. Segundo Marcílio (2006), tendo em conta a grande quantidade de bebês afogados, encontrados por pescadores no Rio Tigre, o papa Inocêncio III, impactado com esta situação, decide destinar um hospital para receber os expostos e os abandonados, criando, na parte externa do hospital, um pequeno compartimento rotativo, onde eram colocadas as crianças. Face às necessidades da época, esta realidade das "rodas" e da assistência caritativa aos expostos foi-se estendendo, por vários séculos, em vários países da Europa, nomeadamente em Portugal.

No Brasil, o ato de abandonar os filhos parece ter sido introduzido pelos brancos europeus, dado que os índios não abandonavam os seus filhos, pelo que, na época da colonização, as primeiras formas de assistência à criança abandonada no Brasil – e aquelas que duraram por um período mais longo – foram transplantadas de Portugal.

De fato, até a segunda metade do século XVIII, observava-se uma completa indiferença e desinteresse relativamente à infância. Segundo Valentim e Cortez (2014), as crianças eram entendidas como objetos tediosos, face a quem não se dispensavam muitos cuidados.

Quando nasciam, tal como já mencionado, as crianças eram facilmente deixadas ou abandonadas pelas suas famílias. As que ficavam junto dos seus familiares biológicos rapidamente eram enviadas para casas de amas-de-leite, ainda que tivessem poucos dias ou meses de vida. Os locais onde se encontravam as amas-de-leite eram caraterizados por condições muito precárias, concentrando-se um número elevado de crianças e sendo os cuidados prestados a estas de qualidade muito deficitária. Por estes motivos, muitas das crianças acabavam por morrer, não havendo preocupação com a higiene nem com a alimentação. Os pais, por seu lado, não manifestavam interesse pelos filhos, não os visitando e nem se importando em manter um contato regular ou estabelecer uma relação continuada e adequada com estes.

As crianças que voltavam, mais tarde, para casa da sua família biológica, vinham em más condições de desenvolvimento: magras, subnutridas e, frequentemente, doentes. Os pais verbalizavam, frequentemente, que preferiam que estas tivessem morrido, sendo as crianças, logo que possível, enviadas para casa de vizinhos ou de outros adultos, para aprenderem um ofício (no caso dos rapazes) e para trabalhar como domésticas (no casa das meninas). Nas famílias com mais recursos, algumas das crianças eram enviadas para

conventos ou colégios internos, só saindo destes em idade de casar e de constituir a sua própria família (Marcílio, 2006). Nessa altura, cuidar de uma criança era considerado um incômodo, não trazendo qualquer benefício e não sendo valorizado socialmente.

No que refere à amamentação, por exemplo, as mulheres se recusavam a alimentar os filhos ao peito, justificando que era fisicamente mau para as mães ou que atrapalhava as relações maritais, sendo a amamentação considerado algo ridículo e despudorado de se realizar. Nessa época, as mulheres não obtinham nenhuma glória exercendo o papel de mães (Badinter, 1985).

Mais tarde, com uma maior preocupação face à elevada taxa de mortalidade das crianças, observou-se um crescente interesse em relação aos cuidados e sobrevivência dos menores de idade.

Além das tentativas de proteção às crianças e um incentivo do cuidado, por parte das mães, aos seus filhos, foi-se observando um maior questionamento e reflexão sobre o sistema de assistência às crianças "desvalidas", com uma crescente preocupação com o seu bem-estar e perspetiva de futuro.

Assim, ao longo da História do Ocidente Cristão, bem como da História do Brasil, podemos constatar a existência de várias fases na assistência e proteção à infância, com uma crescente sensibilização e preocupação face à forma como as crianças eram cuidadas pelas suas próprias famílias biológicas.

Numa fase inicial da história, as políticas em relação aos índices de mortalidade infantil e as transformações das instituições de proteção aos expostos e desvalidos cresceram, até que, gradualmente, a criança adquirisse um lugar de maior importância nas preocupações e nas políticas sociais vigentes.

Nesta linha de pensamento, Ariés (1981) ressalta que, mais tarde, na Idade Moderna, a criança começou a ser vista como indivíduo social, passando a existir na família preocupações quanto à sua saúde e educação.

Paralelamente e, tal como referido por Marcílio (2006), com a valorização da família passou a acreditar-se, também, que as crianças abandonadas deviam ter direito a uma família substituta legalizada.

Inicialmente, a adoção começou por responder às necessidades dos adultos face ao seu desejo de constituir uma família, sendo que, só alguns anos mais tarde, se começa a defender a integração da criança numa família adotiva como uma resposta às necessidades

da criança/jovem, numa tentativa de aproximação do processo de filiação adotiva a uma filiação biológica.

Estas preocupações emergentes sobre a criança e sobre as suas necessidades estendem-se à sociedade em geral, culminando com a "Declaração Universal dos Direitos da Criança", promulgada pelas Nações Unidas, em 1959, em que a criança obteve o reconhecimento de ser considerada *sujeito de direito*.

Considerando as mudanças socioculturais que foram descritas anteriormente, percebemos que não foi só ao nível das condições e do papel que a criança foi adquirindo dentro de um ambiente familiar que se verificaram significativas transformações. Também com relação ao conceito de família pode-se constatar grandes mudanças, não só em relação à sua organização, como também em relação ao papel que esta tem vindo a representar, ao longo dos tempos, para os indivíduos.

Ao longo da história, apesar de ser possível observar várias mudanças naquilo que poderíamos chamar de família, é possível constatar como o grupo família ainda se reveste, na atualidade de grande importância para o indivíduo.

A família parece continuar, assim, a ser um dos grupos que apresenta maior relevância no desenvolvimento da pessoa, quer ao nível da construção da sua singularidade, quer ao nível da construção da sua intersubjetividade (Borges & Rocha-Coutinho, 2008).

De acordo com o citado por Roudinesco (2003), a vida familiar se apresenta em praticamente todas as sociedades humanas, mesmo naquelas cujos hábitos sexuais e educativos são bastante diferentes daqueles que caraterizam as sociedades mais ocidentais.

Ao longo dos tempos, constatamos como a noção de família foi-se transformando, encontrando-se, numa fase inicial da Idade Média, bastante relacionada com o conceito de linhagem, bem como com a valorização dos laços de sangue, sem levar em conta os valores oriundos da coabitação e da intimidade (Borges & Rocha-Coutinho, 2008).

Mais tarde, tal como já aprofundado anteriormente, a criança passa a assumir um papel de maior relevância dentro da família, verificando-se um crescente interesse psicológico e moral face a esta. Contudo, observa-se ainda, nesta fase, uma divisão bem clivada entre o mundo da criança e dos adultos (Ariés, 1981).

No decorrer da Idade Média, enquadrada pelos valores e cultura católica, a família encontrava-se, assim, associada a um modelo da "Sagrada Família Cristã", de

autoridade patriarcal. Apesar das transformações que marcam a nossa contemporaneidade, este modelo familiar ainda se encontra fortemente presente na nossa atualidade (Badinter, 1985).

Pensando nas mudanças progressivas e graduais ocorridas no ambiente familiar, Roudinesco (2003) apresenta três grandes períodos na evolução da família: numa primeira fase encontrava-se a família dita tradicional, depois a fase da família moderna e, numa última fase, a família contemporânea.

Na primeira fase, a família dita *tradicional* servia, essencialmente, para assegurar a transmissão de um patrimônio e repousava na autoridade paterna. Neste tipo de família, os casamentos eram arranjados pelos pais, não assumindo a vida sexual e afetiva nenhuma importância. Por outro lado, estes tipos de famílias constituíam essencialmente uma unidade econômica, sendo que a relação entre o casal era baseada na tradição e na continuidade, onde os pais ensinavam aos filhos exatamente o que eles necessitavam para continuar a sua vida (Borges & Rocha-Coutinho, 2008).

O segundo período da evolução da família - a família *moderna*, fundava-se no amor romântico, sendo um receptáculo de uma lógica afetiva. Nesta fase, a família reforçava a reciprocidade dos sentimentos e dos desejos carnais no casamento e valorizava a divisão do trabalho entre os cônjuges. Nesta divisão, ao homem estava associado à função de provedor da família, cabendo a ele o espaço público do mundo do trabalho, fora de casa, enquanto a mulher assumia a função de cuidadora dos membros da família, ficando no espaço privado do lar e da família.

A terceira e última fase da evolução da família descrita por Roudinesco (2003) é a família *contemporânea,* caracterizada pela união de dois indivíduos que buscam relações íntimas e de realização sexual enquanto estas satisfazerem a ambos.

Esta nova fase da família, bastante comum na sociedade ocidental, parece constituir uma reviravolta dentro do conceito de família, observando-se uma mudança não só na estrutura e dinâmica familiar, mas sobretudo ao nível dos valores sociais, que se ampliam, como resposta às significativas transformações do mundo atual.

2.2.2 Família na Contemporaneidade

Verificamos, na família contemporânea, uma mudança em vários níveis - ao nível da composição familiar, nas relações de parentesco, bem como na representação dessas mesmas relações familiares. Adicionalmente, estas mudanças na configuração familiar vem promovendo alterações nas relações sociais dos indivíduos, com impacto profundo na construção da identidade de cada elemento da família (Oliveira, 2009; Souza, 2008).

As transformações ao nível do que podemos considerar como família têm propiciado alterações e mudanças ao nível das relações que se estabelecem entre as diferentes gerações, com repercussões na comunicação e integração entre elas (Roudinesco, 2003).

Deste modo, o modelo de família tradicional patriarcal (heterossexual) parece ter vindo a sofrer grandes mudanças, observando-se o aparecimento de relações familiares mais igualitárias e democráticas, em detrimento dos relacionamentos mais hierárquicos de antigamente, onde prevalecia o valor da continuidade das tradições e dos costumes e não tanto a liberdade individual (Petrini, 2005).

De fato, as transformações sociais que foram sendo observadas ao longo dos últimos séculos tiveram um significativo impacto em relação aos laços familiares, sendo que, destas mudanças, a afirmação da individualidade pode, de alguma forma, sintetizar o que de maior impacto trouxe para as relações familiares (Neves, Dias, & Paravidini, 2013; Oliveira, 2009).

Entendendo que o que tende a prevalecer é a gratificação e satisfação pessoal de cada indivíduo, constata-se, também, um significativo aumento do número de separações, divórcios e reconstituições familiares (Roudinesco, 2003), configurações familiares que acarretam novos desafios.

A dificuldade parece ser a conjugação da individualidade e reciprocidades familiares, observando-se significativas repercussões deste “desafio” no quotidiano das relações familiares (Oliveira, 2009; Outeiral, 2007).

Borges e Rocha-Coutinho (2008) ressaltam também que, com o aparecimento dos valores individualistas dentro do núcleo familiar, o princípio da hierarquia em que se baseava a autoridade tradicional parece colocado em questão, situação com repercurssões ao nível da autoridade do pai, bem como na divisão dos papéis familiares.

Adicionalmente, neste novo modelo de família contemporânea, a concretização dos interesses individuais e a imposição dos pontos de vistas de cada elemento da família acaba por facilmente promover a prevalência do individualismo dos filhos em detrimento do lugar das aspirações de caráter dos pais, observando-se uma inversão face ao que ocorria na família tradicional, promovendo, em alguns momentos, conflitos e atritos entre os elementos do grupo familiar (Roudinesco, 2003; Souza, 2008).

Por outro lado, tal como abordado por Oliveira (2009), com a existência de relações mais igualitárias, a educação torna-se, assim, mais complexa, aparecendo conflitos entre as necessidades de afirmação e liberdade das crianças/jovens e a imposição dos valores parentais, notadamente aqueles que transmitem as heranças culturais.

Ainda assim, apesar das mudanças que vêem ocorrendo na nossa atualidade, a família contemporânea parece manter algumas caraterísticas da família dita mais "tradicional", principalmente, por exemplo, ao nível de ideias/preconceitos no que se refere à responsabilização de um determinado gênero nos cuidados de uma criança, com uma frequente associação do feminino aos cuidados e proteção face aos filhos.

De fato, alguns papéis e costumes parecem ter evoluído, encontrando-se aparentemente distantes de práticas mais atuais. Todavia, se nos debruçarmos sobre os conceitos e mentalidades que lhes são subjacentes, percebemos que estes não são assim tão inovadores. Pelo contrário, encontram-se bem mais próximos daqueles presentes em épocas mais remotas da nossa sociedade (Oliveira, 2009).

O cerne da questão encontra-se, assim, na tentativa de integrar os dois modelos de família, contemporânea e tradicional, tendo-se em conta que, apesar de se observarem claras mudanças no conceito de família, o novo modelo não substituiu claramente o antigo, observando-se uma desafiadora conciliação entre os dois modelos (Borges & Rocha-Coutinho, 2007).

Neste sentido, observamos como as relações familiares se encontram modificadas, os membros integrantes da família diferenciados e em processo de transformação, não só no que refere ao modo de pensar, mas também como nos questionamentos que levantam e na maneira como vivem num mundo em constante processo de mudança (Oliveira, 2009).

Em verdade, o que parece ocorrer é termos um modelo tradicional internalizado, operando, em paralelo, com novos conceitos e novas maneiras de ser família,

potencializando, assim, no espaço familiar, o aparecimento de algumas contradições e novos desafios (Souza, 2003).

As transformações que vêm ocorrendo, repercutem não só naquilo que poderíamos denominar por espaço familiar, mas também os conceitos de masculinidade e feminilidade, na forma de compreender a sexualidade e a relação entre sexos, e nas representações de maternidade e paternidade (Oliveira, 2009; Petrini, 2005).

Simultaneamente, observa-se ainda como a relação de paridade entre o homem e a mulher vai adquirindo uma importância crescente nas relações familiares, ainda que estas transformações pareçam estar dependentes/relacionadas ao nível de escolaridade e da classe social dos indivíduos (Petrini, 2005).

Souza (2008) assinala como, ao longo dos últimos séculos, tem-se observado uma diminuição da dependência da mulher, com a saída desta para o espaço público, observando-se um maior investimento profissional feminino e uma maior partilha nas atividades domésticas.

Concordamos, tal como apresentado por Petrini (2005), que as lutas pelos direitos da mulher promoveram a dignidade desta, conquistando liberdades para a condição feminina e maiores igualdades de oportunidades com o homem. Todavia, ainda que se observem mudanças dos papéis e práticas existentes, as mentalidades parecem bem mais difíceis de se alterar, verificando-se, ainda, elevadas expectativas face ao papel da mulher dentro da família, agravando-se o peso e a dureza da vida desta no espaço familiar e social (Badinter, 2010; Biasoli-Alves, 2000).

De fato, atualmente, observamos como as mulheres, muitas vezes, parecem em conflito com aquilo que seria esperado de “amor materno”, aspecto que vem permeando o imaginário social coletivo e que é questionado, no confronto com os outros domínios que a mulher veio a conquistar, que não só aqueles associado à maternidade e ao ser mãe (Resende, 2017).

Nesta linha de pensamento, Badinter (2010) assinala que, apartir do momento em que a mulher passa a controlar a natalidade e se torna mais responsável pela sua fecundidade/fertilidade, podendo dar prioridade às suas ambições pessoais ao invés de escolher uma vida com filhos, torna-se cada vez mais comum o adiamento da maternidade, ou mesmo, a opção por não ter filhos.

Deste modo, a criança deixa de ser “a prioridade das prioridades”, observando-se uma escolha pela gestação em idades mais tardias, sendo que, em algumas situações, é o “relógio biológico” que sinaliza às mulheres a sua decisão pela maternidade (Badinter, 2010; Lima, 2013; Moore, 2017).

Por seu lado, Lima (2013), no estudo qualitativo que realizou acerca do adiamento da maternidade na sociedade contemporânea, concluiu que mais do priorizar a construção de uma carreira profissional, o aspecto da conjugalidade, representado pela escolha de um “parceiro ideal” para o compartilhamento do projeto de parentalidade, aparece como um aspecto de extrema relevância na postergação da maternidade.

No seu estudo, a autora identificou ainda uma visão fortemente idealizada da maternidade, com um alto nível de exigência para a mulher, sendo que este tipo de sentimentos parecia levar, concomitantemente, a elevados níveis de culpabilização, quando as mulheres sentiam não executar bem todas as funções de mãe. Também em relação à conjugalidade, se observava esse tipo de idealização, levando a que fosse dada grande importância à escolha do parceiro “perfeito” para ser o pai dos filhos, o que poderia levar bastante tempo a encontrar (Lima, 2013), causando, assim, o adiar da procriação.

De fato, além do adiamento da maternidade, a opção por não ter filhos parece ser uma opção de vida cada vez mais frequente nos casamentos contemporâneos (Biffi & Granato, 2017).

Todavia, ainda que os diferentes estudos e pesquisas pareçam indicar um aumento da satisfação pessoal e conjugal face a este tipo de opção, observa-se, com bastante frequência, a presença de preconceito e estigmatização social, em ambos os sexos, com especial ênfase em relação à mulher (Rios & Gomes, 2009a; 2009b).

Ainda que a ambivalência em relação à experiencia de maternidade venha, progressivamente, a ser mais facilmente aceita em ser verbalizada e partilhada, as mulheres que optam por não ter filhos continuam a ser, hoje em dia, frequentemente mal-entendidas e mal nomeadas, tendo em conta o padrão idealizado de maternidade, por parte do contexto social (Rios & Gomes, 2009b).

Por outro lado, as mulheres que optam pela não-maternidade parecem lidar também com os estereótipos e com as pressões sociais para alterar ou justificar a sua decisão (Moore, 2017; Rios & Gomes, 2009b), ressaltando-se ainda como o estigma associado à não maternidade parece estar simultanemante associado a sentimentos de

culpa e vergonha, decorrentes da internalização das normas sociais associadas a papéis dominantes do gênero feminino (Mansur, 2003).

Neste sentido, Badinter (2010) reflete sobre o retomar de um discurso naturalista, no que se refere às boas práticas de cuidado com o nascimento e com os filhos, onde é promovido a rejeição de técnicas hospitalares (com o mínimo de intervenções técnicas e desmedicalização da assistência) e o estímulo do aleitamento materno, situação que, no seu entender, parece, mais uma vez, ter como objetivo o de "pressionar" as mulheres a cuidarem dos seus filhos e a terem que ser boas mães (Badinter, 2010).

As mulheres estão, deste modo, expostas às politicas simbólicas que tendem a orientá-las para a maternidade, colocando-as na contramão de sentimentos conflituantes e ambivalentes por si vivenciados (Badinter, 2010; Mansur, 2003).

Uma vez que que a maternidade tem sido encarada com um destino e algo que completa a mulher, o não ter filhos encontra-se, assim, associado ao sentimento de falta de algo fundamental e de rompimento de um modelo feminino tradicional, causador de grande sofrimento para a mulher (Mansur, 2003). Neste sentido, muitas mulheres parecem confundir o desejo de ser mãe com o provar que se é "mulher de verdade" (Badinter, 2010; Mansur, 2003).

A família contemporânea parece contemplar, deste modo, vários tipos de família, ou talvez, até um pouco de todos os tipos (mais tradicionais e mais modernos). Talvez, por isso, ainda que se observem mudanças ao nível de práticas e papéis, as mentalidades tendem a resistir ou, pelo menos, a se transformar num ritmo e tempo diferentes (Petrini, 2005; Mansur, 2003).

2.3 O MITO DO AMOR MATERNO

2.3.1 A Construção de um Mito

É indiscutível a afirmação de que a maternidade é uma experiência complexa e exigente. Neste sentido, é de extrema importância que, no início do desenvolvimento de uma criança, alguém exerça/assuma a função materna face ao menor, cuidando deste e facilitando as bases para a sua vida mental (e para alguma integração). Assim, no início da

vida de um bebê, uma boa provisão ambiental é algo fundamental para o seu crescimento, observando-se a necessidade de haver uma correspondência entre a adaptação psicológica do adulto que exerce essa função materna, às necessidades da criança (I. Motta, 2006).

As funções parentais, maternas e paternas, tal como citado por I. Motta (2006), revestem-se de uma significativa importância, no sentido de serem facilitadores ou não, no exigente caminho que a criança tem que percorrer na direção da maturidade.

Reforçando a importância dos cuidados parentais, observamos que diversas revisões históricas mais atuais sobre a família têm vindo a reforçar a "exaltação" do amor materno. Todavia, percebemos como esta valorização aparece como algo relativamente recente na história da civilização ocidental (Ariés, 1981; Badinter, 1985; Chodorow, 1990).

De fato, compreendemos que o vínculo mãe-filho, tradicionalmente descrito como algo "instintivo", foi-se construindo, ao longo dos séculos, como um mito, na sequencia dos discursos filosóficos, médicos e políticos, ocorrendo, em especial, a partir XVIII.

Dolto (1996b), abordando a imagem cultural dos sentimentos maternos, escreve: "a beleza dos traços, a dedicação à prole, levada ao extremo da renúncia a qualquer interesse por seu próprio destino de mulher, a consagração de todas as energias à preservação, sobrevivência e proteção dos filhos ante os perigos com que os ameaçam o destino, o acidente ou a malevolência, tais são, nas histórias e nos contos, as qualidades da boa mãe ideal (p.213)", apresentando a imagem desta mãe idealizada, que protege e cuida acima de tudo e todos.

Num enquadramento histórico, tal como apresentado em capítulo anterior, percebemos como a importância dos cuidados maternos foram ganhando significado no decorrer dos últimos séculos (séc. XVIII, XIX e XX), tendo em conta as mudanças referentes aos cuidados com a criança e a organização da família (Ariés, 1981).

As politicas higienistas, vigentes, em épocas mais recentes, foram de extrema relevância para que a criança adquirisse um lugar de maior privilégio, possibilitando, consequentemente, uma maior visibilidade ao que é nomeado de "amor materno" (Valentim & Cortez, 2014). Simultaneamente, nesse período, foi delegada na figura materna uma responsabilidade para esta assumir um papel de educadora, bem como para ser responsável pelo desenvolvimento emocional dos filhos (Leão et al., 2014).

Tal como citado por Badinter (1985), o conceito de amor materno foi florescendo, passando a família a organizar-se em função e em torno da criança, principalmente no que se respeita à figura materna. O cuidar de crianças e maternidade foram sendo relacionadas entre si e associados a uma condição feminina, ligada à mulher.

Valentim e Cortez (2014) descrevem como a maternidade passa a ser caraterizada por um conjunto universal de comportamentos e sentimentos - ternura envolvente e ilimitada, longo período de amamentação, supervisão constante, educação das crianças, movimentação física restrita ao espaço doméstico e ausência de desejo sexual. Por outro lado, a ampliação das responsabilidades maternas promoveu também uma crescente valorização da mulher-mãe como "rainha do lar", dotada de poder e respeitabilidade, desde que se mantivesse no domínio doméstico.

Ainda que alguns autores (Badinter, 1985; Chodorow, 1990; Ghosh, 2016) tenham vindo questionar que este determinismo da mulher para a maternidade é um conceito construído e não inato, ainda se observa, nos dias de hoje, uma forte ideia de que o amor de uma mãe pelo filho é algo naturalmente forte e de que este se encontra relacionado a um imperativo biológico. Deste modo, facilmente se supõe que toda a mulher deseja, instintivamente, ser mãe e que tenha de cuidar de uma criança.

Ao refletir sobre o imperativo biológico e o determinismo social, Badinter (1985) nomeou de "mito do amor materno", o fenômeno ao qual é atribuído à mulher um instinto materno, que pressupõe, por natureza, um amor incondicional da mulher aos seus filhos.

Considerando que o termo mito é bastante abrangente, podendo assumir vários significados, tomamos por base, na presente pesquisa, a compreensão do termo mito associada a uma crença ou entendimento sobre algo que, não tendo propriamente uma base científica, é tido como real, sustentando o posicionamento dos indivíduos sobre determinado assunto.

Aprofundando um pouco mais a noção de mito e, tal como apresentado por Souza e Rocha (2009), na Antiguidade, o *mythos* opunha-se ao *logos*, à razão e ao discurso filosófico de natureza mais racional, o qual era, naquele período, tido como aquele que deveria ser considerado como verdadeiro. Contudo, apesar do pensamento filosófico ir ganhando progressiva importância na Grécia Antiga, promovendo o declínio do pensamento mítico, foram muitos os autores que defenderam que a filosofia nunca se emancipou completamente do mito, entendendo que, ainda que este se situe num plano diferente do

discurso filosófico e da lógica científica, apresenta um lugar e um papel igualmente importante na sociedade e no desenvolvimento do pensamento (Souza & Rocha, 2009).

Segundo os autores supra mencionados, os mitos resultariam de experiências humanas coletivas, em que os indivíduos que os produziriam não teriam plena consciência da sua autoria. Os mitos representariam projeções das interpretações do mundo interior e das impressões do mundo exterior, transformadas em imagens que não se resumem a metafóras ou representações, mas expressões da própria realidade (Souza & Rocha, 2009).

Assim, direcionado para a temática da maternidade, percebemos como este tipo de representações sociais podem promover o aparecimento de práticas discursivas onde se impõe à mulher que cuide, ame, alimente e dê educação aos filhos, abdicando dos seus interesse e vontades, em função de um outro (Gosh, 2016).

Também Nuñez (2014), referindo-se ao mito do amor materno, assume que este diz respeito a falsas verdades responsáveis pela idealização do que representa a maternidade. Segundo a autora, essas falsas verdades podem estar associadas às "crenças poéticas", a dizeres do senso comum (Ser mãe é padecer no paraíso!; A mãe é a rainha do lar!; A maternidade é a condição ideal de realização feminina!; Para uma mãe, todos os filhos são iguais!; Toda mãe sabe o que é melhor para o seu filho!; Ninguém conhece melhor à um filho do que a mãe!; Santa mãezinha!) ou a ideias que fundamentam condutas que para serem alteradas, necessitam de uma contra argumentação mais profunda.

Aprofundando o tema do mito do amor materno, a autora Ghosh, num texto publicado em 2016, diz que, de fato, a partir do final século XIX, se começou a utilizar o termo maternidade, em vez de se falar sobre o estado ou a condição de ser mãe. No seu entender, este discurso sobre maternidade encontra-se predominantemente influenciado por questões associadas a aspectos religiosos e patriarcais mais do que relativamente a noções de igualdade, liberdade e dignidade.

Também Badinter (1985), nesta linha de pensamento, acrescenta que "o amor materno e mãe permanecem, no nosso inconsciente coletivo, identificadas a Maria, símbolo do indefetível amor oblativo".

2.3.2 Maternidade – o Biológico, o Psicológico e o Social

Como já mencionado, autores como Badinter (1985) ou a psicanalista Chodorow (1990), na linha do apresentado por Ghosh (2016), têm questionado o imperativo biológico ligado ao amor de uma mãe, defendendo que esse amor materno parece ser um conceito construído, e não inato.

Numa revisão histórica, Badinter (1985, 2010) diz que a maternidade é um conceito historicamente construído, ligado a modelos ideológicos e culturais dominantes em cada época, sendo a sua tese ilustrada na aparente indiferença e, mesmo frieza, que as mulheres da Idade Média apresentavam face aos seus filhos recém-nascidos. No seu entender, embora alguns autores pudessem justificar essa atitude como um recurso defensivo (por parte da mãe), tendo em conta os altos índices de mortalidade de crianças até ao primeiro ano de vida, a autora dá uma outra explicação, ao citar, que muitas crianças morriam porque os pais, simplesmente, não se interessavam por elas: "Não é porque as crianças morriam como moscas que as mães se interessavam pouco por elas. Mas é, em grande parte, porque elas não se interessavam, que as crianças morriam em tão grande número" (Badinter, 1985, p. 87).

A mesma autora discorre, ainda, (tal como aprofundado em capítulo anterior), acerca da recusa das mães em amamentar os filhos, entregando-os a uma ama de leite, bem como a delegação dos cuidados dos mesmos a terceiros durante os primeiros anos de vida, como práticas recorrentes nos primórdios da sociedade. Apesar de se poder afirmar que as mães, nessa época, não teriam o real entendimento das consequências e das implicações deste tipo de comportamento para uma criança pequena, Badinter (1985) indaga como uma mãe que já tivera vários filhos mortos, quando cuidados por uma ama-de-leite, continuava a delegar a ela os cuidados de outros filhos.

No seu entender, ao tentarmos encontrar uma justificativa para este tipo de atitude materna, estamos, na verdade, a querer eximir estas mulheres do que seria considerado um "pecado" insuportável: o seu desinteresse pelo filho (Badinter, 1985).

Continuando a discussão acerca das responsabilidades da maternidade, ainda a mesma autora, cita que, após 1760, se inicia um expressivo movimento no sentido de orientar e mesmo "ordenar" que as mães cuidem pessoalmente dos filhos e os amamentem: "Elas impõem, à mulher, a obrigação de ser mãe antes de tudo, e engendram o mito que

continuará bem vivo duzentos anos mais tarde: o do instinto materno, ou do amor espontâneo de toda mãe pelo filho" (Badinter, 1985, p.145).

Iaconelli (2015) diz que, nesta perspectiva histórica, se passou de uma ausência de preocupação e de uma desvalorização das necessidades de uma criança (situação que anteriormente promovera a ocorrência de infanticídios e abandonos consentidos pela sociedade), para um outro extremo, o de uma preocupação excessiva com os bebês, buscando-se uma "perfeição" de cuidados e uma idealização do que devem ser os cuidados a estes.

Em artigo sobre o tema do amor materno, Ghosh (2016) apresenta uma reflexão bastante interessante, relativa à distinção entre "maternagem" e maternidade, em que, de acordo com o seu entendimento, os dois fenomenos são distintos, ainda que utilizados, erroneamente, como coincidentes.

Segundo a autora, o primeiro conceito – "maternagem", encontra-se associado às atividades e/ou práticas relacionadas ao cuidar de uma criança indefesa e dependente, especialmente alimentá-la, dar resposta às suas necessidades físicas e emocionais, bem como promover a sua socialização. Este tipo de cuidados, que foram sendo normalmente prestados por mulheres, podem não ser necessarimente executados pelas mães biológicas das crianças, dado que, na nossa atualidade, outras pessoas têm vindo a assumir estas responsabilidades, tais como o pai, outro familiar ou, no caso, por exemplo de famílias homoafetivas, alguém que assuma as funções parentais (Gosh, 2016).

Por seu lado, no entendimento de Ghosh (2016), o segundo conceito – maternidade, representaria algo bastante mais amplo, englobando conceitos mais específicos e ideologias que sustentam práticas e comportamentos.

A autora supra mencionada defende que a maternidade tem vindo a ser prioritariamente, associada à figura da mulher, tendo em conta o papel que esta vem apresentando dentro da família, independentemente de vir a ser mãe ou não. Contudo, apesar de indiscutível a ideia da importância da prestação de cuidados precoces no desenvolvimento de uma criança, a sociedade nem sempre tem valorizado a mulher (normalmente a quem é delegada estas atividades), subestimando a sua importância dentro e fora da família (Gosh, 2016).

Neste sentido, tal como a autora acima mencionada, talvez possamos entender como os aspectos relacionados com a maternidade se encontram bastante relacionados com aspectos sociais mais do que com somente com os aspectos biológicos (Gosh, 2016).

Também Chodorow (1990) aborda esta dicotomia entre os aspectos biológios e sociais ligados à maternidade, sugerindo a necessidade de distinguir o que é o ato de dar à luz e o ato de cuidar de uma criança, apresentando as bases biológicas da gestação, parto e amamentação e descrevendo os fundamentos socio-antropológicos que desenvolvem e perpetuam essas bases.

A autora supra questiona também a base biológica nas mulheres, relativamente ao cuidado face às crianças, defendendo a ideia de uma atribuição social de papéis, ligados ao gênero feminino e masculino, observando-se, segundo a mesma, uma estrutura assimétrica de papéis do homem e da mulher dentro da família (Chodorow, 1990).

Com o enquadramento de uma perspetiva psicanalítica, Chodorow (1990) discorre como a competência e habilidade da mulher para o cuidar de crianças (assumindo uma função, numa idade precoce, de ser um "ego externo" da criança, bem como de provedora do ambiente externo) estão significativamente internalizadas na estrutura psíquica da mulher.

A autora tenta entender como se reproduz a diferença entre homens e mulheres, no que diz respeito às responsabilidades na organização dos cuidados com as crianças. A sua hipótese é a de que tais diferenças se reproduzem através da forma como estas mulheres foram cuidadas, bem como das relações diferenciadas que estas estabelecem com as suas filhas e os seus filhos. Ou seja, que a reprodução de padrões tradicionais de maternagem na nossa atualidade, ocorre na sequência de processos psicológicos induzidos social e estruturalmente, que se reproduzem de forma cíclica, entre gerações (Chodorow, 1991).

Também Ghosh (2016), nesta linha de pensamento, acrescenta que, no seu entender, a "ideologia da maternidade" promove a construção de um papel para a mulher de esposa, mãe, nora, cunhada (etc), sendo esta idelogia construída de uma forma estereotipada na maior parte das nossas sociedades, bem como construída e desenvolvida desde a infância da jovem menina.

Paralelamente, Azevedo e Arrais (2005), descrevem como o tema do ideal romantizado da maternidade associado ao gênero, tem sido enfatizado através da forma

como, desde cedo, as meninas são treinadas para exercerem um papel de boa mãe. Nas famílias, nas escolas e na sociedade em geral é recorrente o incentivo de atividades lúdicas onde a menina, e não o menino, assume o papel de cuidar de uma criança.

Pensando na forma como o amor materno tem vindo a ser idealizado, Potvin (2015) analisou alguns documentos (impressos, vídeos, imagens..), acessíveis para a população inglesa, produzidos por várias entidades (por exemplo pela UNICEF) responsáveis por projetos internacionais na área do apoio a mulheres e jovens do sexo feminino integradas em contextos sociais de baixa renda.

O autor supra percebeu como o tipo de informação emitida facilmente transmite para o leitor/ouvinte um discurso onde é reforçado, de uma forma geral, a responsabilização da mulher como principal agente no desenvolvimento de uma criança. Adicionalmente, o autor identificou três outros aspectos que, em seu entender, promoveriam a idealização deste amor materno: as mães serem vistas como indivíduos altruístas, como pessoas que necessitam empoderamento, bem como seres que compartilham uma mesma experiência e identidade materna universal (Potvin, 2015).

Com a sua análise, o autor discorre sobre como a literatura sobre a maternidade em geral, em especial sobre aquela acessível à populações carentes, parece facilmente promover a construção de uma representação social universal de "mulheres em constante desenvolvimento/mudança" para serem mães, ao invés de apresentar a verdadeira realidade/caracterização das mulheres dentro do contexto de uma família (Potvin, 2015).

Assim, nos artigos que analisou, ficou explícito o discurso facilitador de uma noção "formatada" do que deve ser uma mãe, mais do que outro onde esteja presente a valorização da individualidade e idiossincracia da experiência de maternidade em cada mulher.

Aprofundando cada um dos três aspectos já identificados e descritos anteriormente, Potvin (2015) explica, assim, como as mães são normalmente identificadas como indivíduos altruístas, colocando as necessidades dos filhos em primeiro lugar e estando dispostas a abdicar dos seus interesses pessoais e bem-estar em função da sua família.

Segundo este autor, as mães são, ainda, facilmente identificadas como os elementos mais importantes e com maior responsabilidade na prestação de cuidados e no bem-estar do grupo familiar. Contudo, por outro lado, são também vistas como indivíduos

frágeis e passivos face aos acontecimentos da vida, tendo em conta a posição de vulnerabilidade em que são colocadas dentro da família.

Ainda no entender de Potvin (2015), a ideia que é transmitida para estas jovens é a de que a maternidade é uma experiência similar para todas as mulheres, bem como de que todas elas um dia deverão se tornar mães, parecendo haver pouco espaço para a aceitação de outros papéis sociais da mulher na sociedade. A subjetivação da mulher parece, assim, passar unicamente pelo exercício do papel de mãe.

Entendemos, deste modo, como a literatura e as redes sociais podem apresentar um papel importante como fonte de apoio informal para as mães e para aqueles que se encontram envolvidos na função parental, ainda que, tal como foi apresentado neste capítulo, nem sempre a informação que é veiculada corresponda à realidade do que é a maternidade, com as suas gratificações, mas, também, com os seus desafios e constrangimentos.

Neste sentido, apresentamos os resultados de um estudo realizado em Portugal, que analisou objetivos, atitudes, sentimentos e práticas atribuídas à mães, difundidos por grupos e páginas de facebook centrados na maternidade, tendo como objetivo identificar qual o tipo de modelo de maternidade que é atualmente mais dominante naquele país (César, Oliveira, & Fontaine, 2018).

Ainda que não se reporte ao contexto brasileiro, entendemos que o modelo dominante identificado pelos autores mencionados – o modelo de maternidade intensivo – pode-se aproximar daquele vigente na realidade brasileira, que pressupõe a existência de um modelo de maternidade associado a uma visão tradicional do papel da mulher, onde é priorizada a criança e a infância, em detrimento dos interesses e necessidades da mãe enquanto mulher.

Simultaneamente, tal como os dados obtidos na pesquisa, percebemos como a difusão deste tipo de informação na mídia, pode propiciar determinadas expectativas sociais quanto ao papel materno, expectativas de mulheres que são ou desejem ser mães, bem como influenciar as decisões destas relativamente ao seu projeto de maternidade (César et al., 2018).

Neste seguimento, vale mencionar também, uma outra pesquisa (César, Costa, Oliveira, & Fontaine, 2018) que ressalta que um modelo intensivo de maternidade, com aspetos e emoções positivas é mais facilmente difundido e enfatizado, nos grupos e páginas

eletrônicas de acesso aberto, sendo que os aspetos e emoções negativos associados à maternidade são essencialmente partilhados em grupos electrônicos fechados e de acesso restrito.

Deste modo, parece haver a necessidade de difundir a idealização do amor materno, ainda que em privado e nos grupos mais restritos, a maternidade possa ser vivida com a presença de bastantes dúvidas, angústias e inseguranças (César et al., 2018).

Face ao exposto, percebemos como têm sido vários os autores a realizar uma reflexão crítica sobre a forma idealizada da maternidade, a qual, por um lado, é percebida como inerente a toda natureza feminina e, por outro, associada majoritariamente a aspectos mais positivos e promotores de satisfação e bem-estar. Adicionalmente, percebemos também como as expectativas presentes no domínio social são significativamente embasadas na crença de que "naturalmente" uma mulher é feita para ser uma mãe e, mais do que isso, uma boa mãe.

Contrapondo esta ideia de que "mãe é toda amor", autores como Winnicott (1947/2000) assinalam algumas razões pelas quais uma mãe pode "odiar" o seu bebê:

> O bebê não é sua própria concepção (mental). (...)O bebê é um perigo para seu corpo durante a gestação e o parto (...) O bebê interfere com a sua vida privada, é um obstáculo para a sua ocupação anterior. (...). No início o bebê dita a lei, é preciso protegê-lo de coincidências, a vida deve fluir no ritmo dele, e tudo isso exige da mãe um contínuo e detalhado estudo. (...) Ele é desconfiado, recusa a comida tão boa que ela preparou e faz com que ela duvide de si mesma, mas com a tia ele come tudo (...) Depois de uma manhã horrível, ela sai com ele e ele sorri para um estranho que diz: Não é uma gracinha?. (Winnicott, 1947/2000, pp.285-286)

Para Winnicott (1947/2000), o ódio é visto como constitutivo da natureza humana, estando, por isso, presente na vivência da maternidade. Discorrendo sobre a importância do reconhecimento e da integração do ódio no exercício parental, Catafesta (1996) narra um caso clínico no qual a mãe procura ajuda especializada motivada por sua preocupação ao perceber o ódio que permeia seu relacionamento com uma de suas filhas, que na ocasião encontrava-se na faixa etária de 9 anos.

O tema do ódio contra o próprio filho é abordado também por Françoise Dolto (1985), pediatra e psicanalista, quando descreve o caso de uma mulher que tinha sofrido

forte rejeição por parte de sua mãe ao nascer. Em consequência, esta teve que ser afastada do convívio com sua mãe, como medida protetora de sua vida. Mais tarde, ao dar à luz uma criança do sexo feminino, entra em coma. Mesmo estando neste estado, Dolto orienta o marido a contar para sua mulher essa parte de sua história que havia sido omitida. Neste caso, Dolto percebe que, acessando aspectos inconscientes, foi facilitado à essa mulher a integração do ódio em sua vivência familiar, o que possibilitou que, saindo do coma, assumisse os cuidados em relação à sua filha. Nesse sentido, segundo Dolto, o inconsciente pode influenciar muito de nossas escolhas e posicionamentos, tanto a nível individual, quanto a nível social.

Assim, parece-nos importante ressalvar como a noção da existência de um amor incondicional de uma mãe pelo seu filho, acima de qualquer coisa e a todo o custo, é algo que deve ser ponderado, tendo em conta que a vivência de desilusões ao longo do desenvolvimento do indivíduo levam ao amadurecimento, bem como a integrações sucessivas e graduais do seu self (I. Motta, 2016).

Podemos observar, ainda, como a maternidade é vista como algo que se encontra atrelado à mulher desde o nascimento, enquanto que, no caso do homem, a paternidade só é vista como algo que aparece em determinado momento da sua vida. De certa forma, é como se a mulher tivesse nascido já preparada para ser mãe, enquanto que o homem precisaria passar por um processo de amadurecimento para ser capaz de se tornar um pai (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007).

Lembramos Iaconelli (2015), que reforça a noção de como a condição de gestação não promove, necessariamente, a função parental e que uma mulher não é naturalmente uma mãe. A autora entende como errôneo pensar que a maternidade e os cuidados de uma criança se encontrem associados a algo inato ou instintivo, estando o exercício da maternidade associado a fatores históricos, sociais, culturais, bem como relacionados a processos de aprendizagem decorrentes de experiências relacionais.

Neste sentido, Iaconelli (2015) identifica que parece existir um paradoxo: por um lado, as mulheres e os cuidadores vêm apresentando menos conhecimento no que se refere aos cuidados de um bebê, situação que facilita a "entrada" e interferência dos saberes técnicos e dos especialistas, como médicos, enfermeiros, psicólogos, pedagogos, bem como de outros saberes mais informais, principalmente a internet e a mídia (César et al., 2018).

Contudo, a vinda desses “especialistas” pode agravar o aparecimento de expectativas muito pouco realistas do que seja a maternidade, com o atravessamento destes supostos saberes mais ou menos técnicos no conhecimento e na experiência vivenciadas pelas mulheres que são mães (Iaconelli, 2015).

Discorrendo um pouco mais sobre este aspecto, cabe lembrar ainda os trabalhos desenvolvidos pelo pediatra, psicanalista e pensador D.W.Winnicott. O autor, contrapondo o conhecimento dos técnicos e especialistas, ressalta a importância de respeitar o saber de quem cuida da criança, alertando para o risco de uma idealização do que é a maternidade.

Ainda que Winnicott tenha sido o autor que se referiu ao conceito de *mãe suficientemente boa*, Iaconelli (2015) aponta para o perigo deste conceito ter sido reiteradamente utilizado sem a devida contextualização. A autora nota, como citado anteriormente, que, no seu entender, o conhecimento que a mãe tem não é dado pela natureza, mas é consequência de uma aprendizagem; não uma aprendizagem formal que o especialista oferece, mas de um conhecimento decorrente de experiências que a pessoa vai vivendo ao longo da sua vida:

> Tais experiências partem de uma conceção cultural antecedente à mulher sobre o que é um bebê e o que é uma mãe, partem do bebê que ela mesmo foi um dia, das experiências nas quais pôde conviver com bebês e observar os cuidados que lhe eram reservados e, por fim, da necessidade de construir uma identidade própria diante desses diferentes marcos identificatórios, sejam conscientes ou não. (Iaconelli, 2015, pp. 72-73)

Consideramos que este discurso idealizado e pouco realista sobre a maternidade, reflete como as explicações biológicas são indevidamente apropriadas pelo discurso social. De fato, apenas a gestação e o parto são fenômenos biologicamente definidos, sendo que o exercício da maternidade e da paternidade parecem estar também bastante associados a aspectos ligados a uma aprendizagem social.

O caminho deverá ser, assim, no sentido de integrar e valorizar a importância dos aspectos biológicos e dos aspectos sociais na construção do que representa a maternidade, pelo que a aceitação de um só desses aspectos poderá promover o desenvolvimento de representações sociais associadas a comportamentos rígidos e pouco flexíveis, quando nos deparamos com os desafios do que representa ser mãe.

2.3.3 Maternidade na Atualidade

No seguimento do citado anteriormente, podemos afirmar que a identidade feminina parece ter sido historicamente construída através de uma diferença entre os sexos, utilizando-se, predominantemente o argumento do biológico para se definir o que é ser mulher.

Desse modo, tal como já descrito, a mulher foi interpelada para exercer o seu papel de mãe, permanecendo, durante vários séculos, restrita à vida doméstica e sendo-lhe exigido que não "destruísse" a ordem familiar e social: "Os significados da maternidade associados ao amor e ao cuidado passaram a afirmar referenciais de valores considerados ideias. Discursos culturais, durante séculos, recrutaram mulheres a se identificarem com eles, tomando-os como verdades e constituindo suas identidades femininas" (Patias & Buaes, 2012, p.301).

Apesar de observarmos a prevalência e o reforço dos aspectos positivos e mais prazerosos acerca da maternidade (César et al., 2018; Ghosh, 2015), é um fato que, no decorrer do século XX, com o acesso a uma educação formal e à formação profissional, as mulheres têm vindo, gradualmente, a ocupar um espaço fora de casa, ainda que mantenham uma significativa responsabilidade na criação dos filhos.

Antes voltadas para os desejos dos outros e satisfação daqueles que as rodeavam (algo bastante caraterístico da subjetividade feminina que caraterizava a idade média), agora encontram-se mais voltadas para a satisfação e desenvolvimento pessoal, parecendo começar a manifestar o desejo de consolidar práticas sociais transformadoras, ainda que, por vezes, com alguns custos a nível subjetivo e social (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007).

Sem dúvida, na nossa atualidade, as mulheres têm alcançado uma inserção social cada vez maior, bem como procurado uma situação de igualdade com os homens, ainda que esta situação se verifique, de forma mais proeminente, no que se refere ao espaço público (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007).

A figura feminina tem vindo a atingir um novo lugar na sociedade, pelo que é importante pensarmos em novas formas de subjetivação da mulher que não unicamente pela experiência da maternidade.

Assim, além do papel de mãe, esta tem integrado de forma cada vez mais presente o mercado de trabalho, optando por uma profissão que lhe traga benefícios pessoais e prestigio profissional.

A mulher tem representado, por um lado, uma nova fonte de sustento e de autoridade na família e, por outro, continuado a manter as suas atividades e tarefas no domínio privado (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007).

Na tentativa de conjugar a vida social, profissional e familiar, as mulheres, especialmente as oriundas de uma classe média, tendem a procurar soluções individuais, como ter menos filhos, adiar a maternidade, ou mesmo optar pela sua carreira profissional e desistir de ser mães (Biffi & Granato, 2017).

Assim, a decisão de ser ou não ser mãe tem vindo a ganhar uma dimensão reflexiva e a se tornar uma decisão mais racional, influenciada por diversos fatores, especialmente aqueles relacionados com as condições subjetivas, econômicas e sociais das mulheres, bem como do casal (Scavone, 2001).

Hoje em dia, o adiamento da maternidade tornou-se algo bastante comum entre as mulheres. As mulheres engajadas na sua carreira profissional optam por adiar a gestação, ou mesmo não ter filhos, de forma a não interromper a sua ascensão profissional, tendo em conta que o nascimento de uma criança absorverá toda a sua atenção e uma dedicação praticamente a tempo integral (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012)

Também Patias e Buaes (2012) ressaltam que, nas sociedades ocidentais, a opção da mulher por não ter filhos é um fenômeno cada vez mais presente. Todavia, tal como já citado, é possível perceber como a escolha pelo não exercício da maternidade, parece ter uma relação significativa com o contexto histórico, social, econômico e cultural da mulher.

Numa revisão de literatura relacionada com o tema referente ao projeto de ter ou não filhos, Biffi e Granato (2017) concluiram que, ao nível da literatura nacional e internacional sobre a temática, com o maior acesso a informação e a um conhecimento especializado, parece observar-se o aparecimento de projetos de parentalidade por opção, mais personalizados e individualizados, mais distantes de um modelo tradicional que inclui casamento e filhos em qualquer relacionamento amoroso estável.

Nesta linha de entendimento, as autoras supra mencionadas constataram ainda a inclusão da figura parental no projeto de parentalidade, parecendo observar-se a transição para a parentalidade como um projeto conjugal, e não só centrado na mulher.

Nos dados da literatura, os casais parecem, também, sentir a necessidade de identificar alguns pré-requisitos/condições que os orientem acerca de qual o momento certo para ter filhos, bem como passar por conflitos e ambivalências que permeiam o seu processo de escolha e a sua decisão acerca de ter ou não filhos (Biffi & Granato, 2017).

O adiamento da maternidade e a opção de não ter filhos são, assim, fenômenos recentes, ainda que se venha observando um crescente número de mulheres que adia a maternidade para idades mais avançadas (Travassos-Rodriguez & Féres-Carneiro, 2013). Tal como nos outros países, estas mudanças vêm sendo também observadas no contexto da realidade brasileira, ainda que se encontrem centralizadas nos meios urbanos e em mulheres de classe social mais favorecida (Lima, 2013).

Contudo, se por um lado, há um grande incentivo à profissionalização da mulher e uma cobrança e incentivo para que as meninas estudem e invistam numa carreira profissional, mantém-se ainda a expectativa que um dia elas venham a "cumprir" o seu papel de mãe, acrescentando-se que, talvez, para alguns indivíduos, este seja o papel principal que devem ter (Travassos-Rodriguez & Féres-Carneiro, 2013).

Tendo em conta esta "pressão" social para que a mulher seja mãe, Moore (2017) desenvolveu uma pesquisa qualitativa com 32 participantes do sexo feminino, no sentido de perceber quais os motivos que poderiam estar subjacentes à atitude de mulheres que, em algum momento da sua vida tinham apresentado/manifestado o desejo de não ter filhos, mas que acabaram tornando-se mães.

De um modo geral, a pesquisa evidenciou que esta mudança parece estar embasada em uma multiplicidade de fatores e que, na sua maioria, estes se encontravam relacionados a aspectos individuais, relacionais e culturais destas mulheres (Moore, 2017). Assim, apesar destas mulheres verbalizarem tentar manter o seu desejo, durante o ciclo de vida, de não serem mães e de tentarem agir de um modo independente e livre, esta parece ser uma decisão difícil de sustentar.

Este desejo de não ter filhos apresenta-se, assim, como algo facilmente intermediado pela interferência de terceiros, bem como por alterações no contexto de vida - gravidez inesperada, mudança de parceiro, etc., acabando as mulheres por se tornarem

mães, com significativa facilidade, ainda que, numa fase inicial, não o desejassem (Moore, 2017).

A sociedade atual parece promover uma visão muito “romanceada” e idealizada do que é a maternidade, tendo vindo a ganhar a palavra mãe, significados como sacrifício, amor incondicional e disponbilidade completa (Badinter, 1995, 2010; Gosh, 2016).

Contudo, este tipo de aspectos contrapõe-se, na nossa atualidade, com a vivência real do papel materno, acrescido do fato de se ter banido a possibilidade da mulher exprimir a sua frustração relativo ao desenrolar da sua função materna e na relação com os filhos, observando-se, deste modo, uma tentativa de excluir e não dar visibilidade ao sofrimento e ambivalência que a maternidade pode gerar (Travassos-Rodriguez & Féres-Carneiro, 2013).

Vale lembrar, neste âmbito, a pesquisa de Donath (2015), envolvendo 23 mulheres israelitas que relatam terem se arrependido de ser mães. Na sua pesquisa, a autora discute o conceito que representa a maternidade, bem como objetiva esclarecer que a noção de “mãe” não remete para uma única categoria individual. Assim, para a autora, a maternidade não é uma experiencia única para a mulher em geral, bem como não representa algo que é vivido da mesma maneira para todas as mulheres.

Debruçando-se sobre este assunto, Donath (2015) ressalta a importância de se distinguir entre dois aspectos importantes na maternidade: a experiência da maternidade e o objeto da maternidade (no caso, a criança), ressalvando que, na sua pesquisa, o arrependimento das mulheres que entrevistou se encontrava associado à experiência da maternidade e não à relação com a criança.

Por outro lado, Donath (2015), tal como outros autores já mencionados anteriormente, questiona também a ideia da experiência de maternidade como estando sempre associada à condição feminina, bem como a uma vivência prazerosa para a mulher, numa experiência que sempre “vale a pena”.

Neste âmbito, Faulkner (2013), já tinha exposto em um artigo, através de uma narrativa pessoal, a sua vivência de maternidade, aprofundando e discutindo que apesar do seu amor e afeto pelo filho recém-nascido, a sua experiência enquanto mãe e cuidadora fora geradora de grande ansiedade e angústia, principalmente pela culpa e insegurança face às expetactivas e ao “modelo ideal” de maternidade facilitados pela sociedade.

Também Badinter (1985) contrapôs o imaginário de mães, pais e profissionais no que refere à expectativa de que a maternidade deve ser vivida com total entusiasmo, assumindo a autora que "o amor não é, simplesmente, uma norma" e que a mulher é um "ser de desejo", sempre particular e diferente de todos os outros. No seu entender, o amor materno existe desde os primórdios dos tempos, contudo, não existirá, necessariamente, em todas as mulheres.

Simultaneamente, ainda segundo o entendimento de Badinter (1985), não será só o amor que leva a mulher a cumprir os seus "deveres maternais". A moral, os valores sociais ou religiosos, podem ser potenciadores tão poderosos quanto o desejo da mãe: "(…) Não encontramos nenhuma conduta universal e necessária da mãe. Ao contrário, constatamos a extrema variabilidade dos seus sentimentos, segundo a sua cultura, ambições e frustrações" (Badinter, 1985, p.134).

Alguns anos mais tarde, Badinter (2010) volta a ressaltar a ideia de que a decisão de ter um filho é uma das decisões mais difíceis de se tomar, gerando dúvidas, ambivalência e indecisão. A autora cita, ainda, que, na nossa atualidade, não é aceito o reconhecimento de uma mulher que não nasceu para ser mãe ou, mesmo o sendo, que a experiência da maternidade possa ter associado a si sentimentos negativos e de pouca satisfação.

Relembramos o escrito por Winnicott (1947/2000) sobre este assunto, reconhecendo que o ódio presente na maternidade facilita o processo de adaptação da mãe ao seu bebê, na medida em que a mãe necessita tolerar as angústias do bebê e as suas próprias, de forma a manter a sua continuidade de ser.

Perante a discussão teórica que fomos discorrendo, parece-nos evidente como, apesar de todas as transformações, a mulher ainda "carrega", na atualidade, certos ideais presentes no imaginário social, particularmente, o ideal de ter que "ser mãe". A mãe indiferente ou a mãe que abdica de um filho, "desafia", deste modo, esta lógica, promovendo, na sociedade, uma dualidade de ideias: por um lado, nega-se a ideia de que uma mãe possa ser indiferente ao seu filho e, por outro, entende-se as mulheres que não manifestam o desejo de cuidar do seu filho como "sofrendo" de algum tipo de patologia (Badinter, 2010).

No sub-capítulo seguinte, iremos nos debruçar sobre esta temática complexa e impactante que remete para a entrega de um filho para adoção.

2.4 A ENTREGA DE UM FILHO PARA ADOÇÃO

2.4.1 Breve Enquadramento da Adoção no Brasil e em Portugal

A adoção, numa definição geral, corresponde a uma forma de filiação sustentada pela lei, com um caráter irrevogável, que coloca pais e filhos numa situação jurídica semelhante à da filiação e da parentalidade biológica (Peiter, 2016). É, assim, uma das medidas legais que permite a colocação de uma criança privada de uma família num lar substituto, permitindo que esta possa refazer os seus laços de filiação (Ghirardi, 2015).

Do ponto de vista jurídico, a adoção, no Brasil, encontra-se regulamentada através da Lei n°8.069 do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Brasil, desde 1990, pretendendo-se com esta legislação uma defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes. Desde 1990, e ao longo dos últimos anos, o Estatuto da Criança e do Adolescente tem sofrido várias alterações, no sentido de se aperfeiçoar às normas jurídicas vigentes relativamente ao tema da proteção das crianças e dos adolescentes, com prevalência também na adoção de crianças, tendo-se definido a última alteração em 2009 – Lei 12.010/09, que atualmente se encontra em vigor.

O Estatuto da Criança e do Adolescente defende a intensificação de esforços no sentido de se promover a reintegração de crianças e adolescentes, junto da sua família biológica, citando a mesma lei que só quando se encontram esgotadas as possibilidades de manutenção da criança junto da sua família natural ou extensa é que deve ser equacionada a possibilidade de colocação junto de uma família substituta, de forma a garantir-se o direito fundamental de convivência familiar. Por outro lado, importa ressalvar ainda que, de acordo com o ECA, quando tal é possível e represente o superior interesse da criança, deve-se priorizar o encaminhamento conjunto de irmãos, de forma a se manter os vínculos fraternos (Levy & Gomes, 2017).

Em Portugal, por seu lado, os aspectos jurídicos da adoção têm sido também amplamente discutidos, sendo que a presente lei que regulamenta a adoção – Regime Jurídico do Processo de Adoção (Lei 143/2015, de 08 de Setembro de 2015), alterou o Código Civil, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 47 344, de 25 de novembro de 1966, em matéria de adoção, e o Código de Registo Civil, aprovado pelo Decreto- Lei n.º 131/95, de 6 de junho de 1995.

O novo Regime Jurídico do Processo de Adoção preconiza a adoção como a inserção num ambiente familiar, de forma definitiva e com aquisição do vínculo jurídico próprio da filiação, de uma criança cujos pais morreram, são desconhecidos, não querem assumir o desempenho das suas funções parentais ou são, pelo Tribunal, considerados incapazes de as desempenhar.

Acrescentamos que o artigo 1978.º do Código Civil português estatui que: "com vista a futura adoção, o tribunal pode confiar o menor a casal, a pessoa singular ou a instituição em qualquer das situações seguintes: a) Se o menor for filho de pais incógnitos ou falecidos; b) Se tiver havido consentimento prévio para a adoção; c) Se os pais tiverem abandonado o menor; d) Se os pais, por ação ou omissão, mesmo que por manifesta incapacidade devida a razões de doença mental, puserem em perigo grave a segurança, a saúde, a formação, a educação do menor ou o desenvolvimento do menor; e) Se os pais do menor acolhido por um particular ou por uma instituição tiverem revelado manifesto desinteresse pelo filho, em termos de comprometer seriamente a qualidade e a continuidade daqueles vínculos, durante, pelo menos, os três meses que precederam o pedido de confiança".

Ao analisar tais requisitos, o Tribunal de Família e Menores, em Portugal pressupõe, prioritariamente, o superior interesse do menor, pelo que a respectiva aferição deve ser feita objetivamente, em função deste pressuposto. Na verdade, a medida de confiança da criança para futura adoção, preconizada pela lei portuguesa, não tem como objetivo punir ou censurar os pais, mas, pelo contrário, defender a adoção como um direito das crianças a uma família, garantindo-se, tal como já enfatizado, a prossecução do interesse do menor.

Apesar de as normas jurídicas referentes à adoção de crianças, vigentes quer no contexto brasileiro quer no contexto português, serem relativamente recentes, percebemos como ao longo da história, a adoção foi sendo algo que sempre esteve presente, ainda que em outros moldes e com outros objetivos.

A adoção encontra-se, assim, presente desde o início das civilizações, tendo em conta que sempre existiram homens e mulheres que, por diversos motivos e impossibilidades, abandonaram ou entregaram os seus filhos. Veja-se, por exemplo, os exemplos bíblicos, que registaram vários casos de adoção, nomeadamente o caso de Moisés (Paiva, 2004).

Destacamos também que, na antiguidade, o objetivo da adoção era dar continuidade à família, em detrimento de se encontrar uma família para a criança, sendo um recurso principalmente utilizado por aqueles que não possuíam descendência natural.

Hoje em dia, nas sociedades atuais, apesar dos desafios e dificuldades presentes nas situações que levam à adoção de crianças, encontramo-nos numa nova era, em que é valorizado aquilo que poderíamos chamar de adoção "moderna".

Nesta, entende-se que devem ser privilegiadas as tentativas de se responder às necessidades de uma criança sem família, pelo que aquilo que deve sustentar a intervenção nas situações de adoção é a facilitação de uma família para a criança e não uma criança para uma família (Paiva, 2004).

Tal como descrito por Marcílio (2006), no Brasil, as primeiras iniciativas de proteção às crianças desprotegidas e abandonadas ocorreram com a colonização, pelo que, inicialmente, estas intervenções seguiram o sistema de assistência caritativa já existente em Portugal, cujas políticas sociais funcionavam numa articulação entre as câmaras municipais e as confrarias das Santas Casas de Misericórdia, que colocavam em funcionamento as "Rodas dos Expostos".

Posteriormente e, ao longo dos anos, tal como já relatado anteriormente, foram várias as tentativas legais e jurídicas de regulamentar as situações de crianças integradas em famílias substitutas, tentativas que culminaram na elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente, atualmente vigente no Brasil, e no Regime Jurídico do Processo de Adoção, em vigor na realidade portuguesa.

Ressaltamos que, quer no Brasil, quer em Portugal, as alterações jurídicas que foram sendo realizadas no sentido de regulamentar a adoção de crianças e jovens procuraram eliminar qualquer distinção legal entre os filhos biológicos e os filhos adotivos, regulamentar as adoções internacionais, bem como acentuar a necessidade de rompimento dos vínculos de parentesco entre o adotado e a família biológica.

O interesse da criança tornou-se, assim, central, na medida em que a adoção pretende a reinserção da criança num núcleo familiar de modo pleno (quando se encontram esgotadas as possibilidades de integração na família de origem), igualando o filho adotado ao filho natural/biológico (Ghirardi, 2015).

Na atualidade, não se parte, assim, da preocupação em assegurar a descendência a uma família que não a tem e deseja continuar o seu nome ou transmitir uma

herança, como noutros tempos, mas, sim, da preocupação em proporcionar um ambiente favorável, num contexto familiar, para o desenvolvimento de uma criança que não o encontra no seu meio de origem.

2.4.2 Enquadramento Jurídico/Legal da entrega de um filho para Adoção no Brasil e em Portugal – Abandono vs Entrega

Seguindo o sub-capítulo anterior, em que aprofundamos o mito do amor materno, por ser verdade que a maioria das mulheres possa apresentar um potencial biológico para vir a ser mães, percebemos como, ao longo dos tempos, a maternidade vem sendo conceitualmente associada a um fato puramente biológico e inato, restrito aos domínios do privado e do emocional (Stevens, 2013).

Por muitos anos, a maternidade tem sido uma temática fortemente "deformada e idealizada", observando-se, nos últimos anos, um debate mais profundo sobre este tema, situação inerente à complexidade que se acentua, tendo em conta a diversidade do que representa o conceito de maternidade, nos dias de hoje.

De fato, atualmente nos deparamos com "novas mães" que se vêem se juntando à chamada "mãe tradicional" – mãe adotiva, mãe lésbica, o homossexual que materna, mãe de aluguel, mãe adolescente, mãe solteira, etc (Stevens, 2013).

Acreditamos, tal como o autor supra que, talvez, as diferenças ao nível do que representa a função materna, nesta diversidade de "mães", se situem no plano da diversidade das circunstâncias materiais e culturais, bem como nas opções ao nível individual de cada um (Stevens, 2013), mas que, ainda assim, as semelhanças estejam bastante presentes.

Adicionalmente, Soejima e Weber (2008) ressaltaram que, ao longo dos anos, foi sendo reafirmado o princípio de que uma mulher "normal" seria sempre uma mãe, tendo em vista a premissa embasada na fisiologia feminina que possibilita à mulher procriar e, nesse sentido, lhe permite melhores condições de cuidar de uma criança.

Assim, no decorrer dos séculos, parecer ter restado para a mulher duas hipóteses: corresponder ao socialmente esperado e ser uma "boa mãe" ou, pelo contrário, tornar-se numa "mãe irresponsável", indiferente e que não cuida instintivamente dos filhos (Soejima & Weber, 2008).

No que se refere à mulher que não corresponde aos padrões de uma mãe cuidadora, ressaltamos que ao se abordar uma mãe que abandona, esta é facilmente incluída na categoria “deixou o seu filho” (Fonseca, 2012). Todavia, consideramos de extrema importância distinguir os diferentes tipos dessa categorização e esclarecer o que, no presente estudo, tomamos por abandono e por entrega.

Neste âmbito, se por um lado, existem mulheres que geram uma criança e, posteriormente, desistem de criá-la, entregando-a para os órgãos competentes, nomeadamente, Juizado da Infância e Juventude e Conselho Tutelar, no caso do contexto brasileiro, e Tribunais de Família e Menores, no contexto português, outras, optam por deixar a criança em rios, latas de lixo, banheiros ou outros lugares insalubres e perigosos para a criança.

Deixamos aqui a ressalva, de que na presente pesquisa nos debruçaremos sobre a primeira situação, considerando que, na segunda, estariam envolvidos outros aspectos que não aqueles que pretendemos alcançar nem aprofundar no nosso estudo.

Começamos, por clarificar alguns aspectos que consideramos importantes, no sentido de explicitar o respaldo legal e jurídico em que estas situações de entrega, legais e juridicamente asseguradas, se encontram enquadradas.

No que refere à realidade brasileira, um importante avanço ocorreu após a promulgação da Nova Lei Nacional da Adoção (Lei Federal n° 12.010/2009), que afirma não ser ilegal a entrega de um filho para adoção desde que a entrega seja realizada junto a uma Vara de Infância e Juventude. Outra contribuição importante foi a determinação de que estas mulheres têm o direito a assistência psicológica. Descrevemos o 4°paragráfo do artigo 8°: “incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica às gestantes e mães no período pré e pós-natal, inclusive como forma de minorar as consequências do estado puerperal”, bem como o 5°, do mesmo artigo: “a assistência referida no 4°paragráfo deste artigo deverá também ser prestada às gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção”, que melhor descrevem esses direitos.

Por seu lado, no que se refere ao contexto português, é a Lei 143/2015 de 08 de Setembro de 2015 que aprova o Regime Jurídico da Adoção, que dispõe sobre este tema. Salientamos os artigos 1982°: “O consentimento é inequívoco e prestado perante o juiz, que deve esclarecer o declarante sobre o significado e os efeitos do ato”, e o 1983°: “O consentimento é irrevogável e não está sujeito a caducidade”.

Ressaltamos que, quer no caso brasileiro, quer no caso português, pretende-se que a entrega decorra dentro dos limites jurídicos, evitando-se entregas ilegais que possam colocar a criança em perigo. Por outro lado, objetiva-se que, após a mãe estar presente em sede de Vara de Infância/Tribunal, a criança possa ser, o mais rapidamente, entregue a uma família adotiva, devidamente estudada e avaliada, previamente cadastrada para vir a adotar uma criança.

Ressaltamos, que ao contrário do que se passa no Brasil, em Portugal a mulher só pode dar esse consentimento para adoção após 6 semanas do nascimento do bebê, de forma a salvaguardar que esta seja uma decisão ponderada, amadurecida e não sujeita aos eventuais efeitos psicológicos/emocionais inerentes ao pós-parto.

Já no caso brasileiro, a mulher pode expressar esse consentimento dias depois após o nascimento da criança, situação que acreditamos, tal como M. Motta (2005a, 200b), talvez possa acarretar algumas limitações e desafios a uma correta avaliação e ponderação da decisão de entregar um filho.

Por outro lado, numa especificidade da realidade brasileira, constatamos, com o objetivo de atender as demandas surgidas com a promulgação da Lei Federal n° 12.010/2009, têm sido vários os programas desenvolvidos nas diferentes Varas, destinados ao atendimento privilegiado de mulheres que manifestam a intenção de entregar os seus filhos para adoção, quer seja num momento prévio ou após o parto (Faraj et al., 2016).

Percebemos que a exigência e responsabilidade destes tipos de situações concentra grandes preocupações para que se promova o desenvolvimento de atuações éticas e profissionais face a mulheres que manifestem o desejo de entregar um filho para que este possa ser adotado.

Contudo, salientamos também que muitos são os limites e constrangimentos no contato com estas mulheres, sendo que, talvez o mito do amor materno, no qual a maternidade e o cuidar de outro são vistas como algo natural e presente em todas as mulheres, seja aquele que mais fortemente se encontra na base dos preconceitos associados à situação de entrega de um filho para adoção (M. Motta, 2005a, 2014).

Nesta linha de pensamento, observa-se uma tendência em se encarar toda a separação entre mãe e filho entregue em adoção, como abandono. A confusão entre abandono e entrega faz com que estas mulheres sejam estigmatizadas e culpabilizadas socialmente pelos seus atos, dificultando que as mesmas tomem uma atitude mais refletida

e amadurecida face à decisão de cuidar ou não de seus filhos. Acontece ainda que estas mulheres, receando serem julgadas e punidas, não se dirijam ao judiciário a fim de entregar legalmente o filho, mas realizem entregas clandestinas a terceiros (M. Motta, 2014).

Como forma de evitar o julgamento negativo sobre o ato destas mulheres, tem-se enfatizado a importância da substituição do termo abandono (associada, usualmente, a enjeitar, não aceitar, recusar, desprezar, repudiar, repelir) pelo conceito de entrega (Cordeiro, 2014; Leão, Silva, & Serrano, 2012: Motta, 2014).

Referindo-se também ao tema, Dolto (1996a) defende a diferenciação do termo abandono e entrega, entendendo este último como um gesto de proteção em relação à criança.

Por seu lado, Bonnet (1993) aprofunda a distinção entre abandono e entrega de um filho para adoção. Para esta autora, o abandono representa as situações em que as mulheres "se querem ver livres dos seus filhos", deixando-os, sem proteção, em lugares públicos e outros semelhantes, expondo as crianças a uma situação de risco/perigo. Ao contrário, a decisão de entregar um filho para adoção representará a decisão de proteger os filhos de uma eventual situação de negligência e/ou violência.

Percebemos, assim, que a decisão de entregar um filho pode ter vários significados, tais como aceitar a impossibilidade de criá-lo, a sua rejeição, bem como a frustração face ao seu amor e desejo de "maternar" (Soejima & Weber, 2008). Desta forma, é importante o reconhecimento de que, efetivamente, há mulheres que não se disponibilizam para a maternidade e de que a possibilidade de uma mãe rejeitar um filho é real, pelo que a manutenção de um vinculo com a criança colocaria ambas numa situação de risco (Badinter, 1985; Diniz, 1993).

Os comportamentos de indecisão/ambivalência face ao bebê que vai nascer podem, desta forma, ser indicadores do impacto que os elementos da fantasia têm na gênese dos sentimentos maternos. De fato, eles parecem revelar a ligação entre o imaginário e a experiência sensorial no decurso da gravidez e, mais precisamente, no momento do parto (Bonnet, 1993).

Dolto (1989) vai mais longe, enfatizando a necessidade de se repensar a legalização do aborto (situação permitida em Portugal, mas não legalizada no Brasil), especialmente nas situações em que a mãe não quer nem deseja ser mãe ou cuidar daquela

criança, de forma a prevenir eventuais situações de maus-tratos/negligência face à criança e o aparecimento de perturbações e instabilidade psíquica na mulher.

Segundo a autora, muitas mulheres são censuradas por desejar entregar os seus filhos, recebendo apoios e usufruindo de diversos tipos de intervenções, no sentido de se promover a manutenção do vinculo entre a mãe a criança. Contudo, muitas destas mulheres acabam por abandonar os filhos em diversos momentos, deixando-os entregues a terceiros ou espaçando os seus contatos com estes, pelo que uma boa avaliação psicossocial é de extrema importância (Dolto, 1989; Diniz, 1993).

2.4.3 "Mulheres em Conflito com a sua Maternidade"

Como citado anteriormente, as mulheres que rejeitam as representações de maternidade parecem ficar condenadas à culpa e à angústia. Paralelamente, no imaginário social, a negação da maternidade pode ser entendido não só como uma 'monstruosidade" ou um ato criminoso punidos por lei, mas, também, como "uma subversão de códigos patriarcais instituídos" (Maia & Vieira, 2009).

Numa tentativa de aprofundar a discussão, constatamos, através da prática com esta realidade, como alguns técnicos, "dominados" por dúvidas, exercem pressão sobre certas mães que dizem ter decidido entregar os filhos para adoção, levando-as a não o fazer. Surgem expressões do tipo "uma mãe nunca dá um filho, isso não são coisas que se façam, vais arrepender-te toda a vida" (Diniz, 1993). Não é difícil perceber o conteúdo condenatório e "definitivo" destas e de expressões semelhantes. Por outro lado, pensando que são ditas em momentos particularmente sensíveis, podemos imaginar os efeitos emocionais que propiciam naquelas a quem são dirigidas.

A experiência nos mostra que estes tipos de verbalizações podem promover na mãe um retrocesso na sua decisão e a retirada do desejo de entrega do filho para adoção. Todavia, acreditamos que "forçar" o interesse materno, quando ele não existe ou não é de boa qualidade, representa sempre um grande risco. Um risco de a mãe biológica levar o filho e passado algum tempo o entregar aos cuidados de terceiros ou de uma instituição ou, numa forma mais grave, abandoná-lo na rua ou infligir contra ele graves maus-tratos físicos e psicológicos, abusos e, numa última instância, até cometer o infanticídio (Diniz, 1993; M. Motta, 2005a, 2014).

Trabalhando com situações de adoções e, especificamente, nas situações de entrega de um filho, percebemos como os profissionais ficam muito expostos aos elementos das suas histórias pessoais e das suas experiências subjetivas, associados a situações de perdas, lutos, abandonos e rejeições (Paiva, 2004).

Esse é, sem dúvida, um campo propício às projeções e às significações singulares, mesmo quando a atuação do profissional é subsidiada por leis, critérios norteadores e teorias. Além disso, lidamos, em todos os momentos, com as interfaces das nossas histórias familiares e, assim, os valores, sentidos e crenças que possuímos acerca do que é e de como funciona uma família, podendo tudo isso interferir na nossa prática (Diniz, 1993).

O trabalho dos profissionais, em situações que se relacionam com a entrega de um filho, "acorda" neles as mais precoces e intensas experiências emocionais (Paiva, 2004). Estas, no entanto, não estão em princípio diretamente acessíveis ao pensamento claro. Formam a base dinâmica de muitas atitudes, práticas e posições teóricas que vão se elaborando ao longo da vida, em interação com o ambiente humano e com os princípios que outros formularam (Diniz, 1993).

Também Giberti (2010) ressalta a necessidade de se atentar à linguagem e à forma como nos referimos relativamente às mulheres que entregam os seus filhos para adoção. A autora relata que alguns profissionais caracterizam estas mulheres como *mulheres em conflito com a sua maternidade*.

Tal como a autora, consideramos que esta expressão remete para a noção de maternidade como algo natural, relacionado com um instinto, carregado de preconceito e estigma, bem como associando estas mulheres a sujeitos de "categoria humana" inferior.

Consideramos que, quando caracterizamos as mulheres que entregam um filho como "mulheres que abandonam", promovemos o reforço de uma atitude persecutória face a estas mulheres que apresentam, somente, um comportamento "fora do que seria esperável", tendo em conta que o desejo de vivenciar a maternidade não parece implicar, necessariamente, o desejo de efetivamente ter competência para cuidar ou estabelecer um vínculo saudável com a criança (Giberti, 2010; Badinter, 2010).

No contato com mulheres que entregam um filho para adoção, não é difícil aceitar como estas parecem colocar-se num lugar de recusa da identidade feminina ligada à maternidade, bem como num lugar de negação de um lugar materno (Patias & Buaes, 2012).

Contudo, parece ser ainda difícil reconhecer como a opção de abdicar do exercício da maternidade face a uma criança problematiza diversas concepções sobre o lugar e a função dos filhos na vida da mulher (Scavone, 2001).

De fato, nos dias de hoje, tal como citado por Nunes (2011) observa-se uma ampliação do horizonte feminino, aparecendo novas possibilidades subjetivas e expectativas para as mulheres, que passaram a ter a possibilidade de transformar sua capacidade de querer em múltiplos e diversificados desejos. Com o controle de natalidade por parte das mulheres, estas conseguiram decidir se querem e quando querem ter filhos, observando-se mudanças relativas ao ideal de maternidade como condição natural feminina e principal objetivo de vida para as mulheres.

Todavia, estas novas possibilidades trazem também bastante conflitos e ambiguidades na vivência singular de cada mulher, na relação com aqueles que a cercam, bem como com a sociedade (Badinter, 2010; Nunes, 2011).

De fato, concordamos, tal como Badinter (2010), que o desejo de ter filhos não é constante nem universal. Algumas mulheres desejam ter filhos, outras já não os querem, outras nunca os quiseram. Com a possibilidade de escolha, uma diversidade de opções se apresenta, cabendo à mulher essa decisão. Assim, o filho que representa uma fonte incontestável de realização para certas mulheres, pode, por outro lado, tornar-se um obstáculo e um peso demasiado grande para outras.

Contudo, a possibilidade de escolha em não assumir a maternidade acarreta um boa dose de culpa, sendo necessário um forte caráter para suportar as pressões sociais e a estigmatização face à opção de não ter “cumprido o seu papel de mãe”.

Neste sentido, Badinter (2010) chama a atenção para uma “recuperação” da naturalização da associação maternidade/feminilidade, outrora amplamente questionada. Este movimento parece ter sido facilitado pela presença de sentimentos de culpa e ambivalência por parte das mulheres, que parecem estar sempre se avaliando apartir do ideal contemporâneo de maternidade que, ou resistem em assumir, ou não se sentem capazes de realizar (Nunes, 2011).

Na atualidade, segundo Nunes (2011), a mulher parece, assim, carregar sempre consigo uma boa dose de culpa. Por um lado, por sentir que não corresponde às expectativas familiares e sociais enquanto mãe e esposa, ao revelar dificuldade em conseguir dar conta de uma dupla jornada de trabalho ou por não se sentir gratificada em

ficar em casa cuidando de uma criança. Por outro, quando opta por dedicar-se exclusivamente a um projeto profissional, optando por não ter filhos e tendo que integrar a eterna dívida com a família, carregando o estereótipo de egoísta, materialista, carreirista.

Assim, remetendo para a realidade da entrega de um filho para adoção, concordamos, tal como Giberti (2010), que talvez tenhamos que ter cuidado quando nos referimos a estas mulheres como *mulheres em conflito com maternidade.*

Neste sentido, devemos levar em conta as atribuições que a sociedade exerce perante estas mulheres, reconhecendo que estas necessitam liberdade e condições que lhes permitam desejar e atuar, sem precisar pagar o alto preço da condenação e da culpa (Nunes, 2011).

2.4.4 Alguns estudos Nacionais e Internacionais sobre a Entrega de um filho para Adoção

Descrevemos, em seguida, algumas pesquisas sobre a entrega de um filho para adoção, com o objetivo de aprofundar o tema da entrega de um filho, quer no que se refere à caracterização das mulheres que entregam, quer aos motivos que as levam a tomar este tipo de decisão, bem como a estudos que incidem sobre outros aspectos relacionados com o tema.

Ainda que não pretendamos investigar, na presente pesquisa, o perfil das mulheres que entregam os filhos ou os motivos que estão subjacentes a esta decisão, parece-nos importante atentar para algumas pesquisas realizadas sobre estes aspectos, de forma a, posteriormente, conseguirmos melhor enquadrar os dados recolhidos junto aos profissionais de enfermagem que atuam com estas mulheres.

Ressaltamos, ainda, que centramos as nossas pesquisas na realidade brasileira, tendo em conta as especificidades sociais e culturais, bem como a legislação em vigor, diferente de outros contextos, nomeadamente o português.

Na realidade, através da literatura, constatamos como se conhece pouco sobre as mulheres que entregam os seus filhos para adoção, talvez porque “escutemos pouco e lhes perguntemos mal” (Giberti, 2010).

Neste seguimento, o estudo de caracterização das crianças adotadas, famílias biológicas e famílias adotivas, envolvidas em 110 processos judiciais de adoção, descrito por Mariano e Rossetti-Ferreira (2012), constatou a ausência de informações relativas a

familiares biológicos, revelando difícil a real caraterização destas pessoas (pais e mães), bem como os motivos que estiveram subjacentes à decisão de entrega.

Por outro lado, autores como Elias (2012) e Mariano e Rossetti-Ferreira (2012), colocam ainda em evidência a ideia que muitas das perguntas e questões que são colocadas às mulheres que entregam os filhos parecem ter por trás um julgamento negativo feito à priori, em consequência dos estereótipos presentes no imaginário social. Este tipo de atitude impede, assim, novas indagações sobre a temática, limitando o acesso a informações e dados nem sempre fáceis de serem entendidos, compreendidos e aceitos.

Ainda que, nos últimos anos, a temática sobre a entrega de um filho tenha vindo a assumir uma maior relevância, constatamos, tal como já mencionado, que a maioria das pesquisas se debruçam, essencialmente, sobre a caraterização destas mulheres, bem como dos motivos que estão subjacentes à entrega de uma criança, justificando-se a entrega, na maioria das situações, a fatores externos à mulher (Fonseca, 2012; Freston, 2000; Motta, 2005b).

Assim, estudos similares aos de Freston (2000) e Fonseca (2012) tendem a associar o ato da mulher às dificuldades econômicas e sociais, colocando-a numa posição de grande fragilidade e dificuldade, sujeita a pressões externas que a fazem decidir pela entrega.

Por seu lado, Souza e Casanova (2011) referem-se às mulheres que entregam os filhos para adoção como "(..) pessoas que fazem parte da sociedade invisível, desconhecidas, que vivem na sombra da comunidade e se encontram desamparadas. São conhecidas como mães doadoras ou desistentes, más, sem instinto materno ou com algum distúrbio psicológico".

As mesmas autoras, centrando-se na realidade brasileira e na amostra por elas estudada, identificam as mulheres que manifestam o desejo de entrega de um filho para adoção como mulheres, na maioria dos casos, entre 15 e 30 anos, solteiras, sendo a gravidez fruto de um relacionamento ocasional ou de curta duração. Em grande parte, são mulheres que se apresentam como tendo sido rejeitadas pela sua própria família. O grau de instrução é básico, têm a sua atividade profissional ligada às atividades domésticas (empregada), são muitas vezes dependentes químicas, "garotas de programa" ou, somente, desempregadas (Souza & Casanova, 2011).

No que concerne aos motivos que sustentam a decisão de entrega de um filho para adoção, as autoras acima mencionadas relatam que estes são de ordem variada. Por um lado, o abandono em que estas mulheres parecem se encontrar, sofrendo situações de violência doméstica, abuso sexual, miséria. Por outro, a sustentação da decisão de não exercer a maternidade e rejeição face à criança, acreditando que alguém, em melhor situação de vida, poderá criar e amar a sua criança. Por último, o desejo de "descartar-se" do filho, bem como de desistir da maternidade, não tendo o desejo de "maternar" aquela criança (Souza & Casanova, 2011).

Ainda que se possa identificar a falta de condições econômicas para sustentar as crianças como algo que sustenta a entrega da criança para adoção, é possível também apontar um outro aspecto de grande relevância para esta decisão, o próprio abandono a que estas mulheres se encontram sujeitas, assim como a falta de apoio familiar (Freston, 2000). Esta situação parece ser corroborada com o fato de estas mulheres aparecerem nos Serviços normalmente sozinhas, relatando ter ocultado a gestação da sua família e amigos.

M. Motta (2005a), alertando também para a solidão e isolamento em que estas mulheres parecem encontrar-se, cita que antes de entregar a criança em adoção, a mãe biológica é frequentemente "cortejada e lembrada: lança-se mão do amor materno que é apontado à mulher, que chega, às vezes a ser aconselhada a entregar o filho por amor a ele" (p.56). Uma vez nascida a criança e entregue em adoção, parece ocorrer uma modificação. As regras e até a linguagem para designá-la relegam, então, a mãe biológica a um estado de *não ser,* ou à categoria de pessoa má, desumana e sem princípios morais ou éticos.

Segundo a autora, fica em evidência, desta forma, a postura paradoxal que caracteriza a atitude em relação a estas mulheres no decorrer de todo o processo: de um lado, a expectativa para que a entrega se concretize; de outro, a censura feroz em relação à mesma (M. Motta, 2005a, 2005b).

Também Jones (1993) acredita que a alegação de problemas financeiros como principal motivação para a entrega não seja a mais correta, sendo a entrega, no seu entender, decorrente de uma multiplicidade de fatores (econômicos, sociais e emocionais).

M. Motta (2014), por sua vez, também concorda que existem outros aspectos além da limitação socioeconômica atuando na decisão da mulher, principalmente uma situação de carência emocional.

Assim, ao analisarmos de forma mais profunda as verbalizações e narrativas das mães que manifestam o desejo de entregar os filhos para adoção, observamos que o seu discurso parece ser sugestivo de que o que está subjacente à decisão de entrega de um filho para adoção não parecem ser simplesmente os fatores econômicos, mas a falta de motivação ou a ausência de desejo em exercer a maternidade no momento da gravidez (Leão et al., 2012; Lucyk & Penso, 2012).

O desejo de cuidar de um filho, em mulheres que manifestam, inicialmente, o interesse em entregar um filho para adoção, parece ser, de forma significativa, resultante, ainda que de forma inconsciente, da pressão social que impõe às mulheres a obrigação de assumir o papel de mãe para se afirmar como mulher, como se um papel não pudesse realizar-se sem o outro (Leão et al., 2012; Lucyk & Penso, 2012).

Também Diniz (1993) afirma que o discurso destas mulheres parece ser, assim, contraditório e ambivalente. O autor faz o questionamento de que se fossem unicamente os fatores econômicos a motivar as entregas, não se poderia explicar a existência de mulheres que, ainda que apresentem situações de vida "deploráveis", não hesitam em cuidar de forma adequada dos seus filhos.

No entendimento do autor supra mencionado, a relação entre as mulheres que entregam os seus filhos parece ser um reflexo das suas circunstâncias de vida, das condições em que nasceu o filho, da relação que ela tem ou não com o pai da criança, dos seus projetos para o futuro e das suas possibilidades reais em realizá-los (Dinis, 1993).

Nesta linha de pensamento, o estudo de Menezes e Dias (2011), onde foram entrevistadas 6 mulheres que entregaram seus filhos para adoção, identificou a imaturidade e a falta de apoio familiar como fatores preponderantes para a entrega. Ainda que fossem apresentadas dificuldades econômicas, esta situação não se apresentou como determinante, na medida em que em situação similar, outras mulheres tinham assumido seus filhos.

Algo importante de ressaltar também, foi a pobreza emocional que pautava todas as histórias das mulheres que entregaram os filhos, sob as quais se debruçou a pesquisa, marcadas por situações de violência, privações e abandonos. Ainda assim, os autores ressaltam um último aspecto importante, identificado pelas mulheres que entregaram os filhos - a sensação de um recomeço após a entrega.

Dolto (1998), por seu lado, considera que a maioria destas mulheres é abandonada pelos pais das crianças, passando estas crianças a serem reconhecidas, no

imaginário social, como “filhos do cio”, ou seja, de um amor erotomaníaco. As mulheres que dão à luz estes menores parecem ser, assim, reconhecidas como objetos sexuais, rejeitadas, pela sociedade, como mães.

Abordando situações de mulheres que negam a sua gestação e, posteriormente, manifestam o desejo de entregar o filho, Bonnet (1993), constatou que, no seu entender, a negação da gravidez de uma criança parece relacionar-se com graves situações traumáticas ocorridas na infância, bem como uma disfunção familiar associada, na maioria das vezes, com problemas de ordem da sexualidade.

Para o autor, estes movimentos de negação apresentam-se como mecanismos defensivos face a esses traumas infantis. Adicionalmente, revelam proteção face à criança, na medida em que a decisão de separação e de entrega do filho, pode ser uma tentativa de evitar uma passagem ao ato violenta contra os menores.

Vale lembrar, ainda, a pesquisa de March (2014), que realizou um estudo bastante interessante, entrevistando trinta e três mulheres que entregaram os filhos para adoção e que, posteriormente, retomaram o contato com seus filhos já adultos, a pedido destes (sendo o contato mediado por uma agência de adoção).

A pesquisa objetivava analisar o entendimento que estas mulheres tinham em relação à gestação desse filho, à colocação da criança em família adotiva, à sintomatologia consequente à entrega da criança, à perceção de si mesma enquanto mãe e o seu entendimento relativamente ao reencontro.

No entender de March (2014), para o processo de elaboração da situação de entrega é importante se atentar para os aspectos associados ao luto, culpa e perda. Contudo, mais do que colocar essas mulheres numa posição de fragilidade e abandono, defendendo-se a ideia de que se deve promover encontros e contatos entre elas e seus filhos, há que analisar se estes reencontros tardios trarão efetivamente benefício para o processo de elaboração dessas situações.

De fato, March (2014) afirma que o encontro destas mulheres e os seus filhos adultos adotados tem que se ser analisado e contextualizado, devendo-se dar prevalência à situação individual de cada mulher. O autor, ressalta ainda que, mais importante do que se promover este tipo de encontro, deverá ser facilitado a estas mulheres um espaço profissional e terapêutico onde a sua decisão de entrega possa ser devidamente ponderada.

Adicionalmente, os profissionais devem estar atentos às verbalizações e a forma como a situação de entrega está sendo vivenciada por estas mulheres.

Na análise das entrevistas que realizou, March (2014) pode apurar que o reencontro, por si só, pode ser algo paradoxal para as mulheres que entregaram um filho. Se, por um lado, elas relatam contentamento e algum alívio por terem informações e saberem como os seus filhos se encontram, por outro, a imagem idealizada do bebê que entregaram e que de alguma forma as ajudou a integrar essa vivência de entrega se rompe, causando-lhes desconforto, sofrimento e angústia.

Além disso, as mães biológicas relatam, ainda, dificuldades em reestabelecer um relacionamento mais profundo com os seus filhos, principalmente um tipo de relação mais aproximada a uma filiação parental. Neste sentido, o autor cita que as mulheres se descrevem como “amigas” ou como alguém próximo, mas não como capazes de estabelecer uma relação de parentalidade com os seus filhos biológicos.

Observando os resultados desta pesquisa, parece evidente que algumas das mulheres que optam por entregar os filhos, o fazem após tomada de consciência do desejo em não assumir a maternidade face a essa criança. Apesar desta elaboração, é possível que possam apresentar sintomatologia de angústia, ansiedade ou sentimentos mais depressivos, na sequencia desta decisão (March, 2014). Desta forma, nestas mulheres, a decisão de entrega parece ter sido tomado num processo de amadurecimento pessoal, implicando um afastamento emocional face à criança, com o qual não foi possível estabelecer um vinculo de filiação mãe-filho.

Face ao exposto, lembramos a necessidade de se atentar para os riscos de uma visão parcial sobre essa a entrega de um filho para adoção, associando-se, prioritariamente, estas mulheres a uma condição sócio econômica desfavorecida, a um histórico de abandono familiar e/ou uso de substâncias tóxicas.

No nosso entender, além desses aspectos, há que se atentar, como aponta o estudo de March (2014), para a necessidade de explorar e aprofundar a perceção que estas mulheres têm de maternidade, o que para elas corresponde ser uma “boa ou má mãe”, bem como o entendimento que estas imagens podem ter na sua análise de si mesmas, face a decisão da entrega do seu filho.

Além disso, ressalvamos a importância de ajudar estas mulheres a clarificar as diferenças entre os aspectos biológicos e sociais relacionados à maternidade, bem como a perspetiva de futuro que têm para si e para o filho.

Entendemos que a mulher desenvolve sentimentos diferentes em relação a cada filho, pelo que a situação de entrega de um filho para a adoção parece ser um caso particular e único. Ainda que possam ser encontradas algumas motivações ou caraterísticas que se repetem ou se assemelham, a decisão para entregar um filho, pode ser inerente ao contexto onde se encontra a mulher mas, acima de tudo, de fatores intrapsíquicos (Menezes & Dias, 2011).

Neste sentido, Santos (2001) ressalta a ideia de que as mulheres que entregam um filho para adoção se sentem julgadas pelo seu ato, bem como pressionadas pelo mito do amor materno e da idealização da maternidade.

Assim, chega-se ao entendimento de que estas mulheres necessitam justificar a sua decisão, recorrendo, frequentemente, à falta de recursos, apoio familiar ou escassez econômica, na medida em que estes são aspectos facilmente aceitos e justificáveis para o desejo de entregar um filho.

Contudo, tal como citado por Dolto (1989), há que se atentar para o forçar do vínculo mãe-filho, sendo que, nestes casos, quando são tentadas diversas intervenções no sentido de se manter este relacionamento entre mãe e filho, se observa, na maioria das vezes, uma recusa, por parte das mulheres ou, posteriormente, um abandono das crianças.

Deste modo, devemos, assim, ter em conta a pluralidade do universo das mulheres que manifestam o desejo de entregar um filho, bem como reconhecer a necessidade de se dar prevalência à subjetividade destas, na sua decisão de entrega (Santos, 2001).

Ressalvamos, tal como apresentado por Winnicott (1963/1989), que saúde não corresponde a uma ausência de sintomas, mas um caminho que se percorre e cuja direção é o desenvolvimento. Contudo, para que este caminho seja alcançado, podem ocorrer dificuldades, obstáculos e crises que precisam ser integradas.

A vida de um individuo saudável é caracterizada por medos, sentimentos conflitantes, dúvidas, frustrações, assim como por aspectos positivos. O principal é que o homem e a mulher sintam que ele ou ela estão vivendo sua própria vida, assumindo

responsabilidade por ação ou inatividade e capaz de ter confiança para o sucesso e culpa pelo fracasso (Winnicott, 1963/1989, p.27).

Defendemos, assim, que o atendimento prestado a estas mulheres deve ter uma atitude e postura éticas por parte dos profissionais que com elas se deparam, sendo evidente, através da literatura e práticas clínicas, que logo nas Maternidades e instituições de acolhimento institucional se iniciam as distorções, enviesamentos e discursos marcados por mitos e preconceitos.

Os profissionais que lidam com esta realidade devem acolher estas mulheres, no sentido de reestabelecer o processo simbólico e histórico que evidencia a constituição da identidade dessa mulher, na sua subjetividade, de forma que ela seja um agente regulador da sua própria vida, ajudando-as numa tomada de decisão consciente e amadurecida (Menezes & Dias, 2011).

CAPÍTULO 3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar de que modo o mito do amor materno afeta as ideias e concepções presentes em relação à entrega de um filho para adoção, nos profissionais de enfermagem diretamente envolvidos com mulheres que entregam os filhos para adoção.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Compreender de que modo a experiência pessoal na família de origem dos profissionais de enfermagem pode ter interferência no relacionamento destes face às mulheres que entregam os filhos para adoção.
2. Entender de que modo o "modelo tradicional de família", a ser visto como um modelo ideal de família, pode interferir na prática e postura destes profissionais face à entrega de um filho para adoção.
3. Investigar de que modo as narrativas interativas podem contribuir para a reflexão dos profissionais de enfermagem acerca do mito do amor materno, bem como sobre a sua prática profissional face às mulheres que entregam os filhos para a adoção.
4. Analisar as eventuais diferenças ou semelhanças que possam existir no relacionamento dos profissionais de enfermagem brasileiros e portugueses face às mulheres que entregam os filhos para a adoção.

CAPíTULO 4. MÉTODO

4.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO E EPISTEMOLÓGICO

Para fazer face aos objetivos do trabalho de investigação, recorremos ao método clínico-qualitativo, tendo a presente pesquisa, como base teórica, o referencial psicanalítico. Ainda assim, no sentido de um melhor enquadramento teórico sobre o tema, foram também integradas algumas pesquisas psicossociais relacionadas à temática em estudo.

Adicionalmente, utilizamos o método interpretativo da análise temática (Braun & Clarke, 2006) para fazer face aos resultados obtidos, objetivando a observação, análise e discussão do modo como o mito do amor materno afeta as ideias e concepções sobre a entrega de um filho para a adoção em profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) que se encontrem profissionalmente relacionados com mulheres que manifestam o desejo de entregar um filho para adoção.

Esclarecemos que, ainda, que a análise temática seja um método bastante flexível, sustenta a necessidade de uma clara delimitação do que se pretende estudar e quais objetivos se pretendem analisar (Braun & Clarke, 2006).

Assim, no presente estudo qualitativo que desenvolvemos, pretendemos ser inovadores, afastando-nos um pouco dos objetivos que sustentam a maior parte dos estudos que têm sido desenvolvidos, relacionados à temática das mulheres que entregam os seus filhos para adoção e que procuram uma caracterização desta população e/ou um entendimento acerca dos motivos que estão subjacentes a esta decisão.

Na presente pesquisa desejamos, assim, explorar as questões relacionadas ao mito do amor materno e à entrega de um filho para adoção, na perspectiva dos profissionais de enfermagem, entendendo que estes representam um papel de grande relevância no momento do nascimento de um bebê, podendo ainda ter um papel fundamental na forma como são “cuidadas e acolhidas” as mulheres que dão à luz, podendo, deste modo, ter um papel importante nas situações em que se observa o desejo de entregar um filho.

O método clínico-qualitativo que foi utilizado na presente pesquisa tem sido amplamente utilizado em Psicologia, particularmente em estudos que envolvem não só a temática que nos propomos a estudar, bem como os profissionais de saúde em questão (Leão et al., 2014; Martins et al., 2005; Menezes & Dias, 2011).

Nos estudos qualitativos em geral, e no que desenvolvemos, em particular, os sentidos e as significações dos fenômenos são o cerne para os pesquisadores qualitativistas. Procurar capturá-los, ouvindo e observando os sujeitos da pesquisa, bem como dar as interpretações, são os seus objetivos principais (Turato, 2003).

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. No estudo qualitativo o cientista é, ao mesmo tempo, o sujeito e o objeto de suas pesquisas, pressupondo-se que os resultados obtidos corresponderão a uma visão mais subjetiva e que integra o investigador com todo o seu *background* e conhecimento anterior - pessoal e profissional (Coutinho, 2008).

O desenvolvimento da pesquisa qualitativa é imprevisível. O objetivo da amostra é produzir informações aprofundadas e ilustrativas: seja ela pequena ou grande, o que importa é que ela seja capaz de produzir novas informações. A pesquisa qualitativa preocupa-se, assim, com os aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (Silveira & Gerhad, 2009).

De certa forma, podemos afirmar que a pesquisa qualitativa, em psicologia clínica, é uma pesquisa-ação, na medida em que quando construímos a ação, ela também é investigada e interpretada, sendo o próprio processo modificado: “A construção ocorre simultaneamente à produção de informações e, para tanto, necessita categorias teóricas que sejam processuais e dinâmicas” (Batista Pinto, 2004).

No método clínico-qualitativo, o pesquisador deve procurar a criação de um enquadramento de uma relação face a face, valorizando as trocas afetivas que são mobilizadas e escutando a fala do sujeito - com foco sobre tópicos ligado à saúde-doença, aos processos terapêuticos, aos serviços de saúde e/ou, principalmente, sobre como lidam com as suas vidas. Deve ainda observar a generalidade da linguagem corporal/comportamental deste. Complementando, o pesquisador clínico-qualitativo deve ter uma atitude clínica, ou seja, deve colocar-se naturalmente frente a uma pessoa “fragilizada”, de forma a partilhar com ela as suas ansiedades e angústias pessoais.

De fato, a posição do paradigma qualitativo adota uma posição relativista, em que se considera que há muitas realidades e que estas existem sob a forma de construções mentais e sociais. Nesta perspectiva mais subjetivista, valoriza-se o papel do investigador

como construtor do conhecimento, buscando-se, ainda, a substituição dos conceitos de explicação, previsão e controle, para os de compreensão, significado e ação, numa tentativa de entrar no mundo pessoal dos indivíduos (Coutinho, 2008).

Por outro lado, pensando no enquadramento epistemológico, defendemos, na presente pesquisa,tal como Santos (1987), uma posição epistemológica anti positivista, que questiona a teoria representacional da verdade e a primazia das explicações causais.

Defendemos que todo o conhecimento científico deve ser construído socialmente e que o rigor do conhecimento apresenta limites que não se podem ultrapassar. Consideramos que a objetividade deste conhecimento não se encontra associada à sua neutralidade e acreditamos que o rigor científico, fundado unicamente no rigor matemático, torna-se um rigor que quantifica e que, ao quantificar, desqualifica. Ao objetivar os fenômenos, os objetualiza e os degrada: "Uma forma de rigor que, ao afirmar a personalidade do cientista, destrói a personalidade da natureza" (Santos, 1987).

Postulamos, tal como o autor supramencionado, um novo paradigma de ciência, que apresente uma noção de subjetividade humana no pensamento científico e que tenha subjacente a ideia de que todo o conhecimento é social. Desta forma, este se encontra relacionado com o contexto social em que está inserido, observando-se a participação da linguagem da sociedade na explicação do fenômeno, pelo que o conhecimento de determinado objeto pode ser importante num determinado contexto, mas pode perder importância num outro envolvimento social. Por outro lado, acreditamos que o conhecimento que pretendemos alcançar é local, mas também total, ou seja, todo o conhecimento é importante para determinada cultura, para determinada sociedade, estando incluso no objeto particular que vamos estudando, um objeto total.

Outro aspecto relevante que pretendemos ressalvar é a noção de que todo conhecimento é autoconhecimento, aceitando e assumindo, desta forma, o caráter autobiográfico e autorreferencial da ciência, com os seus mitos e crenças.

Salientamos, ainda, a noção de que o todo conhecimento deve constituir-se como senso comum, abrindo caminho para a necessidade de diálogo entre as diferentes formas de conhecimento, num enriquecimento da nossa relação com o mundo (Santos, 1987).

Objetivamos, também, que a pesquisa em curso se enquadre numa abordagem abdutiva, em detrimento de um pensamento mais dedutivo ou indutivo. Neste tipo de

abordagem tentamos fazer uma aproximação de várias perspectivas face a um fenômeno (face aos diferentes aspectos do real), partindo da noção da incompletude do saber científico, desenvolvendo-se a produção de conhecimento num pensamento poético/imaginativo/simbólico.

Consideramos que, com este tipo de abordagem, se evitará a "coisificação" do ser humano, alcançando-se uma amplitude suficientemente ampla para acolher a natureza humana. Assim, mais do que prevalecer a objetividade ou subjetividade, pretendemos alcançar a intersubjetividade. O rigor científico passa, assim, por delimitar e respeitar a singularidade do outro e a subjetividade do pesquisador, aceitando-se e integrando-se na pesquisa que, tal como já citado, a neutralidade é algo impossível e que não se pretende atingir. Pelo contrário, o que deve ficar salvaguardado é a delimitação do lugar do sujeito que investiga, bem como a prevalência da uma postura de humildade face ao outro.

Defendemos, no presente estudo, que o conhecimento obtido deve ter subjacente uma postura dialógica. Tal como salientado por Said (1989), este conhecimento deve evitar a abstração do ser humano e da sua singularidade e, por isso, estar sempre atrelado/associado a uma ética. Por outro lado, não se pretende que o conhecimento científico seja uma doutrinação ou uma colonização do ser humano, mas um fenômeno de cultura, podendo, por isso, os modelos explicativos se apresentarem, aparentemente, como mais "precários", na medida em que se encontram em constante mutação.

Tal como já explicado, objetivamos com a pesquisa em curso, mais do que explicar teorias, compreender fenômenos, numa procura de modelos compreensivos, mais do que explicativos. Optou-se, assim, por utilizar uma metodologia que desse prevalência à alteridade do outro, numa tentativa de nos afastar do paradigma científico que opera segundo a lógica dicotômica sujeito/objeto.

Verificamos que o modo mais clássico de se fazer ciência, com a hegemonia de alguns modelos científicos que se organizam em torno de uma lógica dicotômica sujeito-objeto, se encontra associado a projetos políticos e jogos de poder que promovem o "achatamento" da condição humana (Safra, 2004).

Assim, face às novas solicitações científicas que nos fazem questionar este modo mais tradicional de chegar ao conhecimento científico - por um lado, o princípio da incerteza na ciência física (em que o mesmo fenômeno pode ser apreendido de diferentes formas) e, por outro lado, o reconhecimento de que aquele que investiga afeta a pesquisa (isto é, a

noção de que a subjetividade daquele que estuda o fenômeno afeta o próprio fenômeno), confrontamo-nos com a necessidade de promover um posicionamento dialógico na produção de conhecimento científico com um diálogo interdisciplinar entre as diferentes ciências.

Orientamos, assim, a nossa pesquisa para uma perspectiva epistemológica que nos permita o acesso à realidade de um modo complexo e profundo, e sobretudo que "posiciona dimensões ontológicas da pessoa, que nos possibilita refletir sobre a condição humana" (Fernandes & Zack, 2014, p.347).

4.2.INSTRUMENTOS

Na presente pesquisa foram utilizados, para a coleta dos dados, os seguintes instrumentos: entrevista semi-dirigida (Anexo A) e narrativas interativas (Anexos B e Anexo C).

4.2.1 A entrevista semi-dirigida

A entrevista semidirigida tem como base um roteiro norteador, que orienta e ajuda o entrevistador no decorrer da conversação entre este e o entrevistado (Glaskell, 2002). Desse roteiro fazem parte várias questões, perguntas ou tópicos que serão abordados por aquele que entrevista, ainda que seja facilitado que outros aspectos ou assuntos possam ser abordados pelo entrevistado. A entrevista semidirigida se carateriza por ser flexível, podendo ser, de alguma forma, co-construída durante o seu processo de realização, permitindo, dessa forma, que alguns aspectos relevantes possam ser aprofundados (Silva, Dessen, & Dessen, 2009).

Ainda de acordo com o apresentado por Turato (2003), a entrevista semidirigida surge como uma possibilidade de facilitar um espaço para que o entrevistado expresse os sentidos e significados por ele atribuídos à realidade que percebe. Por outro lado, a observação e registo efetuado pelo pesquisador, de elementos não ditos, pode servir para o complemento e confronto com os dados da entrevista, de forma a evidenciar aspectos psicodinâmicos que estejam presentes. Assim, a valorização da transferência,

contratransferência e a associação livre de ideias deverão ser aspectos a se ter em consideração no enquadramento da entrevista.

Na entrevista utilizada no presente estudo (ver Anexo A) foram inicialmente abordadas algumas questões sobre dados relativos à idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade e experiência profissional dos profissionais. O roteiro da entrevista contemplou, ainda, outras perguntas referentes a informações sobre a história de vida e situação familiar atual dos profissionais de saúde, perguntas associadas ao seu conceito de família e de maternidade e, por último, algumas questões que remetiam para a situação de entrega (no contexto profissional), bem como para o relacionamento entre estes profissionais e as mulheres que entregam os filhos para adoção.

No sentido de se avaliar a qualidade do roteiro da entrevista e de se analisar até que ponto as perguntas contempladas na entrevista poderiam responder aos objetivos contemplados no presente estudo, foram realizadas 3 "entrevistas piloto" a três profissionais de enfermagem, de nacionalidade brasileira (1 enfermeira e duas técnicas de enfermagem). Nestas 3 entrevistas de treino, foram reajustadas algumas das perguntas que tinham sido elaboradas inicialmente, bem como antecipados alguns desafios que poderiam ocorrer quando da realização das mesmas, especificamente quanto à postura relacional e à comunicação estabelecida com os participantes.

Ao longo da realização das entrevistas, deu-se prevalência a uma postura não diretiva, que não influenciasse o conteúdo das respostas fornecidas pelos participantes. Ainda assim, tentou-se sempre que as colocações da pesquisadora pudessem ser facilitadoras de uma análise e envolvimento nas temáticas contempladas em cada pergunta, que era formulada aos profissionais de enfermagem (brasileiros e portugueses).

No final de cada entrevista foi perguntado aos participantes se gostariam de acrescentar mais alguma informação que não tivesse sido ainda abordada e que fosse relevante para os profissionais de enfermagem.

Em seguida, foi antecipado com cada profissional o momento seguinte contemplado no procedimento da pesquisa.

4.2.2 Procedimento das Narrativas Interativas

No presente estudo foi utilizado, além da entrevista semidirigida, o Procedimento das Narrativas Interativas (ver Anexos B e C), baseado na forma como vem sendo desenvolvido por Granato, Corbett e Aiello-Vaisberg (2011).

Esclarecemos que, tal como apresentado no capítulo referente ao referencial metodológico-epistemológico, e tendo em conta a definição dos objetivos da presente pesquisa, não centramos a análise dos dados recolhidos na procura de sentido afetivos-emocionais, mas em outros aspectos que serão discutidos e aprofundados em capítulo posterior, referente à análise e discussão dos dados.

Aprofundando o procedimento das narrativas interativas, consideramos que a teoria psicanalítica tem sido uma das áreas científicas do conhecimento que mais vêm abordando a importância de reconstruir uma experiência pessoal, restabelecendo ligações de sentido entre fatos psicológicos e analisando sintomas de sofrimento psíquico (Granato et al., 2011). O psicanalista poderá, assim, ser considerado um profissional que recupera a narrativa humana como meio verdadeiro de acesso ao mundo pessoal do sujeito.

Assim, tendo como base o referencial psicanalítico, entendemos a noção de narrativa interativa, no presente estudo, como procedimento que permite ao pesquisador (tal como ao psicanalista) o acesso à experiência emocional e ao aprofundamento da comunicação desta. Complementando, consideramos que o próprio ato de narrar se constitui como um processo de elaboração do viver, através da organização e estruturação de um sentido relativamente a estas experiências, bem como acreditamos que narrar algo (associado a uma atividade humana espontânea) pode ser facilmente potencializado num ambiente acolhedor e facilitador dessa mesma narração (Granato et al., 2011).

Embasados pelos pressupostos acima expostos, podemos observar como as narrativas têm sido bastante utilizadas em diversas pesquisas, reforçando, desta forma, a sua eficácia e bons resultados, não só como método de coleta, mas também como de análise de dados, em especial no que se refere a estudos e pesquisas qualitativas (Biffi, 2014; Granato & Aiello-Vaisberg, 2013; Granato et al., 2011).

Relativamente à pesquisa em curso, a nossa proposta foi utilizar um tipo de procedimento que estivesse relacionado com a investigação psicanalítica, que pudesse

reconhecer o potencial elaborativo do narrar, bem como facilitar, ainda, um espaço de diálogo e encontro humano.

Tal como Granato, Russo e Aiello-Vaisberg (2009), consideramos que este tipo de conceito de narrativa pode ser utilizado como estratégia de abordagem de concepções sobre o cuidado materno, assim como acessar e explorar expectativas e formas de condutas em relação à maternidade (no geral) e à entrega de um filho para adoção (em particular).

Consideramos que as narrativas que utilizamos se podem considerar como interativas na medida em que, tal como o Jogo de Rabiscos de D. W. Winnicott (1964/1994), objetivam o desenvolvimento de um "campo do brincar" (Winnicott, 1971/1975), onde o rabisco do pesquisador deseja alcançar o rabisco daquele que está a ser pesquisado, numa coprodução de uma história que revela algo do participante da pesquisa.

A narrativa do pesquisador visa, assim, propiciar um espaço em que o conflito materno se expresse sem, no entanto, apresentar o desfecho da situação, permitindo que o participante organize a narrativa de forma livre e associativa, aproximando-se do final da história que considerar mais apropriado (Granato & Aiello-Vaisberg, 2013). Assim, podemos afirmar que, para compreender, imaginamos e, quando imaginamos, criamos histórias que, de certa forma, dão sentido ao que vivemos, dão enquadramento aos nossos receios e organizam as nossas ações. Por outro lado, acreditamos que, tentando compreender o sentido destas narrativas interativas poderemos encontrar ferramentas para desenvolver ações que possam vir a alterar atitudes prejudiciais face a estas mulheres- que apesar de terem um filho, optam por abdicar da maternidade e do cuidado face a este - bem como promover a que mais rapidamente, nestas situações, estas crianças possam ter projetos de vida mais sustentados e que melhor defendam os seus direitos.

Face ao exposto, foram elaboradas duas histórias fictícias relacionadas com duas mulheres que manifestavam a intenção de entregar o filho para adoção, tendo sido ambas as histórias adaptadas para uma versão brasileira e portuguesa, respectivamente (Anexos B e Anexo C).

A todos os participantes foi solicitado que dessem continuidade às duas histórias, sendo apresentada a cada um dos participantes a versão brasileira ou a portuguesa, dependendo da sua nacionalidade.

Cada uma das histórias foi organizada e elaborada pela pesquisadora, para utilização no presente estudo, tendo sido objetivado por esta que a principal diferença ocorresse ao nível das condições socioeconômicas de cada uma das mulheres.

Esta decisão foi baseada em alguns dos aspectos recolhidos na revisão bibliográfica relacionada com a temática em estudo, em que a decisão da entrega de um filho parece se encontrar, predominantemente, associada à presença de dificuldades econômicas, sociais e/ou familiares, por parte das mulheres (Fonseca, 2012; Martins et al., 2015; Menezes & Dias, 2011; Motta, 2005b).

Por outro lado, com a elaboração das duas histórias diferentes, pretendíamos ainda que a primeira história pudesse, de alguma forma, remeter para um modelo tradicional de família, modelo que a sociedade aceita sem dificuldades, em que a mulher, "boa mãe", faz o bem e só o melhor para o seu filho, e não tendo condições para assumir a criança, "abdica" altruistamente deste, de forma a permitir que, assim, ele tenha melhores chances e condições para a sua vida.

Ao longo do estudo, esta questão será amplamente discutida e refletida, no sentido em que este tipo de modelo mais tradicional de família não só parece ser mais facilmente aceito pela sociedade em geral (Ariés, 1981; Roudinesco, 2003), como também parece "acomodar" e "confortar" os profissionais de enfermagem quando se deparam com situações de mulheres que manifestam o desejo de entregar o seu filho para adoção (Barbosa, 2011; Martins et al., 2015).

Pelo contrário, na segunda história, propusemos o oposto. Numa tentativa de desconstruir a noção do mito do amor materno, colocou-se a mulher como sujeito da história (jovem universitária, com carro e boas condições socioeconômicas) numa posição de ruptura do modelo de família tradicional, bem como remetendo-a para uma mulher que pode escolher entre ser mãe ou não, independentemente da sua condição econômica e nível social.

Assim, uma das histórias - **História 1**- remetia para a situação vivencial de uma mulher de classe desfavorecida, grávida e que face às suas frágeis circunstâncias e condições de vida equacionava a entrega do bebê para ser integrado em família adotiva: "*Eram 05.00 da manhã e Ana já estava no ponto aguardando o ônibus que a levaria ao trabalho. Começou a sentir dores muito fortes e percebeu que seu bebê estava para nascer. Pensou em tomar um táxi, mas não tinha dinheiro para isso. Porém foi imediatamente socorrida pelas*

pessoas que se encontravam no ponto, que acenaram aos carros, tendo um deles se disposto a ajudá-la. Como não tinha convênio médico, pediu que a levassem ao pronto-socorro do hospital público mais próximo. Apesar da superlotação, dada a sua condição, foi imediatamente atendida. Passado pouco tempo tinha tido o bebê. Pediu às enfermeiras e ao médico para não o ver e nem saberia se era menino ou menina. Quando apareceu a psicóloga para falar com ela, disse que não queria permanecer com o bebê e desejava entregá-lo para a adoção. A psicóloga pediu para que Ana lhe comunicasse os motivos que a levaram a tomar esta decisão. Ana contou então que…" (Anexo B - História 1). E, na versão portuguesa: "*Eram 05.00 da manhã e Ana já estava na paragem, esperando o autocarro que a levaria ao trabalho. Começou a sentir dores muito fortes e percebeu que o seu bebé estava para nascer. Pensou em apanhar um táxi, mas não tinha dinheiro para isso. Porém foi imediatamente socorrida pelas pessoas que se encontravam na paragem do autocarro, que acenaram aos carros, tendo um deles disposto a ajudá-la. Como não tinha seguro de saúde pediu que a levassem ao serviço de urgência do hospital público mais próximo. Apesar da sobrelotação, dada a sua condição, foi imediatamente atendida. Passado pouco tempo tinha tido o bebé. Pediu às enfermeiras e ao médico para não o ver e nem sabia se era menino ou menina. Quando apareceu a psicóloga para falar com ela disse que não queria permanecer com o bebé e desejava entregá-lo para a adoção. A Psicóloga pediu para que Ana lhe comunicasse os motivos que a levaram a tomar esta decisão. Ana contou então que…*" (Anexo C – História 1).

A outra história - **História 2** – se referia a história de uma mulher de classe média-alta, que frequentava curso superior, grávida e que manifestava o desejo de entregar o seu filho para adoção: "*Maria começou a sentir dores muito fortes e percebeu que seu bebê estava para nascer. Encontrava-se na Universidade. Dirigiu-se rapidamente ao estacionamento a fim de pegar seu carro, mas mudou de ideia pensando ser mais prudente pegar um táxi do que ir dirigindo. Chegando ao hospital do seu convênio disse como se sentia e foi prontamente atendida. Passado pouco tempo tinha tido o bebê. Pediu às enfermeiras e ao médico para não o ver e nem sabia se era menino ou menina. Quando apareceu a psicóloga para falar com ela, disse que não queria permanecer com o bebé e desejava entregá-lo para a adoção. A Psicóloga pediu para que Maria lhe comunicasse os motivos que a levaram a tomar esta decisão. Maria contou então que...*" (Anexo B - História 2). E, na adaptação portuguesa: "*Maria começou a sentir dores muito fortes e percebeu que seu bebé*

estava para nascer. Encontrava-se na Universidade. Dirigiu-se rapidamente ao estacionamento a fim entrar no seu carro, mas mudou de ideia pensando ser mais prudente apanhar um táxi do que ir a conduzir. Ao chegar ao hospital privado, comparticipado pelo seu seguro de saúde, disse como se sentia e foi prontamente atendida. Passado pouco tempo tinha tido o bebé. Pediu às enfermeiras e ao médico para não o ver e nem sabia se era menino ou menina. Quando apareceu a psicóloga para falar com ela disse que não queria permanecer com o bebé e desejava entregá-lo para a adoção. A Psicóloga pediu para que Maria lhe comunicasse os motivos que a levaram a tomar esta decisão. Maria contou então que…" (Anexo C – História2).

No final, era pedido que os profissionais falassem um pouco e comentassem as histórias que tinham escrito. Nestes comentários, pretendíamos, mais uma vez, ter acesso a dados e informações que nos permitissem investigar as concepções dos profissionais de enfermagem acerca do mito do amor materno e da idealização da maternidade, bem como avaliar a existência (ou não) de diferenças ou semelhanças no entendimento dos profissionais brasileiros e portugueses em relação aos temas abordados na pesquisa.

Acrescentamos, ainda, que a escolha de ambos os instrumentos (entrevista semi-dirigida e procedimento das narrativas interativas) teve como pressuposto a obtenção de dados que não se restringissem somente a conteúdos manifestos e verbais. Desta forma, objetivou-se investigar de que modo o mito do amor materno pode influenciar as ideias e concepções presentes em relação à entrega de um filho para adoção, não só por meio do discurso obtido no decorrer das entrevistas, mas também no acesso a aspectos mais inconscientes dos profissionais que participaram da pesquisa.

4.3 PARTICIPANTES

Nos quadros seguintes: Quadro 1 – Enfermeiros Brasileiros (E_B), Quadro 2 – Técnicos de Enfermagem Brasileiros (TE_B) e Quadro 3 – Enfermeiros Portugueses (E_P), apresentamos os dados relativos aos participantes no presente estudo, especificamente no que se refere aos seus dados sociodemográficos, situação familiar e experiência profissional.

No total, foram submetidos a este estudo 67 profissionais de enfermagem (brasileiros e portugueses) que atuavam junto a mulheres que manifestaram o desejo de

entregar os seus filhos para adoção. Foram objeto de análise 28 enfermeiros de nacionalidade brasileira – E_B (Quadro 1) e 25 técnicos de enfermagem brasileiros - TE_B (Quadro2), bem como 14 enfermeiros de nacionalidade portuguesa - E_P (Quadro 3).

Todos estes profissionais de enfermagem (brasileiros e portugueses) trabalhavam em maternidades pertencentes a hospitais públicos (ainda que pudessem acumular experiência profissional em outros contextos de saúde pertencentes a instituição privada/particular). Por outro lado, alguns profissionais (brasileiros e portugueses) exerciam atividade profissional em mais de um hospital público.

Os hospitais públicos onde os profissionais de enfermagem trabalhavam (brasileiros e portugueses) encontravam-se localizados em grandes centros urbanos, mais especificamente em duas das maiores cidades do Brasil e de Portugal - São Paulo e Lisboa, respectivamente.

No presente estudo, foi também levado em consideração o tempo de experiência profissional de cada indíviduo, como profissional de enfermagem. Entendeu-se, tendo em conta os objetivos da pesquisa, que um profissional que se encontrasse em atividade profissional a menos de 6 meses não seria incluído no estudo, considerando-se que uma pessoa precisa de algum tempo para se integrar na sua função/ambiente de trabalho. Pressupôs-se que as verbalizações, concepções e entendimento sobre a temática abordada na pesquisa, das pessoas que exerciam funções como profissional de enfermagem (quer trabalhando como enfermeiros, quer como técnicos de enfermagem) à menos de 6 meses, podiam estar sujeitas a variáveis de adaptação/integração face ao contexto laboral, situação que possivelmente, teria como consequência, um enviesamento nos resultados obtidos.

Esclarecemos ainda que, na seleção dos participantes, não houve qualquer discriminação com relação à idade, sexo, estado civil, etnia, religiosidade ou nível econômico.

Acrescentamos também que, em Portugal, tal como já foi dito em capítulo anterior, ao contrário do que se verifica na realidade brasileira, já não existe a categoria profissional de técnico de enfermagem, só podendo exercer atividade profissional, nesta área da saúde, pessoas que tenham completado uma licenciatura, pelo que, no que se refere à realidade portuguesa, só foram recolhidos dados referentes à enfermeiro(a)s.

Tendo em conta esta especificidade, optou-se por analisar, comparativamente, os enfermeiros brasileiros e portugueses. Adicionalmente, numa tentativa de melhor

aprofundar e estudar o tema em questão discutiu-se, também, alguns dados referentes aos enfermeiros e técnicos de enfermagem brasileiros.

Assim, para um melhor enquadramento dos participantes, no presente estudo, identificamos como critérios de inclusão e exclusão:

- Critério de inclusão: Profissionais de enfermagem (enfermeiros ou técnicos de enfermagem); que trabalhem num serviço público; há mais de 6 meses e estabeleçam contato ou qualquer tipo de relacionamento profissional com mulheres que manifestaram o desejo de entregar os seus filhos para adoção;

- Critério de exclusão: Profissionais que não sejam enfermeiros ou técnicos de enfermagem; que não que não trabalhem num serviço público; tenham iniciado funções há menos de 6 meses e não estabeleçam contato ou qualquer tipo de relacionamento profissional com mulheres que apresentaram intenção de entregar os seus filhos para aadoção.

Relativamente ao tamanho da amostra, este foi definido por saturação teórica, uma vez que a definição de um número específico de profissionais, numericamente representativo, é impertinente para os objetivos almejados na pesquisa qualitativa (Turato, 2003).

Simultaneamente, recorrreu-se a uma amostragem teórica, numa procura de dados pertinentes e relevantes que possibilitassem a elaboração e definição de diferentes categorias (Charmaz, 2006).

Quadro 1 – Dados sociodemográficos, situação familiar e experiência profissional dos Enfermeiros Brasileiros (E_B) (continua)

BRASIL

	IDADE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	NÍVEL ESCOLARIDADE	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
PARTICIPANTE 1 (E_B1)	47	Feminino	São Paulo	Divorciada (Tem 1 filho)	Superior (Licenciatura e Especialização em Saúde Pública)	Trabalha há 20 anos (hospital público e privado, nas áreas de UTI Geral e Pronto-Socorro)
PARTICIPANTE 2 (E_B2)	33	Feminino	São Paulo	Solteira (Não tem filhos)	Superior (Licenciatura e Especialização em Enfermagem Obstétrica e Pré-Natal)	Trabalha há 10 anos (hospital público e privado, nas áreas do Banco de sangue e Centro de Parto Natural)
PARTICIPANTE 3 (E_B3)	66	Feminino	São Paulo	Divorciada (Tem 3 filhos)	Superior (Licenciatura e Especialização em Obstetrícia)	Trabalha há 41 anos (hospital público, nas áreas de Obstetrícia e Centro de Parto Natural)

Quadro 1 – Dados sociodemográficos, situação familiar e experiência profissional dos Enfermeiros Brasileiros (EB) (continuação)

BRASIL

	IDADE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	NÍVEL ESCOLARIDADE	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
PARTICIPANTE 4 (EB4)	25	Feminino	São Paulo	Solteira (Não tem filhos)	Superior (Licenciatura e Especialização em UTI Adultos e UTI Neonatal)	Trabalha há 3 anos (hospital público, nas áreas de UTI Adultos e UTI Neonatal)
PARTICIPANTE 5 (EB5)	43	Feminino	São Paulo	Casada (Não tem filhos)	Superior (Licenciatura e Especialização em Obstetrícia e Suporte de Vida Avançado)	Trabalha há 24 anos (hospital público e privado, nas áreas de Obstetrícia, Centro de Parto Natural e Pediatria)
PARTICIPANTE 6 (EB6)	45	Feminino	São Paulo	Casada (Tem 2 filhos)	Superior (Licenciatura e Especialização em Saúde Pública e Obstetrícia)	Trabalha há 20 anos (hospital público e privado, nas áreas de Obstetrícia e Centro Cirúrgico)

Quadro 1 – Dados sociodemográficos, situação familiar e experiência profissional dos Enfermeiros Brasileiros (E_B) (continuação)

BRASIL

	IDADE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	NÍVEL ESCOLARIDADE	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
PARTICIPANTE 7 (E_B7)	58	Feminino	São Paulo	Divorciada (Tem 4 filhos - 2 biológicos e 2 filhos adotivos)	Superior (Licenciatura e Especialização em Obstetrícia)	Trabalha há 15 (hospital público, nas áreas de UTI Adulto e Obstetrícia)
PARTICIPANTE 8 (E_B8)	37	Feminino	São Paulo	União de Fato (Tem 1 filho)	Superior (Licenciatura e Especialização em Emergência e Docência)	Trabalha há 8 anos (hospital público, nas áreas de UTI Adulto, Clínica e Centro Cirúrgico)
PARTICIPANTE 9 (E_B9)	25	Masculino	São Paulo	União de fato (Não tem filhos)	Superior (Licenciatura e Especialização em UTI Adultos)	Trabalha há 3 anos (hospital público, nas áreas de UTI Adulto, Pediatria e UTI Neonatologia)

Quadro 1 – Dados sociodemográficos, situação familiar e experiência profissional dos Enfermeiros Brasileiros (E_B) (continuação)

BRASIL

	IDADE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	NÍVEL ESCOLARIDADE	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
PARTICIPANTE 10 (E_B10)	44	Feminino	Bahia	Casada (Tem 1 filho)	Superior (Licenciatura e Especialização em Obstetrícia)	Trabalha há 10 anos (hospital público, nas áreas de Pronto-Socorro e Obstetrícia)
PARTICIPANTE 11 (E_B11)	33	Masculino	Rio de Janeiro	Solteiro (Não tem filhos)	Superior (Licenciatura e Especialização em Enfermagem do Trabalho e Docência no Ensino Superior)	Trabalha há 5 anos (hospital público e privado, nas áreas de Home Care e Obstetrícia)
PARTICIPANTE 12 (E_B12)	51	Feminino	Paraíba	Separada (Tem 1 filho)	Superior (Licenciatura e Especialização em Obstetrícia)	Trabalha há 20 anos (hospital público e privado, nas áreas de Obstetrícia e Centrode Parto Natural)

Quadro 1 – Dados sociodemográficos, situação familiar e experiência profissional dos Enfermeiros Brasileiros (E_B) (continuação)

BRASIL

	IDADE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	NÍVEL ESCOLARIDADE	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
PARTICIPANTE 13 (E_B13)	45	Feminino	São Paulo	Casada (Tem 1 filho – adotou 1 criança)	Superior (Licenciatura e Mestrado em Saúde Reprodutiva)	Trabalha há 23 anos (hospital público e privado, nas áreas de Obstetrícia, Pediatria e Saúde Reprodutiva)
PARTICIPANTE 14 (E_B14)	30	Feminino	São Paulo	Casada (Não tem filhos)	Superior (Licenciatura e Especialização em UTI Adulto)	Trabalha há 7 anos (hospital público, nas áreas de UTI Adultos, UTI Pediátrica, UTI Neonatologia e Pronto-Socorro Adulto)
PARTICIPANTE 15 (E_B15)	33	Feminino	São Paulo	Casada (Não tem filhos, mas está grávida)	Superior (Licenciatura e Especialização em Neonatologia)	Trabalha há 12 anos (hospital público, nas áreas UTI Adulto e Neonatologia)

Quadro 1 – Dados sociodemográficos, situação familiar e experiência profissional dos Enfermeiros Brasileiros (EB) (continuação)

BRASIL

	IDADE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	NÍVEL ESCOLARIDADE	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
PARTICIPANTE 16 (EB16) (Tem 1 irmão que foi adotado)	35	Feminino	São Paulo	Divorciada (Tem 2 filhas)	Superior (Licenciatura e Especialização em Cuidados Paliativos e Obstetrícia)	Trabalha há 16 anos (hospital público, nas áreas de Neurologia, Pronto-Socorro Adulto, Cuidados Paliativos, Centro Cirúrgico, Obstetrícia)
PARTICIPANTE 17 (EB17)	36	Feminino	São Paulo	Divorciada (Tem 1 filho)	Superior (Licenciatura e Especialização em Pronto-Socorro)	Trabalha há 8 anos (hospital público, nas áreas de Clínica Médica, Pronto-Socorro de Adultos e Obstetrícia)
PARTICIPANTE 18 (EB18)	37	Feminino	São Paulo	Casada (Tem 1 filho)	Superior (Licenciatura)	Trabalha há 4 anos (hospital pública, nas áreas de Obstetrícia)

Quadro 1 – Dados sociodemográficos, situação familiar e experiência profissional dos Enfermeiros Brasileiros (E_B) (continuação)

BRASIL

	IDADE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	NÍVEL ESCOLARIDADE	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
PARTICIPANTE 19 (E_B19)	31	Masculino	São Paulo	Solteiro (Não tem filhos)	Superior (Licenciatura)	Trabalha há 9 anos (hospital público, nas áreas de UTI Adulto, Clínica Médica, Centro Cirúrgico, UTI Neonatologia)
PARTICIPANTE 20 (E_B20)	34	Feminino	Minas Gerais	Casada (Tem 2 filhos)	Superior (Licenciatura e Especialização em Obstetrícia e Neonatologia)	Trabalha há 7 anos (hospital público, nas áreas de UTI Neonatologia, Obstetrícia)
PARTICIPANTE 21 (E_B21)	59	Feminino	Bahia	Casada (Tem 3 filhos)	Superior (Licenciatura e Especialização em Neonatologia, Docência, Medicinas Alternativas, Pronto-Socorro e UTI Adulto)	Trabalha há 12 anos (hospital público, nas áreas de Pediatria, Neonatologia, UTI Adulto e Docência)

Quadro 1 – Dados sociodemográficos, situação familiar e experiência profissional dos Enfermeiros Brasileiros (E_B) (continuação)

BRASIL

	IDADE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	NÍVEL ESCOLARIDADE	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
PARTICIPANTE 22 (E_B22)	46	Feminino	São Paulo	Casada (Não tem filhos)	Superior (Licenciatura e Especialização em Emergência Pediátrica e Obstetrícia)	Trabalha há 12 anos (hospital público, nas áreas de UTI Adultos e Centro Cirúrgico)
PARTICIPANTE 23 (E_B23)	55	Feminino	São Paulo	Divorciada (Tem 3 filhos)	Superior (Licenciatura e Especialidade em Obstetrícia)	Trabalha há 31 anos (hospital público, nas áreas de Obstetrícia e Docência)
PARTICIPANTE 24 (E_B24)	28	Feminino	São Paulo	Casada (Tem 1 filho e está grávida)	Superior (Licenciatura e Especialização em Obstetrícia)	Trabalha há 5 anos (hospital público, sempre na área de Obstetrícia)
PARTICIPANTE 25 (E_B25)	37	Feminino	São Paulo	União de Fato (Tem 1 filho)	Superior (Licenciatura)	Trabalha há 5 anos (hospital público, nas áreas de Pronto-Socorro Adulto e Infantil e UTI Neonatologia)

Quadro 1 – Dados sociodemográficos, situação familiar e experiência profissional dos Enfermeiros Brasileiros (E_B) (conclusão)

BRASIL

	IDADE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	NÍVEL ESCOLARIDADE	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
PARTICIPANTE 26 (E_B26)	53	Feminino	Fortaleza	Divorciada (Tem 2 filhos)	Superior (Licenciatura e Especialização em UTI Neonatologia)	Trabalha há 20 anos (hospital público, nas áreas de UTI Neonatologia, Pronto-Socorro Adulto e Pediatria, Pediatria, UTI Adulto, Centro Cirúrgico, Obstetrícia)
PARTICIPANTE 27 (E_B27)	57	Feminino	Bahia	Divorciada (Tem 3 filhos)	Superior (Licenciatura e Especialização em Obstetrícia)	Trabalha há 33 anos (hospital público e privado, nas áreas de Obstetrícia e Centro de Parto Natural)
PARTICIPANTE 28 (E_B28)	47	Feminino	Ceará	Casada (Não tem filhos)	Superior (Licenciatura e Especialização em Neonatologia)	Trabalha há 15 anos (hospital público nas áreas de Obstetrícia e UTI Neonatologia)

Quadro 2 – Dados sociodemográficos, situação familiar e experiência profissional dos Técnicos de Enfermagem Brasileiros (TE_B) (continua)

BRASIL

	IDADE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	NÍVEL ESCOLARIDADE	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
PARTICIPANTE 1 (TE_B1)	47	Feminino	São Paulo	Casada (Tem 2 filhos, 1 filho faleceu menor de idade)	Superior incompleto	Trabalha há 12 anos (hospital público e privado, nas áreas de Obstetrícia e Pronto-Socorro Adulto e Centro de Parto Natural)
PARTICIPANTE 2 (TE_B2)	52	Feminino	São Paulo	Divorciada (Tem 3 filhos)	Curso Técnico	Trabalha há 16 anos (hospital público, nas áreas de Vacina, Obstetrícia, Pronto-Socorro Infantil e Centro de Parto Natural)
PARTICIPANTE 3 (TE_B3)	46	Feminino	São Paulo	União de fato (Não tem filhos)	Curso Técnico	Trabalha há 11 anos (hospital público, nas áreas de Obstetrícia e Centro de Parto Natural)

Quadro 2 – Dados sociodemográficos, situação familiar e experiência profissional dos Técnicos de Enfermagem Brasileiros (TE_B) (continuação)

BRASIL

	IDADE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	NÍVEL ESCOLARIDADE	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
PARTICIPANTE 4 (TE_B4)	49	Feminino	São Paulo	Casada (Tem 1 filho)	Curso Técnico	Trabalha há 16 anos (hospital público e privado, nas áreas de Obstetrícia, Centro de Parto Natural, Clínica Médica)
PARTICIPANTE 5 (TE_B5)	51	Feminino	São Paulo	Solteira (Não tem filhos)	Curso Técnico	Trabalha há 32 anos (hospital público, nas áreas de Obstetrícia, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica)
PARTICIPANTE 6 (TE_B6)	48	Feminino	São Paulo	Casada (Tem 3 filhos)	Curso Técnico	Trabalha há 20 anos (hospital público e privado, nas áreas de Home Care - idosos e Obstetrícia)

Quadro 2 – Dados sociodemográficos, situação familiar e experiência profissional dos Técnicos de Enfermagem Brasileiros (TE_B) (continuação)

BRASIL

	IDADE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	NÍVEL ESCOLARIDADE	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
PARTICIPANTE 7 (TE_B7)	39	Feminino	São Paulo	Divorciada (Tem 1 filho)	Curso técnico	Trabalha há 17 anos (hospital público, nas áreas de Obstetrícia e de Pronto-Socorro Adultos)
PARTICIPANTE 8 (TE_B8)	38	Feminino	São Paulo	Divorciada (Tem 1 filho)	Curso Técnico	Trabalha há 13 anos (hospital público, nas áreas de Obstetrícia e Centro de Parto Natural)
PARTICIPANTE 9 (TE_B9)	50	Feminino	Paraíba	Casada (Tem 2 filhos)	Curso Técnico	Trabalha há 23 anos (hospital público nas áreas de Pronto-Socorro Infantil, Obstetrícia e Centro de Parto Natural)

Quadro 2 – Dados sociodemográficos, situação familiar e experiência profissional dos Técnicos de Enfermagem Brasileiros (TE_B) (continuação)

BRASIL

	IDADE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	NÍVEL ESCOLARIDADE	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
PARTICIPANTE 10 (TE_B10)	52	Feminino	São Paulo	Casada (Tem 2 filhos)	Curso Técnico	Trabalha há 6 meses (hospital público, na área de Centro de Parto Natural)
PARTICIPANTE 11 (TE_B11)	52	Feminino	Bahia	Viúva (tem 2 filhos)	Curso Técnico (Superior incompleto)	Trabalha há 8 anos (hospital público, nas áreas de Obstetrícia e Material Esterilizado)
PARTICIPANTE 12 (TE_B12)	40	Feminino	Maranhão	Casada (Não tem filhos)	Curso Técnico	Trabalha há 17 anos (hospital público, nas áreas de Neonatologia e Banco de Leite)
PARTICIPANTE 13 (TE_B13)	53	Feminino	São Paulo	Divorciada (Não tem filhos)	Curso Técnico	Trabalha há 16 anos (hospital público, nas áreas de UTI Neonatal e Banco de Leite)

Quadro 2 – Dados sociodemográficos, situação familiar e experiência profissional dos Técnicos de Enfermagem Brasileiros (TE_B) (continuação)

BRASIL

	IDADE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	NÍVEL ESCOLARIDADE	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
PARTICIPANTE 14 (TE_B14)	60	Feminino	São Paulo	Casada (Tem 2 filhos)	Curso Técnico	Trabalha há 20 anos (hospital publico nas áreas de Banco de Leite e UTI Adultos)
PARTICIPANTE 15 (TE_B15)	48	Feminino	São Paulo	Divorciada (Tem 2 filhos)	Curso Técnico	Trabalha há 23 anos (hospital público, nas áreas de Banco de Leite e UTI Adulto)
PARTICIPANTE 16 (TE_B16)	39	Feminino	São Paulo	Casada (Tem 1 filho)	Curso Técnico	Trabalha há 10 anos (hospital público e privado, sempre na área de Obstetrícia)

Quadro 2 – Dados sociodemográficos, situação familiar e experiência profissional dos Técnicos de Enfermagem Brasileiros (TE_B) (continuação)

BRASIL

	IDADE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	NÍVEL ESCOLARIDADE	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
PARTICIPANTE 17 (TE_B17)	43	Feminino	São Paulo	Casada (Tem 2 filhos)	Curso Técnico	Trabalha há 12 anos (hospital público, nas áreas de Obstetrícia e Centro de Parto Natural)
PARTICIPANTE 18 (TE_B18)	57	Feminino	Rio de Janeiro	Casada (Não tem filhos)	Curso Técnico	Trabalha há 18 anos (hospital publico, nas áreas de Pronto-Socorro Adulto, Centro Cirúrgico)
PARTICIPANTE 19 (TE_B19)	68	Feminino	São Paulo	Solteira (Não tem filhos)	Curso Técnico	Trabalha há 21 anos (hospital público, nas áreas de Obstetrícia e Centro Cirúrgico)
PARTICIPANTE 20 (TE_B20)	53	Feminino	São Paulo	Solteira (Tem 1 filho)	Curso Técnico	Trabalha há 11 anos (hospital público nas áreas de Banco de Leite, Centro Cirúrgico e Obstetrícia)

Quadro 2 – Dados sociodemográficos, situação familiar e experiência profissional dos Técnicos de Enfermagem Brasileiros (TE_B) (continuação)

BRASIL

	IDADE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	NÍVEL ESCOLARIDADE	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
PARTICIPANTE 21 (TE_B21)	53	Feminino	São Paulo	Viúva (Tem 2 filhos)	Curso Técnico	Trabalha há 23 anos (hospital público, nas áreas de Centro Cirúrgico e Obstetrícia)
PARTICIPANTE 22 (TE_B22)	47	Feminino	São Paulo	Casada (Tem 1 filho)	Curso Técnico	Trabalha há 12 anos (hospital público, sempre na área de Obstetrícia e Centro de Parto Natural)
PARTICIPANTE 23 (TE_B23)	44	Feminino	Minas Gerais	Divorciada (Tem 1 filho)	Curso Técnico	Trabalha há 16 anos (hospital público e privado, nas áreas de pronto-Socorro Adulto e Gestante, Vacinas, Ginecologia e Centro de Parto Natural)

Quadro 2 – Dados sociodemográficos, situação familiar e experiência profissional dos Técnicos de Enfermagem Brasileiros (TE_B) (conclusão)

BRASIL

	IDADE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	NÍVEL ESCOLARIDADE	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
PARTICIPANTE 24 (TE_B24)	54	Feminino	Bahia	Casada (Tem 2 filhos)	Curso Técnico	Trabalha há 19 anos (hospital público, nas áreas de Obstetrícia e Centrode Parto Natural)
PARTICIPANTE 25 (TE_B25)	45	Feminino	Bahia	Separada (Tem 1 filha)	Curso Técnico	Trabalha há 10 anos (hospital público, nas áreas de Obstetrícia e Centro de Parto Natural)

Quadro 3 – Dados sociodemográficos, situação familiar e atividade profissional dos Enfermeiros Portugueses (EP) (continua)

PORTUGAL

	IDADE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	NÍVEL ESCOLARIDADE	EXPERÊNCIA PROFISSIONAL
PARTICIPANTE 1 (EP1)	28	Feminino	Lisboa	União de Fato (Não tem filhos)	Superior (Licenciatura e Mestrado com especialização em Obstetrícia e Saúde Materna	Trabalha há 5 anos (hospital público e hospital privado, nas áreas de Pediatria e Bloco de Partos)
PARTICIPANTE 2 (EP2)	29	Feminino	Covilhã	Solteira (Não tem filhos)	Superior (Licenciatura e Mestrado com especialização em Obstetrícia e Saúde Materna)	Trabalha há 7 anos (hospital público e privado, nas áreas de Obstetrícia e Bloco de Partos)
PARTICIPANTE 3 (EP3)	35	Feminino	Lisboa	Casada (Tem 1 filho)	Superior (Licenciatura e Mestrado com especialização em Obstetrícia e Saúde Materna)	Trabalha há 12 anos (hospital público e privado, nas áreas da Neonatologia, Obstetrícia e Bloco de Partos)

Quadro 3 – Dados sociodemográficos, situação familiar e atividade profissional dos Enfermeiros Portugueses (EP) (continuação)

PORTUGAL

	IDADE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	NÍVEL ESCOLARIDADE	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
PARTICIPANTE 4 (EP4)	52	Feminino	Lisboa	Casada (Tem 2 filhos)	Superior (Licenciatura e Mestrado com especialização em Obstetrícia e Saúde Materna)	Trabalha há 30 anos (hospital público e privado, nas áreas de Urgência Geral, Cuidados Intensivos, Obstetrícia, Genecologia e Bloco de Partos)
PARTICIPANTE 5 (EP5)	32	Feminino	Lisboa	Casada (Tem 2 filhos gêmeos)	Superior (Licenciatura e Mestrado com especialização em Obstetrícia e Saúde Materna)	Trabalha há 9 anos (hospital público e privado, nas áreas de Obstetrícia e Bloco de Partos)
PARTICIPANTE 6 (EP6)	59	Feminino	Portalegre	Casada (Tem 2 filhos)	Superior (Licenciatura e Especialização em Obstetrícia e Saúde Materna)	Trabalha há 36 anos (hospital público e privado, nas áreas da Obstetrícia e Bloco de Partos)

Quadro 3 – Dados sociodemográficos, situação familiar e atividade profissional dos Enfermeiros Portugueses (E_P) (continuação)

PORTUGAL

	IDADE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	NÍVEL ESCOLARIDADE	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
PARTICIPANTE 7 (E_P7)	37	Feminino	Porto	Divorciada (Tem 2 filhos)	Superior (Licenciatura e Especialização em Obstetrícia e Saúde Materna)	Trabalha há 15 anos (hospital público e privado, nas áreas de Obstetrícia, Bloco de Partos e Neonatologia)
PARTICIPANTE 8 (E_P8)	32	Masculino	Rezende	Solteiro (Não tem filhos)	Superior (Licenciatura e Especialização em Obstetrícia e Saúde Materna)	Trabalha há 10 anos (hospital público e privado, nas áreas de Obstetrícia e Bloco de Partos)
PARTICIPANTE 9 (E_P9)	24	Feminino	Lisboa	Solteiro (Não tem filhos)	Superior (Licenciatura em Enfermagem)	Trabalha há 4 anos (hospital público e privado, nas áreas de Obstetrícia, Bloco de Partos e Urgência Pediátrica)
PARTICIPANTE 10 (E_P10)	38	Feminino	Lisboa	Divorciada (Tem 1 filho)	Superior (Licenciatura e Especialização em Obstetrícia e Saúde Materna)	Trabalha há 14 anos (hospital público e privado, na área da Obstetrícia e Bloco de Partos)

Quadro 3 – Dados sociodemográficos, situação familiar e atividade profissional dos Enfermeiros Portugueses (EP) (continuação)

PORTUGAL

	IDADE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	NÍVEL ESCOLARIDADE	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
PARTICIPANTE 11 (EP11)	63	Feminino	Abrantes	Casada (Tem 2 filhos)	Superior (Licenciatura e Especialização em Obstetrícia e Saúde Materna)	Trabalha há 26 anos (hospital público e privado, nas áreas da Saúde Pública, Obstetrícia e Bloco de Partos)
PARTICIPANTE 12 (EP12)	36	Feminino	Lisboa	Casada (Tem 1 filho)	Superior (Licenciatura e Mestrado, com especialização em Obstetrícia e Saúde Materna)	Trabalha há 24 anos (hospital público e privado, nas áreas de Urgência Geral, Neonatologia, Obstetrícia e Bloco de Partos)
PARTICIPANTE 13 (EP13)	61	Feminino	Odemira	Casada (Tem 1 filho)	Superior (Licenciatura e Especialização em Obstetrícia e Saúde Materna)	Trabalha há 36 anos, nas áreas de Obstetrícia e Bloco de Partos)

Quadro 3 – Dados sociodemográficos, situação familiar e atividade profissional dos Enfermeiros Portugueses (E_P) (conclusão)

PORTUGAL

	IDADE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL	NÍVEL ESCOLARIDADE	EXPERIENCIA PROFISSIONAL
PARTICIPANTE 14 (E_P14)	31	Feminino	Lisboa	Casada (Não tem filhos)	Superior (Licenciatura e Mestrado, com especialização em Obstetrícia e Saúde Materna)	Trabalha há 8 anos (hospital público e privado, nas áreas de Obstetrícia e Bloco de Partos)

4.3.1. Profissionais de Enfermagem Brasileiros (EB e TEB)

No caso dos profissionais de nacionalidade brasileira (ver Quadros 1 e 2), os profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) exerciam atividade profissional em duas maternidades públicas situadas na região metropolitana de São Paulo.

Inicialmente, foi feito um contato prévio com os profissionais de saúde (enfermeira supervisora, psicólogas e assistentes sociais) que trabalhavam nas maternidades públicas acima citadas, no sentido de esclarecer os objetivos da pesquisa e de explicitar os critérios de inclusão dos participantes, de forma a prosseguir com a coleta dos dados.

Posteriormente, com a colaboração destes mesmos profissionais de saúde, houve um contato direto presencial da pesquisadora com os profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) que apresentavam os critérios necessários para participar na pesquisa e que mostraram disponibilidade em participar da mesma, no sentido de agilizar as entrevistas e se organizar o dia, horário e local onde estas poderiam ser realizadas.

Enfermeiros Brasileiros (E_B)

Tal como é possível observar no Quadro 1, foram entrevistados 28 enfermeiros brasileiros. Deste total, 26 eram do sexo feminino e os restantes (2) do sexo masculino, tendo idades compreendidas entre 25 e 66 anos.

A maior parte dos enfermeiros nasceu no estado de São Paulo (19 profissionais) e o restante em outros estados do Brasil, a saber, Bahia (3), Rio de Janeiro (1), Paraíba (1), Minas Gerais (1), Fortaleza (1) e Ceará (1).

No que se refere ao estado civil dos profissionais, 15 eram casados ou viviam em união de fato, 4 eram solteiros e 9 se encontravam divorciados/separados.

Em relação ao nível de escolaridade, tal como esperado, todos os enfermeiros tinham formação superior, com graduação em enfermagem e uma (1) das profissionais, além da graduação, tinha também mestrado em Saúde Reprodutiva. Salientamos que a grande maioria dos enfermeiros brasileiros (24) apresentava, na sua

formação acadêmica, além da graduação, cursos de especialização em diversas áreas da enfermagem (Obstetrícia, Pré-Natal, Neonatalogia, UTI Adultos, UTI Criança, Saúde Pública, Pronto-Socorro, Docência, Cuidados Paliativos e Medicinas Alternativas). Vários profissionais tinham mais do que um curso de especialização, relacionados a várias áreas da enfermagem.

No que se refere à experiência e tempo de atividade profissional, a experiência dos enfermeiros brasileiros era bastante heterogênea. Observando o Quadro 1, verificamos que todos eles já tinham exercido atividade profissional em várias áreas da enfermagem (dentro do contexto hospitalar ou outros contextos de saúde) e que o tempo de atividade profissional de cada um dos enfermeiros brasileiros variava entre 3 e 41 anos.

Do total dos 28 enfermeiros, 8 exerciam, à data das entrevistas, atividade profissional simultânea em hospital público e privado.

Técnicos de Enfermagem Brasileiros (TE_B)

De acordo com o apresentado no Quadro 2, realizaram-se 25 entrevistas com técnicos de enfermagem brasileiros. Todos os técnicos de enfermagem eram do sexo feminino e tinham idades compreendidas entre 28 e 68 anos.

A maioria dos profissionais nasceu no estado de São Paulo (18 pessoas) e as restantes em outros estados do Brasil - Bahia (3), Rio de Janeiro (1), Paraíba (1), Minas Gerais (1) e Maranhão (1).

Com relação ao estado civil das profissionais, 13 eram casadas ou viviam em união de fato, 3 eram solteiras, 7 encontravam-se divorciadas/separadas e 2 eram viúvas.

Com relação ao nível de escolaridade, todas as técnicas de enfermagem tinham concluído o ensino médio. Uma (1) das profissionais frequentava curso superior na área de enfermagem, não tendo ainda terminado essa formação.

No que se refere à experiência e tempo de atividade profissional, a resposta era também bastante heterogênea. Observando o Quadro 2 verificamos que, tal como constatado entre os enfermeiros brasileiros, praticamente todas as técnicas de enfermagem tinham exercido atividade profissional em várias áreas da enfermagem

(em contexto hospitalar ou outro contexto de saúde), ainda que, majoritariamente, essa experiência profissional fosse relacionada com a área de Obstetrícia e Centro Natural de Partos. Em relação ao tempo de atividade profissional, este variava entre 6 meses e 32 anos.

Tal como já observado em relação aos enfermeiros brasileiros, a maioria das técnicas de enfermagem que participaram da pesquisa trabalhavam unicamente em contexto de hospital público no momento da coleta de dados, sendo somente 5, o número de profissionais que exerciam atividade profissional, simultaneamente, em contexto de saúde público e privado.

4.3.2 Profissionais de Enfermagem Portugueses (EP)

No caso de Portugal, os profissionais de enfermagem (somente enfermeiros) exerciam atividade profissional em cinco (5) hospitais públicos,situados na cidade de Lisboa ou seus arredores.

Ao contrário do que ocorreu no contexto brasileiro, os participantes portugueses foram contatados através das redes sociais da pesquisadora. Os enfermeiros que apresentavam os critérios necessários para serem incluídos no estudo e que mostraram disponibilidade em participar dele, foram abordados diretamente (por contato presencial ou telefone), de forma a ser agilizado o local, dia e horário das entrevistas.

Observando o Quadro 3, pudemos verificar que, na totalidade, foram entrevistados 14 enfermeiros portugueses. Do total, 13 eram do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com idades compreendidas entre 24 e 63 anos.

A maior parte dos enfermeiros portugueses tinham nascido em Lisboa (8) e os restantes em outras cidades de Portugal, sendo essas, Covilhã (1), Portalegre (1), Porto (1), Rezende (1), Abrantes (1) e Odemira (1).

Com relação ao estado civil dos profissionais, 9 eram casados ou viviam em união de fato, 3 eram solteiros e 2 encontravam-se divorciados/separados.

Quanto ao seu nível de escolaridade, todos os enfermeiros tinham formação superior, com licenciatura em enfermagem. Além da licenciatura, 7 profissionais tinham o grau de Mestre. Praticamente todos os enfermeiros

portugueses tinham um curso de especialização/mestrado na área de Obstetrícia e Saúde Materna (13), sendo que somente um (1) dos profissionais possuía formação superior em enfermagem (licenciatura), situação que acreditamos estar relacionada com a idade do profissional (24 anos) e a curta experiência profissional que possuía, à data.

Relativamente à experiência e tempo de atividade profissional dos enfermeiros portugueses era, tal como observado nos profissionais brasileiros, bastante heterogênea. Observando o Quadro 3, verificamos que 7 dos profissionais portugueses tinham experiência profissional somente nas áreas de Obstetrícia e Bloco de Partos, enquanto os enfermeiros restantes (7) tinham exercido atividade profissional em outras áreas da enfermagem, especificamente em, Pediatria, Neonatologia, Cuidados Intensivos, Ginecologia, Saúde Pública e Urgência Geral/Pediátrica. Com relação ao tempo de atividade profissional dos enfermeiros, variava entre 4 e 36 anos.

Por outro lado, ao contrário do que se observou junto aos profissionais de enfermagem brasileiros, a totalidade dos enfermeiros portugueses (14), à data, acumulavam funções profissionais em contexto de hospital público e privado.

4.4 PROCEDIMENTO

Tal como já referido anteriormente, no que se refere aos **profissionais de enfermagem brasileiros** (enfermeiros - E_B e técnicos de enfermagem - TE_B), foi realizado um contato inicial prévio, com alguns profissionais de saúde que trabalhavam nas maternidades públicas situadas na região metropolitana de São Paulo, no sentido de esclarecer os objetivos da pesquisa e de explicar os critérios de inclusão dos participantes.

Explicitamos que a seleção das maternidades brasileiras contempladas no presente estudo, foi feita em função das entidades envolvidas na parceria firmada entre a Coordenadoria da Infância e Juventude do Tribunal de Justiça de São Paulo e a Universidade de São Paulo, de forma a melhor agilizar a coleta dos dados pretendidos.

Em momento posterior, ocorreu o contato direto presencial da pesquisadora com os profissionais de enfermagem que apresentavam os critérios

necessários para participar da pesquisa e que mostraram disponibilidade em participar da mesma, no sentido de agilizar as entrevistas, organizando-se o dia, horário e local onde estas poderiam ser realizadas.

Por decisão dos profissionais de enfermagem brasileiros (enfermeiros e técnicos de enfermagem), todas as entrevistas foram realizadas em contexto hospitalar, em espaços físicos com condições adequadas, de privacidade e sigilo e num momento de pausa da atividade laboral destes. O local e horário da entrevista foi definido pelos profissionais, de forma a facilitar a entrevista e a coleta dos dados, bem como maior descontração e bem-estar por parte dos profissionais.

Relativamente aos **profissionais de enfermagem portugueses** (enfermeiros - EP), estes foram contatados através das redes sociais da pesquisadora, tendo sido abordados diretamente (por contato presencial ou telefônico), de forma a ser agilizada a melhor forma de coleta dos dados, nomeadamente com o agendamento do local, dia e horário da entrevista.

As entrevistas com profissionais portugueses aconteceram na residência destes ou no contexto hospitalar, em espaços físicos adequados, com condições de sigilo e confidencialidade. A definição do local, dia e horário das entrevistas foi feita pelos participantes, de acordo com a melhor conveniência destes.

Todas as **entrevistas** (ver Anexo A)**,** seguidas da realização do procedimento das narrativas interativas, realizadas com os profissionais de enfermagem (quer no contexto brasileiro, quer no contexto português) ocorreram individualmente, num único dia, tendo cada sessão com os profissionais tido uma duração média entre 1 hora e 1 hora e 30 minutos.

No momento inicial da entrevista, foi apresentada aos participantes a pesquisadora e o estudo, de forma a que os profissionais tomassem conhecimento da pesquisa, dos objetivos gerais e do procedimento desta. Foi ainda abordado o caráter voluntário e confidencial da pesquisa, bem como disponibilizado um espaço para esclarecimento de dúvidas ou de outras informações adicionais que os participantes pudessem desejar.

Este período inicial da entrevista revelou-se essencial para assegurar a participação e o esclarecimento aos participantes, bem como para o estabelecimento de uma relação de confiança entre participantes e pesquisadora.

Em seguida, foi-lhes solicitado que lessem e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver Anexo E). Mais uma vez, foram esclarecidas todas as dúvidas apresentadas pelos participantes.

Posteriormente, após os trâmites descritos anteriormente, deu-se início às entrevistas e à sua gravação em áudio. No decorrer das entrevistas foi sempre facultado aos participantes a liberdade para interromper a gravação quando quisessem, bem como para corrigirem ou retirarem alguns aspectos das suas verbalizações, se assim o desejassem.

Do total das entrevistas realizadas com os profissionais (brasileiros e portugueses), somente uma técnica de enfermagem brasileira recusou a gravação em áudio da entrevista, solicitando que a mesma não fosse gravada, mas unicamente que a pesquisadora escrevesse as suas respostas.

Todas as entrevistas gravadas em áudio foram, num momento posterior, transcritas na sua totalidade, em papel. Mais tarde, todos os registos em áudio foram destruídos, mantendo-se o sigilo, confidencialidade e anonimato na transcrição das entrevistas.

Depois da realização da entrevista, foi solicitado a cada profissional de enfermagem (brasileiros e portugueses) que desse continuidade a duas **histórias-narrativas interativas** (ver Anexo B e Anexo C), elaboradas pela pesquisadora e relacionadas com a temática em estudo, bem como adaptadas para a realidade brasileira e portuguesa.

A instrução era de que os profissionais de enfermagem lessem as histórias e que, por escrito, dessem continuidade às mesmas. Sempre que os participantes não se sentiram à vontade para escrever, tiveram a possibilidade de fazer o seu relato oralmente, sendo este escrito, em papel, pela pesquisadora. Do total dos profissionais, apenas 5 profissionais (1 enfermeira portuguesa, 1 enfermeira brasileira e 3 técnicas de enfermagem brasileiras) solicitaram dar continuidade às histórias apresentadas oralmente, pedindo que fosse a pesquisadora a escrever o seu relato.

Numa fase final, a pesquisadora leu em voz alta cada uma das histórias, apresentadas pelos profissionaisde enfermagem (brasileiros e portugueses), tendo, em seguida, convidado cada um dos participantes a dialogarem sobre as narrativas que tinham realizado, discutindo o que tinham escrito ou acrescentando mais algum aspecto que considerassem relevante e necessário.

Acrescente-se ainda, que todas as entrevistas, realizados no contexto brasileiro e no contexto português, foram realizadas no período compreendido entre Junho de 2016 e Março de 2017.

4.5 ANÁLISE DOS ASPECTOS ÉTICOS

Ao longo da presente pesquisa almejou-se uma postura investigativa centrada na ética e no respeito pelos profissionais que dela participaram, procurando-se, sempre, uma postura reflexiva acerca da metodologia utilizada, dos dados e de outras informações que foram sendo recolhidas. Assim, no decorrer da pesquisa aspectos relacionados com a confidencialidade, anonimato e outras questões éticas foram sendo ajustados e refinados.

No decorrer do estudo, foi disponibilizado aos participantes um espaço aberto e de respeito mútuo, onde estes pudessem expor e apresentar as suas ideias, bem como alterar ou modificar as suas verbalizações e entendimento acerca da temática abordada na pesquisa, sempre que assim o desejassem.

Por outro lado, tal como já citado, aspectos relacionados com o consentimento livre e esclarecido, anonimato dos participantes, confidencialidade da informação prestada e sigilo foram também levados em conta e considerados de grande importância para o estabelecimento de uma relação de confiança com os participantes e com a condução de uma investigação ética e responsável.

A presente pesquisa foi estruturada e conduzida segundo as normas da Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, a qual aprovou o projeto de estudo (ver Anexo D).

Os enfermeiros (portugueses e brasileiros) e os técnicos de enfermagem (brasileiros) que na sua atividade profissional trabalhavam em contexto hospitalar

público, há mais de 6 meses e estabelecessem contato com mulheres que manifestaram o desejo de entregar os seus filhos para adoção foram convidados a participar na presente pesquisa.

Aos profissionais que manifestaram interesse foi apresentada a pesquisa, explicado os objetivos e procedimentos e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Salienta-se que foram estruturados dois tipos de TCLE, adaptados para a população brasileira e para a população portuguesa (ver Anexo E e Anexo F), para uma melhor compreensão e adequação das informações disponibilizadas.

Aos que aceitaram e concordaram participar na pesquisa, foi solicitado que assinassem o TCLE, autorizando a efetivação da entrevista, a realização do procedimento das narrativas interativas e a divulgação dos dados obtidos em meios acadêmicos (para apoio em publicações científicas, elaboração da tese de doutorado da pesquisadora e/ou outros contextos acadêmicos).

Depois de devidamente esclarecidos, após consentimento e assinatura do TCLE, os participantes receberam uma via do mesmo, devidamente assinado pela pesquisadora.

Posteriormente, foi realizada com cada profissional de enfermagem, individualmente, uma entrevista semi-dirigida e, em seguida, aplicado a estes profissionais, também de forma individual, o Procedimento das Narrativas Interativas - onde foi solicitado que completassem duas histórias maternas fictícias sobre a entrega de um filho para adoção, elaboradas especialmente para este estudo, de forma a produzir-se uma narrativa interativa.

A totalidade das entrevistas e procedimento das narrativas interativas foi efetuada pela pesquisadora, tendo as entrevistas e relatos das histórias sido gravadas em áudio, após o aviso prévio e consentimento dos participantes.

Tal como já mencionado, no decorrer das entrevistas e do procedimento das narrativas interativas foi sempre facilitado aos participantes a interrupção das suas verbalizações, de forma a serem esclarecidos relativamente a algum aspecto ou dúvida relacionados com a pesquisa, bem como sobre outro assunto que considerassem conveniente. Foram, ainda, informados que poderiam desistir da pesquisa, quando quisessem e se assim o desejassem. Nenhum dos profissionais de enfermagem (brasileiros ou portugueses) manifestou desejo em interromper ou desistir de

participar no estudo, ainda que no decorrer das entrevistas vários participantes tenham colocado perguntas sobre a temática/pesquisa ou abordaram/discutiram algum assunto que consideravam pertinente.

No final da entrevista foi sempre manifestado, por parte da pesquisadora, o agradecimento a cada profissional pela sua participação no estudo, bem como reforçada a relevância e importância da partilha das ideias e concepções de cada participante acerca das temáticas abordadas.

De forma a manter o anonimato e confidencialidade dos participantes, para cada entrevista realizada - entrevista semidirigida e narrativa interativa - foi atribuído um código (associado à categoria profissional dos sujeitos, nacionalidade e número de entrevista), bem como retiradas todas as informações que permitissem a identificação destes. Acrescentamos, ainda, que, após a transcrição das entrevistas semidirigidas e das narrativas interativas realizadas, foi efetuada a destruição do registo de áudio das mesmas.

No decorrer de cada entrevista procurou-se sempre a promoção de um espaço acolhedor e de respeito mútuo entre pesquisadora e participantes, bem como a facilitação de encontros marcados por uma escuta empática. Assim, acreditamos que ao disponibilizar estes espaços/momentos de fala dos participantes, foi possível um maior conhecimento, aprofundamento e elaboração das temáticas contemplados no presente estudo, quer para os participantes, quer para a pesquisadora.

Ainda assim, no final de cada encontro, caso fosse identificado a necessidade de algum tipo de acompanhamento psicológico aos profissionais brasileiros, seria realizado o seu encaminhamento para psicoterapia individual, na Clínica Psicológica “Durval Macondes” do IPUSP. Relativamente aos profissionais portugueses, este encaminhamento seria efetuado para o serviço de Atendimento à Comunidade da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

4.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na presente pesquisa optou-se por uma análise gradual e progressiva dos dados e informações prestadas pelos participantes tendo sido, em paralelo, avaliada a

necessidade (ou não) de procurar mais profissionais de enfermagem (brasileiros e portugueses) para serem incluídos na pesquisa.

A amostragem teórica utilizada no presente estudo objetivou, assim, de acordo com Charmaz (2006), uma procura constante de dados e novas informações que possibilitasse uma codificação cuidadosa, pertinente e necessária ao aprofundamento da temática em análise.

Para melhor compreensão, relembramos a definição de amostragem teórica, criada para descrever o processo de escolha de novos campos de pesquisa ou novos casos de pesquisa para comparação com algum outro que tenha sido já estudado (Glaser & Strauss, 1967).

Segundo os autores supra mencionados, a amostragem teórica é uma ferramenta bastante utilizada na pesquisa qualitativa, não objetivando uma captação representativa de todas as possíveis variações, mas, sim, a procura de um entendimento mais profundo dos casos analisados. Por outro lado, almeja facilitar o desenvolvimento de enquadramentos analíticos e de conceitos utilizados na pesquisa. Diferentemente do que ocorre em uma amostragem estatística, onde se procura uma amostra aleatória que seja representativa da população, na amostragem teórica o critério básico para seleção de unidades de estudo é sua relevância teórica, isto é, a sua contribuição para o desenvolvimento de determinado assunto (Glaser & Strauss, 1967).

Na amostragem teórica, a representatividade de uma amostra não é garantida nem pela amostragem aleatória, nem pela estratificação. Sendo assim, as decisões relativas à amostragem visam o material que se encontre associado aos maiores insights, observados à luz do material já utilizado e do conhecimento previamente adquirido (Glaser & Strauss, 1967).

Salientamos, ainda, que, no presente estudo qualitativo, a pesquisadora não almejou simplesmente “dar voz” aos seus participantes, na medida em que teve em consideração que existe sempre uma interferência do próprio pesquisador na forma como este seleciona, enquadra e analisa os dados recolhidos no estudo (Braun & Clarke, 2006), posicionando-se o mesmo de uma forma ativa na análise dos dados.

Como método interpretativo de análise de dados, foi utilizada a análise temática, tal como proposto por Braun & Clark (2006), recorrendo-se ainda a algumas

estratégias de codificação inspiradas pela *Grounded Theory* (Charmaz, 2006; Glaser & Strauss, 1967). Das estratégias de análise e codificação referidas anteriormente, salientamos:

- definição de categorias, com a codificação dos dados obtidos através da atribuição de “unidades de significado” e respectivos códigos (nomes), relacionados ao significado de cada uma destas e realizada em vários níveis;

- procura de saturação teórica em cada categoria, isto é, que cada categoria esteja desenvolvida e preenchida até ao ponto de codificação onde não se alcançem novas informações e/ou quando não se vêem novas propriedades, dimensões, condições, ações/interações ou consequências nos dados. A saturação teórica objetivou, assim, encontrar um momento na pesquisa no qual coletar dados adicionais não acarretasse beneficios para a codificação, ou seja, que o "novo" que era revelado não acrescentasse muita coisa à explicação realizada naquele momento. Adicionalmente, procurou-se que cada categoria fosse desenvolvida em termos de propriedades e de dimensões, demonstrando variação. Almejou-se, ainda, que as relações entre categorias estivessem bem estabelecidas e validadas, bem como que cada categoria reunisse dados e informações que pudessem acrescentar ou alterar o sentido da análise que estava sendo realizada (Strauss & Corbin, 2008);

- procura de temas mais amplos, agrupando-se as categorias definidas em níveis de abstração crescente;

- comparação dos diferentes temas entre si e análise da sua coerência e consistência.

Como produto final, objetivou-se que a análise realizada e os dados recolhidos fossem compativeis entre si, pretendendo-se que os trechos utilizados ilustrassem de forma clara e consistente as categorias e temas definidos.

A análise dos dados foi realizada de forma cuidada e aprofundada, posicionando-se a pesquisadora de uma forma ativa nessa análise, não emergindo os temas por si só (Braun & Clark, 2006; Charmaz, 2006)

Acrescentamos, ainda, que toda a análise dos dados obtidos foi realizada ou através da utilização de procedimentos manuais ou através do recurso à aplicação informática NVivo (Versão 11 para o sistema operativo Android PC).

Apresentamos, em seguida, no Quadro 4, as diferentes etapas realizadas no decorrer da análise dos dados recolhidos na presente pesquisa, para um melhor entendimento e descrição do trabalho realizado.

Esclarecemos, ainda, que na linha do referido, utilizamos algumas estratégias de codificação e análise da *Grounded Theory* (Charmaz, 2006), particularmente em relação à codificação dos dados, com a atribuição de unidades de significado e respectivos códigos, bem como a procura de saturação teórica das categorias, não objetivando o desenvolvimento de uma teoria, mas sim a descrição dos dados através de temas que os representem. Como produto final, almejamos que os temas resultassem de um agrupamento progressivo dos dados e que esses mesmos temas permitissem responder aos objetivos definidos numa fase incial do presente estudo.

Quadro 4 – Quadro síntese da análise de resultados

1ª Etapa	**Imersão nos dados obtidos** (realização das entrevistas semidirigidas, narrativas interativas, audição e transcrição de áudio para papel, notas de campo e diário de pesquisa)
2ª Etapa	**Análise Temática** Codificação tópica em vários níveis (temas, subtemas, categorias 1ºnível, categorias 2ºnível, categorias 3ºnível)
3ªEtapa	**Codificação Axial** (relacionar temas, subtemas e categorias entre si)

Num primeiro momento a pesquisadora procurou a “imersão” nos resultados obtidos (Braun & Clarke, 2006; Charmaz, 2006).

Este aspecto foi conseguido no decorrer do processo de realização das entrevistas e da aplicação do procedimento das narrativas interativas, bem como quando da audição e transcrição das entrevistas e dos relatos das histórias, de suporte em áudio para papel. Adicionalmente, através ainda de uma leitura aprofundada e cuidadosa das transcrições das entrevistas, notas de campo que foram sendo escritas após cada entrevista (que contemplavam resumos e comentários sobre comportamentos, atitudes e outros aspectos observados no decorrer do contato com os participantes) e da redação de um diário de pesquisa (semelhante a um diário reflexivo), realizado com anotações e reflexões acerca da transcrição (e, numa fase posterior da análise, relacionados também com a codificação das entrevistas).

Salientamos que a transcrição de todas as entrevistas e relatos das histórias (narrativas interativas) foi realizada textualmente, pela pesquisadora.

Em momento seguinte, as transcrições das entrevistas semidirigidas e dos relatos das narrativas foram analisadas, tendo em conta o método da análise temática (Charmaz, 2006; Braun & Clarke, 2006) - método interpretativo de análise de dados que permite, através da identificação, análise e descrição de padrões ou temas, a organização dos dados recolhidos de forma sistemática.

Deste modo, depois da transcrição e da familiarização com os dados, foi iniciada a codificação dos dados através da atribuição de “unidades de significado”, semelhante a uma codificação tópica (categorização dos dados) utilizando-se, para o efeito, o recorte de pedaços de texto, de tamanhos variáveis, que continham uma ideia ou significado (ver Quadro 4).

A cada uma destas “unidades de significado” foi-se atribuindo um código (nome da categoria) que estivesse relacionada ao seu significado. Por seu lado, cada um desses códigos (nomes) encontrava-se também associado aos processos e representações a que correspondiam essas mesmas unidades de significado. Pontualmente, foi realizada uma codificação direta, através de categorias in vivo (in vivo coding).

Todos as notas, comentários e anotações realizados pela pesquisadora, principalmente o diário da pesquisa (acima referido) foram de extrema importância

para o refinamento ao nível dos procedimentos metodológicos, bem como para uma reflexão crítica e o aprofundamento da análise que foi sendo efetuada ao longo do presente estudo.

Assim, no sentido de ir monitorizando e dar transparência ao processo de análise, foi-se efetuando anotações acerca das ideias e entendimento sobre os dados obtidos, categorias e procedimentos realizados, quer ao nível de memos no Nvivo, quer ao nível de anotações no diário de pesquisa. Foi ainda criado esquemas ou mapas conceituais que possibilitassem a explicitação do pensamento da pesquisadora em relação às categorias encontradas e às possiveis relações entre as mesmas.

Adicionalmente, tentou-se trazer ao consciente expectativas que exisitiam face aos dados recolhidos, procurando trechos de fala que as pudessem desconfirmar. Foi ainda registado no diário da pesquisa aspectos surpreendentes e inovadores dos dados, numa tentativa de manter-se fiel ao significado do que fora verbalizado pelos participantes.

A categorização das unidades de significados foi realizada em vários níveis (primeiro, segundo e terceiro nível), no sentido de uma codificação por tópicos mais amplos para um nível de tópicos mais específicos. O objetivo foi de que as categorias/tópicos estivessem cada vez mais “saturadas”, isto é, que cada categoria representasse uma “ideia” e que conjuntos de pedaços de texto fossem bons representantes dessas ideias/significados.

Objetivou-se, assim, que fosse atingida a saturação teórica em cada uma das categorias (Charmaz, 2006; Turato, 2003), de forma que cada categoria ficasse preenchida de dados e informações que acrescentassem ou alterassem de forma significativa o sentido da análise, o que aconteceu na vigésima entrevista (no caso dos profissionais de enfermagem brasileiros) e na décima quarta entrevista (no caso dos enfermeiros portugueses). Ainda assim, deu-se continuidade à coleta de dados e realizaram-se mais 12 entrevistas com profissionais de enfermagem brasileiros (entre enfermeiros e técnicos de enfermagem), tendo em vista a complexidade dos dados da análise e o nível de experiência da pesquisadora com a metodologia utilizada.

Deve se citar, ainda, que, no decorrer do processo de codificação, tentou-se dar sempre o mesmo nível de atenção a cada fonte de dados, neste caso, a cada entrevista e às histórias relatadas por cada um dos profissionais de enfermagem

(brasileiros e portugueses), aspecto fundamental para uma análise temática de qualidade científica (Braun & Clarke, 2006).

Numa fase posterior, depois de uma codificação (em vários níveis) demorada, gradual e profunda, procedeu-se ao agrupamento dessas categorias em categorias de abstração crescente, cada vez mais integradas e abrangentes, numa tentativa de encontrar temas mais amplos, temas esses que já pressupunham algum nível de análise interpretativa por parte da pesquisadora (ver Quadro 4). Em algumas situações foram identificados, também, subtemas, e não só temas, para uma melhor organização e análise dos dados.

No desenrolar da análise dos dados, esteve sempre presente o interesse e motivação em investigar de que modo o mito do amor materno afeta as ideias e concepções presentes em relação à entrega de um filho para a adoção. Pretendemos identificar os aspectos centrais e comuns das diferentes perspectivas e experiências relatadas pelos profissionais de enfermagem (brasileiros e portugueses), quando do seu contato com mulheres que manifestam o desejo de entregar um filho para adoção, bem como em reconhecer as diferenças e diversidade de experiências destes mesmos profissionais em relação ao tema.

Progressivamente fomos construindo, assim, categorias de abstração crescentes, gradualmente mais inclusivas, até termos alcançado 5 grandes temas que agrupam e dão expressividade à temática sob a qual nos debruçamos.

Em seguida, foi realizada uma codificação axial (Braun & Clarke, 2006), onde se descreveu e se refletiu acerca de possíveis relações entre os temas (e subtemas) e, indiretamente, entre as diferentes categorias.

Numa fase final, tentamos perceber e avaliar a adequação desses temas (e subtemas) encontrados e das relações que foram sendo estabelecidas entre eles, relativamente às questões e objetivos delineados inicialmente na presente pesquisa e aos quais pretendíamos responder (Braun & Clarke, 2006).

Tal como Velho (2016), acentuamos a importância de uma reflexão profunda, por parte do pesquisador, relativamente ao processo de análise dos dados, numa tomada de consciência de como os aspectos emocionais e relacionais deste podem ter interferência, de modo inconsciente, no processo de análise dos dados da pesquisa.

Deste modo, ressaltamos a preocupação, no presente estudo, em relação à reflexão da pesquisadora face ao trabalho realizado, no que se refere à identificação dos pressupostos subjacentes à compreensão dos dados, levando em conta que estes aspectos são reconhecidos como constitutivos do próprio método qualitativo. Neste sentido, durante o processo de compreensão dos dados, foi sendo desenvolvido um diário de pesquisa, que incluiu não só as etapas que foram sendo realizadas, mas também diversas reflexões sobre os diferentes aspectos da pesquisa e coleta de dados.

Num momento inicial, este diário de pesquisa continha majoritariamente reflexões sobre a revisão bibliográfica que foi efetuada, passando, numa fase posterior, a incluir notas de campo, questões emocionais/relacionais relacionadas com os participantes e com o processo de reflexão sobre a própria pesquisa e os dados recolhidos.

No que se refere às questões relacionadas com a confiança e credibilidade do estudo, estas foram equacionadas em diversos níveis.

Relativamente ao procedimento da pesquisa, houve a preocupação de perguntar aos participantes, ao final de cada entrevista e procedimento das narrativas interativas, se gostariam de acrescentar ou esclarecer mais algum aspecto que considerassem importante ou relevante para a compreensão da sua perspectiva acerca da entrega de um filho para adoção, dando, deste modo, a possibilidade de que estes pudessem refletir sobre a sua participação no estudo ou sobre algum outro aspecto relevante.

Adicionalmente, no sentido de aumentar a credibilidade da pesquisa, a análise dos dados foi realizada (além do apoio da orientadora da pesquisa) com a ajuda e apoio de uma psicoterapeuta de orientação distinta da pesquisadora, com experiência de investigação qualitativa e de utilização da análise temática segundo Braun e Clarke e da Grounded Theory. Esta contribuição objetivou uma observação e análise crítica da aplicação do método e procedimentos segundo os princípios das metodologias supramencionadas, sendo de grande importância para a consolidação das interpretações realizadas pela pesquisadora, bem como para uma maior abrangência de possibilidades interpretativas dos dados (Braun & Clarke, 2006; Charmaz, 2006).

Almejou-se reforçar, também, a confiança e credibilidade da pesquisa, procurando que o processo de análise dos dados fosse o mais transparente possível (Turato, 2003). Assim, foi sendo explicitado, de forma discriminada, trechos das falas dos participantes, a reflexão e descrição das categorias encontradas pela pesquisadora, bem como a apresentação do entendimento e pressupostos teóricos de outros investigadores relativamente ao mito do amor materno e entrega de um filho para adoção. Pretendeu-se, alcançar, deste modo, uma leitura crítica por parte do leitor.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

Apresentamos, no presente capítulo, os resultados da análise das entrevistas semidirigidas e das narrativas interativas, organizados e estruturados a partir de temas, categorias e subcategorias que se revelaram como significativas nas verbalizações apresentadas pelos profissionais de enfermagem (brasileiros e portugueses) ao longo da pesquisa e, paralelamente, enquadradas nos objetivos delineados na pesquisa.

De forma a melhor visualizar a totalidade dos dados, optamos por apresentar, separadamente, os temas, categorias e subcategorias (ver Quadros 5 a 9) alcançados nas entrevistas semidirigidas e, seguidamente, os resultados referentes à análise das histórias descritas (decorrentes das narrativas interativas), pelos profissionais, no procedimento das narrativas interativas (ver Quadro 10).

Com relação à análise das entrevistas semi-dirigidas, foram encontrados quatro (4) temas principais relacionadas com a entrega de um filho para adoção, com os profissionais de enfermagem, a maternidade e a família. No que refere às narrativas interativas, identificamos, um (1) tema relacionado com a continuação das histórias relatadas pelos profissionais de enfermagem, realizadas na sequência da apresentação das História 1 e História 2, enredos fictícios elaborados, especificamente, pela pesquisadora, para serem utilizadas no presente estudo.

Na descrição de cada tema, e para cada uma das categoria e sub-categorias, foi descrita a análise realizada, sendo também apresentado diversas citações, trechos de entrevistas e de algumas narrativas, de forma que estes pudessem ilustrar de forma clara e consistente as mesmas.

Mencionamos, ainda, que cada citação foi identificada com os elementos específicos do participante que a verbalizou, tendo sido utilizadas as letras E e TE para identificar a categoria profissional do participante (E – enfermeiro e TE – técnico de enfermagem) e B e P para a identificação da sua nacionalidade (B – Brasileira e P – Portuguesa). Por último, foi acrescentado o número da entrevista a que correspondia cada pessoa, tendo em conta a sua categoria profissional e nacionalidade.

Na descrição de cada categoria e sub-categoria identificamos, também, a frequência em que a categoria e subcategorias foram abordadas, com a identificação do número de participantes que a identificaram no seu discurso.

Ressaltamos, ainda, que as falas apresentadas se referem não só a exemplos mais típicos, mas também àqueles menos típicos e mais pontuais, na medida em que pretendemos explicitar a diversidade, bem como ambiguidades existentes nas produções dos participantes.

Para indicar a representatividade de cada tema ou categoria, usamos os termos "totalidade" ou "bastante relevante", para indicar um aspecto que é citado em todos os casos (67), ou em todos os casos exceto um. Usamos os termos "relevante", "significativo" ou "frequentemente" para indicar um aspecto que foi observado por metade, ou mais, dos participantes. Usamos os termos "pouco significativo", "reduzido" ou "alguns", quando indicamos um aspecto que foi relatado por mais do que dois, mas por menos de metade (8) dos participantes. Por último, usamos o termo "unicamente" para as ideias importantes citadas por um ou dois participantes.

5.1 ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS NAS ENTREVISTAS SEMI-DIRIGIDAS

Na sequência da análise dos dados obtidos através da realização das entrevistas com os profissionais de enfermagem (brasileiros e portugueses), foram identificados 4 grandes temas: Tema 1 -*"A entrega de um filho"*, Tema 2 -*"Sobre os profissionais…"*; Tema 3 - *"O que representa maternidade?"* e Tema 4 - *"Significações de família"*, identificados como significativos nas falas dos participantes e embasados nos objetivos propostos no presente estudo.

Os temas supra referidos foram identificados como relevantes pelos participantes, aprofundando aspectos e assuntos facilitados pelas perguntas contempladas no roteiro da entrevista delineada e utilizada pela pesquisadora.

Consideramos que estes aspectos corroboram os objetivos delineados na presente pesquisa, tentando discorrer acerca do mito do amor materno e a entrega de um filho para adoção, bem como refletir sobre atitudes, comportamentos e posicionamentos dos profissionais de enfermagem em relação ao tema em estudo.

Para uma melhor visualização, apresentamos no Quadro 5 os temas enunciados anteriormente, bem com as respetivas categorias que os compõe.

Quadro 5 – Quadro Síntese dos temas e categorias referentes às entrevistas semidirigidas com os profissionais de enfermagem (brasileiros e portugueses)

Tema 1:A entrega de um filho
Justificativas para a entrega
Forçar a relação
Sofrimento emocional materno
Interrupção voluntária de gravidez (IVG) e entrega
Entrega ilegal a terceiros
Prevenção da gravidez
Tema 2:Sobre os profissionais
História de Vida
Vivência Profissional
Tema 3: O que representa a maternidade?
Ambivalência na maternidade
Mãe acima de tudo
Função materna
Outras formas de subjetividade feminina
Tema 4:Significações de família
Ideal de família
Apoio e segurança
História Geracional
Parentalidade
Família por via da adoção

Em seguida, apresentamos de forma mais aprofundada cada um dos temas, bem como as categorias e subcategorias que os compõem.

5.1.1 Tema 1: A entrega de um filho

O tema "Entrega de um filho" nos remete para as principais categorias identificadas pelos participantes, relacionadas com o desejo presente em algumas mulheres de não assumir os cuidados de uma criança e de entregar um filho, de modo a que este possa ser integrado em família adotiva.

Observando o quadro 6, podemos visualizar de forma mais clara e explícita as categorias e subcategorias que compõe o tema 1, sendo cada uma delas aprofundadas nas páginas seguintes:

Quadro 6 – Quadro Síntese das categorias e subcategorias que compõe o tema 1

TEMA 1 - "A ENTREGA DE UM FILHO"
Justificativas para a entrega • Ausência de condições socioeconômicas • Ausência de vínculo afetivo com a criança • Oportunidade para a criança • Viver o agora!
Forçar a relação • Não será melhor entregar? • Promover o vínculo biológico
Sofrimento emocional materno
Interrupção voluntária de Gravidez (IVG) e entrega
Entrega ilegal a terceiros
Prevenção da Gravidez

Justificativas para a entrega

Tal como já relatado na revisão de literatura apresentada na parte inicial desta tese, quando os profissionais de enfermagem se "confrontam" com uma

situação de entrega de uma criança para a adoção, facilmente se observa a tentativa, por parte destes, de encontrar motivos que possam justificar esse tipo de comportamento. Estes motivos relacionam-se, normalmente, não somente às condições de vida das mulheres que manifestam o desejo de entregar um filho, como também a outros aspectos do seu contexto vivencial e personalidade, o que, de alguma forma, parece facilitar a aceitação destes tipos de situações, por parte destes profissionais.

Os dados obtidos na presente pesquisa vão também neste sentido, observando-se que a categoria mais abordada pelos participantes, num total de quarenta e um (41) profissionais brasileiros e portugueses, foi aquela que indicava a reflexão dos motivos que sustentariam a decisão de entrega.

Observando de forma mais aprofundada para o que remete a categoria em análise, verificamos que vinte (20) profissionais de enfermagem, de ambas as nacionalidades, citam a **ausência de condições socioeconômicas** como aspecto principal para a decisão de entrega, sendo estes profissionais majoritariamente brasileiros (18 participantes brasileiros e 2 portugueses).

Mencionamos, ainda, que para estes profissionais de enfermagem as fragilidades no contexto vivencial destas mulheres se relacionam não somente com as condições socioeconômicas destas mas, também, com a existência de problemas sociais, problemas familiares, consumos de substâncias tóxicas, vivência como sem-teto, entre outros:*"A situação da entrega é uma situação muito delicada. Eu sei que os problemas sociais aqui no Brasil são muito grandes e acredito que seja em decorrência disso que alguns pais acabem doando os seus bebês para adoção"* (E_B19).

De fato, alguns profissionais de enfermagem brasileiros, consideram que as mulheres que manifestam o desejo de entregar um filho se sentem confusas e angustiadas, sem esperança e sem saber o que fazer, face ao confronto com uma gestação ocorrida sem planejamento, num contexto de dificuldades financeiras e com vários filhos para criar: *"(...) são vários fatores que faz a pessoa mandar um filho para adoção. Às vezes, ela não tem condições, sim geralmente está ligado ao financeiro. Não tem condição. Já tinha dois. É o que eu ouço dizer. Já tinha filhos, engravidou de novo sem querer. Às vezes, já está até com outro parceiro. São diversos fatores. Como é que vou ficar?, pensam elas. E acabam tendo que doar"* (E_B8).

Por outro lado, estes participantes brasileiros abordam também como se sentem impotentes face à realidade difícil destas mulheres que, no seu entender, são normalmente usuárias e/ou estão integradas em famílias disfuncionais.

Apesar destes profissionais parecerem desejar que estas mulheres reunam condições para assumir de forma adequada os seus filhos, a realidade exterior, no seu entender, é demasiado impactante e esmagadora, não permitindo uma reorganização de contexto vivencial das mulheres que possibilite a integração da criança: *"(...) Para mim só entregam por causa de drogas, por causa de problemas sociais, família. Não ter onde mora, essas coisas. Aí você (profissional) fica, sei lá, maltratada. Porque você vê que ela quer e não vai puder, porque, porque tem toda uma burocracia, conselho tutelar. Elas dizem que vai melhorar, mas você percebe que não vai, principalmente as que se drogam"* (TEB12).

Paralelamente, observamos como a vivência e o confronto com a realidade de vida das mulheres que manifestam o desejo de entregar parece ser difícil também para os enfermeiros portugueses. No contexto português, os profissionais reforçam a fragilidade da situação vivencial onde se encontram estas mulheres, verbalizando que também elas são "abandonadas", ficando sozinhas, sem apoio e sem recursos para fazer face ao nascimento da criança, especialmente em relação ao pai da criança.

No entendimento dos profissionais de enfermagem portugueses, este "abandono" em que as mulheres se encontram é promotor de sofrimento, facilitando o afastamento face ao bebê: *"Acho que são sempre situações traumatizantes, para as mães e para as crianças. Nunca apanhei nenhum pai presente na situação de entrega. São mulheres que ficam abandonadas e acabam por desaparecer do hospital. Querem ver a situação dos filhos resolvida e ir embora. Não contatam mais os bebês."* (EP13).

Além da ausência de condições socioeconômicas, dezessete (17) profissionais de enfermagem dos dois países identificam ainda a **ausência de vínculo afetivo com a criança** como o fator mais importante para a tomada de decisão da entrega de um filho: "*Então eu vejo essa questão (entrega), não em termos de uma condição financeira, mas de uma questão emocional. De ter essa disponibilidade de amar. Eu acho que é o amor. Acho que é isso que move as pessoas"* (EB13).

De fato, alguns participantes brasileiros expressam a sua dificuldade em compreender e aceitar a ausência de vínculo afetivo apresentado pela mulher em

relação ao filho, o que, no seu entender, se encontra subjacente à entrega. Para estes profissionais de enfermagem, mais importante do que não ter condições financeiras para assumir uma criança é a rejeição em relação a esta, bem como a indisponbilidade para assumir os seus cuidados: *"(..) deve ser muito triste você não poder cuidar de um filho. Tem outras (mulheres) que já não quer mesmo, que já, rejeita, é um caso complicado"* (TEB14*).*

Nesta linha de pensamento, um dos enfermeiros brasileiros (EB14) aprofunda ainda mais esta dimensão, enfatizando as repercussões que, no seu entendimento, a ausência de laços afetivos entre mãe e filho pode acarretar para a própria "personalidade" e comportamentos da criança:*"Você vê uma mãe distante, meio que aérea, mas assim, a gente vê que não é, que não criou vínculo. Nem dentro da gestação, não criou vínculo. E até mesmo do bebê a gente vê isso. Porque o bebê, a criança que é entregue para adoção, a gente vê que é diferente, é uma criança mais quieta, mais solitária mesmo. Ela não chora nem com fome, nem com cocô, nem com xixi, não chora. Então parece, eles (bebês) sentem que eles foram recusados, que foram rejeitados. Parece que a criança sente (*EB14)*".*

Uma outra profissional brasileira (EB2) vai mais longe na sua apreciação destas situações, relatando que a ausência de vínculo afetivo com o filho pode ser comparado à ausência de vínculo que também se encontra patente em outras mulheres que, embora não entreguem os filhos, utilizam a gestação e o nascimento de uma criança para proveito/benefício próprio, de forma a ascenderem a um nível social mais elevado, com melhores condições de vida e maior poder econômico para si e para os filhos: *"(...) Eu conheci enfermeiras que engravidaram de médicos. Recebe uma boa pensão do médico. Tem um filho de cada médico, 3 médicos que ela tem, que eles têm renda boa. Ela não precisa mais trabalhar. Só com a renda que recebe de cada médico e não é pouco, é muito. Elas ganham mais do que eu que trabalho em 3. Só que como fica a reputação dessas crianças que têm um pai de cada um, cada filho tem um pai. Não tem uma família estruturada. Ela só visa a parte financeira. É meio que parecido com as que entregam. Nenhuma tem vinculo de afeto com a criança" (EB3).*

A narrativa da enfermeira brasileira parece reveladora também do estereótipo associado às mulheres que optam por entregar um filho, caracterizando-as como pessoas pouco sensíveis, que agem numa atitude de má fé, interesseiras,

“guiadas” pelos seus interesses pessoais e tentando usufruir de beneficios para si próprios.

Simultaneamente, ainda que não seja objetivo do presente estudo, a verbalização supracitada parece ainda ilustrar aspectos relacionados com as diferenças/confronto entre classes sociais, bem como a importância em alcançar e manter determinado status social.

Ainda assim, apesar da aparente necessidade de encontrar motivos que possam sustentar o desejo de uma mulher entregar um filho para adoção, trinta e sete (37) profissionais de enfermagem brasileiros e portugueses identificaram a entrega de um filho para adoção como uma **oportunidade para a criança,** expressando a entrega como uma proteção para esta e uma possibilidade para que possa ser integrada num meio familiar mais organizado e que melhor responda aos seus superiores interesses:*“Estas mulheres pensam: a minha vida não deu certo. (...) Por isso eu acho que elas não querem ver a criança. Até para resguardar a criança. É para dar uma oportunidade”* (EB1).

Paralelamente, uma enfermeira brasileira (EB13) aborda um aspecto bastante relevante, associando o ato de entrega como um cuidado face ao filho, na medida em que o seu amadurecimento pessoal lhe permite avaliar a falta de condições emocionais e afetivas para se ligar a essa criança: *“(...) Eu enxergo a mulher que doa, é a mulher que está cuidando também do filho. Tipo assim, eu não tenho esse amor para dar. Eu não tenho essa capacidade, eu não tenho condição nenhuma de dar, então eu vou fazer isso para o bem dessa criança. (...) Eu não tenho capacidade nenhuma de amar, de cuidar(...). Então, eu para a coisa não ficar pior, eu vou dar para uma família que ama, que cuida”* (EB13).

Assim, é bastante interessante a fala de uma enfermeira brasileira (EB16), que reforça a entrega de um filho para adoção não só como uma oportunidade para a criança ou um cuidado face ao filho, mas como um ato de amor. Continuando, essa mesma profissional diz ainda como é importante a distinção entre entrega e abandono, considerando que as mulheres que entregam os filhos são, muitas vezes, julgadas de forma errada, tendo em vista que não atuam de acordo com o socialmente esperado/aceite, ainda que, no entender desta participante, a possibilidade dada à criança espelhe uma atitude pensada e amadurecida, que possibilita à criança uma

vida melhor: *"(...) eu acredito que a doação para a adoção, em si, é um ato de amor. Não vejo como um ato só de a mãe quis dar, não olho só com esse olhar, acho que o lado da mulher ainda não é bem visto. É sempre tido como a mãe que entrega um filho para adoção ela está abandonando o filho, abandonando o filho à própria sorte e, muitas vezes, a gente vê que não é isso. Às vezes, ela ama aquela criança e, na cabeça dela, naquele momento, mesmo com todas as dificuldades, ela entende que aquilo é o melhor, naquele momento. Ela acha que aquilo é o melhor" (EB16).*

Especificamos ainda, como quinze (15) profissionais de enfermagem brasileiros (enfermeiros e técnicos de enfermagem) verbalizaram considerar que esta "oportunidade para a criança" se apresenta como uma prevenção face ao abandono e maus tratos, levando em consideração a indisponibilidade e falta de condições afetivas e emocionais que estas mulheres demonstram para assumir os cuidados de uma criança:*"(...) Eu vejo assim, para você ficar com uma criança e não dar o amor devido àquela criança, ela acaba não sentindo o carinho de mãe. (...) Eu acho legal a pessoa pegar e doar. Doar e não abandonar na rua. Isso não acho legal, abandonar na rua. Eu acho que hoje tem meios para ela entregar a criança. (...) mas se for um caso que for para abandonar, maltratar a criança, eu acho melhor ela estar doando aquela criança, para uma pessoa que vai amar ela, ou dar o carinho que ela merece"* (EB11).

Ainda que evidenciando algum julgamento e discurso crítico em relação à estas mulheres, um técnico de enfermagem brasileiro (TEB22) reforça a necessidade de proteger estas crianças face à indisponibilidade que estas mulheres apresentam para cuidar de um filho: *"(...) Mas ela não tem vontade. Eu acho que ela não tem vontade de ser mãe, não pegou aquele amor de suportar tudo, de fazer tudo pelo filho, então, eu acho até bom, quando elas entregam, dar para uma pessoa que vai amar, do que jogar na rua, igual a muitas jogam"* (TEB22).

Realçamos ainda que, apesar de verificarmos um discurso aparentemente complacente face à entrega, podemos constatar como, em algumas verbalizações, se observa um julgamento latente relativo às mulheres que expressam o desejo de entregar um filho, bem como uma associação recorrente deste tipo de contexto vivencial como uma oportunidade para a criança, tendo em conta as frágeis condições de vida da mulher (sociais, econômicas e emocionais) para vir a assumir o menor.

Ainda dentro da categoria, identificamos um outro fator identificado por sete (7) profissionais de enfermagem brasileiros (enfermeiros e técnicos de enfermagem) que remete para a associação de que as mulheres que manifestam a intenção de entregar um filho para adoção apresentam comportamentos e atitudes de vida relacionado com um **"Viver o agora!"**, priorizando a vivência do presente de forma impulsiva, não se preocupando com o futuro nem com as consequências dos seus atos, privilegiando a experimentação de sentimentos intensos e o estabelecimento de relações com o outro marcadas por imaturidade, efemeridade e centradas no prazer imediato. Apresentamos falas de duas (2) profissionais de enfermagem brasileiras que descrevem de forma muito rica este aspecto:

"(...) relação sexual, hoje em dia, por exemplo, tem algumas que não sabe, nem quem é o pai, então, quer dizer, se banalizou. É ter relação sexual. Não é mais por amor, é prazer, apenas. Um fato, no momento. Depois não sabe quem é o pai, destrutura totalmentee ela acha que é simples. Do mesmo jeito, que foi sem amor, para quê aquele filho. (...)" (TEB17);

"(...) elas (mulheres que entregam os filhos) não têm objetivos de crescer. Elas não têm. Eles querem viver o momento de agora. Eu vou dançar porque esse é o momento de agora. Eu vou beber porque esse é o momento de agora. Eu vou cheirar porque esse é o momento de agora. Eleas não pensam no amanhã. Eu vejo isso. (...) Não tem um discernimento, uma escolha. É porque é a moda. É porque todo o mundo faz e elas querem viver esse momento" (EB1*).*

Por outro lado, associado a este sentimento de "Viver o agora!", os profissionais de enfermagem brasileiros abordam também a presença de uma sexualidade precoce, associada a gestações em fase de vida juvenis, que ocorrem em jovens menores de idade e são marcadas por falta de maturidade. De acordo com estes profissionais de enfermagem, este tipo de vivências e caraterísticas de personalidade das jovens mulheres que entregam, propicia e favorece o desejo de "se ver livre da criança", considerando-a um estorvo e um empecilho para a sua vida:

"(...) estas mulheres (que entregam) estão sozinhas, por isso tem que pensar bem. A responsabilidade é da mãe, porque ela é que vai ter o nenê. (...) São só meninas, tudo novinha. É treze, quatorze, quinze anos(...) Eu fiquei com vontade de chorar no quarto, eu cheguei e estava aquela menina de treze, ela engravidou com 12, segurando aquele nenê lindo. (..) Assim que o bebê foi para mamar, ela afastava. Aquela inocência, sabe? Fiquei com vontade de chorar, de ver a menina. Então é umas situações assim. Difícil sabe" (TEB14).

No seguimento do abordado anteriormente, uma (1) outra enfermeira brasileira (EB1) chega mesmo a se referir a estas crianças como "Filhos do funk", associando o nascimento destes menores a histórias de relações promíscuas e, por

vezes, até abusivas, que ocorrem, com alguma frequência, nos jovens que frequentam as "baladas" e bailes funk, muito comuns e frequentes na realidade brasileira:*"(...) E eu vejo muito final de semana, meninas de 11, 10 anos, que vão para o baile funk, que chegam drogadas, que chegam estupradas, que elas falam com a boca delas: eu estava tendo relação com 3, 4 homens dentro do carro. Elas falam. Elas não têm vergonha disso (..). Depois, engravidam e querem livarar-se do bebê. Meus Deus, que mundo, esse!"* (EB1).

Forçar a relação

Uma outra categoria identificada por um número significativo de participantes - quarenta (40) profissionais de enfermagem (brasileiros e portugueses) encontra-se relacionada com a necessidade de "forçar"/incentivar a relação entre mãe e filho (após o nascimento), numa tentativa de manter os laços entre a mãe e a criança, o que parece pressupor a ambivalência e insegurança que os profissionais apresentam ao se confrontarem com situações de entrega.

No nosso entender, esta questão parece estar relacionada com alguns dos procedimentos/orientações que os profissionais de enfermagem têm internalizados profissionalmente, quer seja no contexto brasileiro, quer seja no contexto português, e que sustentam a atuação profissional deste tipo de indivíduos. Observamos que estes princípios e orientações se encontram associados a indicações disponbilizadas pela comunidade médica, clínica e por organizações nacionais e internacionais, tais como Conselho Regional de Enfermagem, Organização Mundial de Saúde ou UNICEF, sendo estas bastante enfatizadas, aprofundados e refletidas no processo de formação dos profissionais de enfermagem.

De fato, de acordo com estas entidades, tem sido bastante difundido e discutido a ideia de que os profissionais de enfermagem devem incentivar/ajudar a mãe a estabelecer um contato próximo e o mais cedo possível (de preferência logo após o nascimento do bebê) com o seu filho. Neste tipo de orientação inclui-se, por exemplo, a promoção do contato pele a pele e o incentivo ao aleitamento materno desde as primeiras horas de vida do bebê.

Ressaltamos ainda, como nos últimos anos este tipo de orientações e indicações vêm sendo amplamente reforçadas, dirigindo-se não somente aos profissionais de saúde mas, também, para as próprias mulheres, gestantes, mães, pais, etc. Ainda que não discutiremos os benefícios que estas práticas podem trazer para a díade mãe/criança e/ou pai/criança, consideramos que cada situação deve ser vista como única, respeitando-se os desejos dos envolvidos, as suas características pessoais e o contexto vivencial.

Sobre este assunto, os participantes (brasileiros e portugueses) parecem colocar-se em diferentes posições (por vezes, até contraditórias), entre "obedecer" ao que lhes é solicitado enquanto profissional de enfermagem ou ter uma atuação mais flexível e adaptada à situação específica de cada mulher.

Assim, identificamos duas subcategorias, que refletem, no nosso entender, estes dois posicionamentos distintos.

Uma das subcategorias que denominamos **Não será melhor entregar?**, integra a reflexão que dez (10) participantes (majoritariamente brasileiros) apresentam relativamente à atitudes e procedimentos executados pelos profissionais de enfermagem quando confrontados com alguns desejos da mulher que acabou de ser mãe, principalmente, verbalização de não ter disponibilidade em ter contato, ver, amamentar ou, em algumas situações, ter qualquer informação clínica e de qualquer outra espécie sobre a criança.

Estes profissionais dizem que deve ser respeitada a vontade e o desejo da mãe, expressando, ainda, a sua não concordância face a comportamentos de outros colegas que tentam impedir que a criança seja encaminhada para adoção, bem como alguma tristeza face à verbalizações mais perjorativas e negativas que são verbalizadas sobre estas mulheres: *"(...) Mas não imagina, ela (mãe que manifestou desejo de entregar) foi massacrada com perguntas, com juízos de valor, até ao ponto em que ela acabou por desistir e levar a criança. Se me lembro, até foram desencantar a família dela, o pai da criança. Mas via-se que ela estava desesperada e fiquei sempre a pensar o que teria acontecido àquele bebê e àquela mãe. Via-se que ela não queria assumir o filho"* (E_P7).

Uma outra enfermeira brasileira (E_B5) fala da dificuldade de aceitação do desejo de entrega de um filho por parte de alguns dos seus colegas, bem como da

forma agressiva como esses profissionais de enfermagem abordam estas mulheres. Pelo contrário, no seu entender, o contato com estas mulheres deve ser respeitado e humanizado, de forma a respeitar a sua decisão em relação ao filho: *"Aqui na equipe, quando elas (mães) falam que não querem, que querem deixar para adoção, a maioria delas (enfermeiras) pergunta se realmente aquele é o desejo delas. Se elas querem ficar com a criança ou não. Aí, quando ela não quer mesmo, elas reservam um lugar para o bebê* ficar *e ele fica lá esperando o processo jurídico. Mas se ouve muita gente dizer: como é que ela pode deixar o filho? Mas eu acho que cada um sabe das suas limitações. Hoje eu acho que mudou um pouco, antes o pessoal era mais agressivo. Hoje está um pouco mais humanizado"* (EB5).

Nesta linha de pensamento, uma enfermeira brasileira expressa também a sua aceitação e compreensão face à decisão de entrega. Para esta participante, é bastante "perigoso" forçar a relação entre a mãe e um filho quando este é fruto de uma gestação não planejada que ocorre num contexto vivencial onde não se tem disponibilidade afetiva para integrar e cuidar de uma criança, sendo melhor facilitar a acesso da criança a um contexto familiar protetor e seguro, que realmente a ame e deseje: *"Então, assim, uma gestação não planejada, uma menina que sei lá, adolescente ou que está trabalhando. Que tem outros planos para a vida. Tem que ter muito amor mesmo. Tem que querer muito aquilo, não dá para forçar sabe, só porque você engravidou agora muda a tua vida e se vira"* (EB24).

Pelo contrário, trinta (30) participantes (brasileiros e portugueses) da amostra do presente estudo consideram que, ao contrário dos profissionais anteriores, se deve tentar **promover o vínculo biológico**, recorrendo a comportamentos e atitudes que favoreçam o estreitamento da relação entre mãe e filho. De fato, os relatos que apresentamos em seguida são bastante expressivos e demonstram atitudes insistentes, e, até, um pouco invasivos, na forma como alguns profissionais de enfermagem tentam forçar esta relação a todo o custo:

> *"(...) eu já vi casos de mãe que dizem não querer ver na hora que nasce e depois acabam vindo aqui, aceitando. Vê uma vez, amamenta. Depois vem vindo mais e acabam se apegando. Ficando com um certo carinho. A gente tenta acolher, põe o bebê no colo, faz ela pegar, tenta que ela tenha aquele contato maior, né, contato físico mesmo. Que ela começe a ter contato físico mesmo, amamente. Sim, as que amamentam, elas já criam um laço."* (EB15);

"Quando aparece uma mulher que manifesta o desejo de entregar o filho para adoção tento conversar com ela. Tento conversar, e se ela quer doar a gente respeita. Mas tento que ela pegue, que ela dê de mamar (...). Há outras que depois de verem os filhos desistem. No início mostramos o amor de mãe, que elas vejam outras mães amamentar e depois vemos se elas desistem. Se ela insistir que não, aí respeito" (EB28).

Sofrimento Emocional Materno

Dentro do tema 1, quatorze (14) participantes identificaram uma outra categoria relacionada com o sofrimento emocional materno, presente nas decisões de entrega de um filho. Os profissionais ressaltaram a presença de sentimentos de dor psíquica e angústia nas mulheres que manifestam o desejo de entregar um filho para adoção. De acordo com o seu entendimento, estes sentimentos mais negativos ocorrem, quer na vivência de acontecimentos negativos que antecedem aa decisão da entrega, quer após a decisão: *"Só Deus sabe o que ela sofreu (quando entrega o filho)" (TEB2); "(…) quando a mãe doa um filho(...) a dor que ela está por dentro(..) é assim, quando ela rejeita o filho (...) a dor dela, está mais forte do que ela" (TEB9).*

Alguns dos profissionais chegam mesmo a relatar que acreditam que este tipo de decisão promoverá o arrependimento futuro em relação à entrega, sentimento este, que, no entendimento deste profissional, será difícil de integrar e de elaborar internamente: *"(…) ela pode até doar uma criança agora, mas ela com certeza vai se arrepender futuramente, de uma certa forma. Eu não consigo imaginar alguém querer doar o seu próprio filho. O que poderá sentir. Tem que ser uma dor muito forte. Mas infelizmente isso acontece (...)*" (TEB23).

Uma técnica de enfermagem brasileira (TEB20) descreve também, na mesma linha de entendimento da colega anterior, a dificuldade para a mulher que entrega um filho, de conseguir ultrapassar emocionalmente esta decisão: *"Você gerar um filho e você querer dar para a doação. Triste, por não ficar com o bebê. Tanto para a mãe, como para a criança. Porque eu acho que, no futuro, assim. Eu acho que a mulher acaba, assim, meio que se arrepende. Lembrando ter esse filho, que deu. Você entendeu? Eu sempre acho que você nunca fecha aquela janela. Fica aquela coisa, assim, aberta"* (TEB20).

Salientamos que, no caso desta categoria, a saturação ocorreu num número igual para participantes brasileiros e portugueses (7 profissionais de

enfermagem), mostrando como este fator parece ter uma importância semelhante no contexto brasileiro e português.

É interessante notar, ainda, como o reconhecimento deste tipo de sentimento parece ser tão relevante para os profissionais de enfermagem que participaram do nosso estudo. De fato, os participantes apresentam dificuldades em manter algum distanciamento profissional face à realidade de vida das mulheres que manifestam a intenção de entregar os filhos, dizendo-se "invadidos" pelas suas histórias, bem como pelos sentimentos/emoções mais negativos que antecipam estas vivenciar e que, de acordo com o seu entendimento, levam à tomada da sua decisão de entrega. Uma das técnicas de enfermagem brasileira descreve da seguinte maneira a forma como vive estas situações e que ilustra o acima refletido: *"Para ser sincera, eu acho que é meio constrangedor, meio pesado. O ambiente (maternidade) é meio carregado. Você vai para casa...você fica pensando. Então, é uma situação (entrega) que deixa você constrangida. Deixa você triste. Eu costumo dizer que, aqui, o ambiente é muito carregado. Eu acho, por esses motivos, tem tanta coisa assim negativa, né. É um lugar de nascimento da criança, mas tem muitos pontos negativo. E isso nos influencia muito. Nos impacta bastante. Difícil lidar com coisas assim"* (TEB21).

Interrupção Voluntária de Gravidez (IVG) e a entrega

Nesta categoria, começamos por relembrar que apesar de na realidade brasileira não ser legalmente possível realizar uma interrupção voluntária de gravidez (IVG), com exceção de algumas situações, tais como risco clínico para a mãe, abuso ou malformação do feto, a mesma situação não ocorre na realidade portuguesa, onde desde o ano de 2007 é permitido a realização de uma IVG em contexto hospitalar ou em algumas unidades básicas de saúde, por decisão da mulher, até às 10 semanas de gestação.

Importante a contextualização das diferenças legislativas existentes nas realidades dos dois países (Brasil e Portugal), sete (7) participantes identificaram esta categoria, salientando-se que, destes profissionais, a maioria (4) correspondia a enfermeiros portugueses.

Observando as verbalizações dos enfermeiros portugueses, percebemos como a aceitação da entrega de um filho para adoção parece ser mais difícil, tendo em conta que, sendo permitido em Portugal a IVG nos primeiros meses de gestação, a possibilidade de realizar uma interrupção na gravidez resolveria o problema de uma gravidez não desejada, situação que, no entender destes profissionais de enfermagem, estaria na base da decisão de entrega. Dois depoimentos refletem esta opinião:

"(...) Ainda para mais, hoje em dia temos a interrupção médica da gravidez, que acaba por ser um procedimento legal, não me faz sentido continuar a acontecer (entrega). Portanto fico um bocadinho incomodada, magoada a nível pessoal. Magoada por pensar que também não é justo para aquela criança depois ser colocada naquela situação, não é?" (EP1);

" (...) Mas voltando a esta miúda (que entregou um filho) percebi que tinha uma situação econômica favorável. E fez-me confusão porque ela não tinha feito uma interrupção voluntária de gravidez, mas em vez de ir por esse caminho, entregou. Deu o filho para adoção. Podia ter feito (IVG), mas não. Surpreendi-me como ela estava estruturalmente disponível para acompanhar a gravidez, sabia o sexo do bebê e depois nem o quis ver" (EP14).

Por outro lado, alguns participantes (brasileiros e portugueses), disseram aceitar a possibilidade de entregar um filho como modo de resolver uma gravidez não desejada, justificando esta situação pela não concordância em realizar uma IVG, tendo em conta as normas/valores morais e religiosos que defendem e praticam. Ressaltamos alguns relatos que ilustram esta categoria: "*Tirar um filho é que nunca!"* (TEB9); *"Às vezes, temos que agradecer, porque eu acho que é mais importante que chegue e dê para a adoção e haja uma família que o acolha e que possa tornar essa criança feliz do que depois andarem a tentar abortar"* (EP3);*"(...) então, se você abortar, se você tomar remédio, você matou! Então eu sou contra, fazer isso, então assim, eu levaria adiante a gestação, mas eu doaria. Eu deixaria para doação. Mas eu também não aceito que ela tire não. Tirar bebê eu não aceito. Melhor entregar"* (TEB6).

Entrega ilegal a terceiros

A categoria "entrega ilegal a terceiros" foi identificada unicamente por participantes brasileiros (7 profissionais de enfermagem - 1 enfermeira e 6 técnicas de

enfermagem). Nesta categoria, os profissionais de enfermagem brasileiros defendem a possibilidade de entrega de uma criança a terceiros através de um processo informal, não mediado pelos serviços de justiça, justificando que a entrega rápida de uma criança a alguém que simplesmente manifeste desejo de cuidar possa ser uma solução viável: "*Eu já vi, por exemplo, assim, apesar de não ser muito certo, né? Eu também vi a pessoa dar para outras pessoas, de uma forma ilegal. Então eu acho válido entendeu? Eu não acho, sabe, por muitas vezes, aquela pessoa, aquela criança vai para um abrigo e ela não fica com ninguém, entendeu? E se aquela pessoa a quem você vai dar, vai cuidar bem. Não é bom, mas também não é ruim"* (E_B27).

No seu entender, com este tipo de entrega, estaria se evitando que as crianças fiquem em acolhimento instituicional por muito tempo, acrescido também da possibilidade de nunca vir a ser adotadas. Adicionalmente, os profissionais citam a morosidade do processo de seleção e a burocracia pelas quais as famílias que pretendem adotar têm que passar, até se encontrarem devidamente selecionadas e integradas no Cadastro Nacional da Adoção. Narramos as verbalizações de um profissional brasileiro que ilustra a categoria:*"(...) Registou e depois mudou o registo. Já avisava a família para comprar o enxoval. Já escolhia e sabia quem ia cuidar. Algumas pessoas crucificam elas. Dizem como é possível. Eu aceito. Cada um sabe de si. (...) talvez fosse melhor arranjarem eles (pais) uma família para cuidar do bebê. Porque ir para o abrigo é ruim. Demora tempo. Muita burocracia, melhor arranjar uma família"* (TE_B3).

Prevenção da Gravidez

A categoria prevenção da gravidez foi identificada por apenas 5 participantes, majoritariamente de nacionalidade portuguesa (3 pessoas). Apesar de ter sido identificada por um número pouco significativo de profissionais, consideramos importante discutir esta questão.

De fato, os profissionais refletiram sobre a entrega de um filho associando este tipo de decisão à necessidade de prevenir uma gravidez indesejada com acesso a métodos contraceptivos e a consultas de planejamento familiar: *"(...) As pessoas*

devem pensar bem quando querem ter filhos. Ou em não ter filhos. Pensar na contracepção e não entregar os filhos" (E_P11).

Uma técnica de enfermagem brasileira (TE_B5) reflete sobre a necessidade de prevenir as situações de entrega prevenindo as gravidezes, relatando que, na actualidade, toda a gente tem possibilidade de evitar uma gestação não desejada, pelo que lhe parece difícil entender a necessidade de entregar uma criança: *"Cada um tem o direito de decidir por si, né? Eu acho que hoje nós temos um leque de oportunidades para não engravidar, entendeu? Está difícil aqui. Está difícil ali. Existem mil e uma oportunidades. (...) Então você tem oportunidades de evitar esse tipo de situação. Acho melhor do que entregar uma criança" (TE_B5).*

Na mesma linha de pensamento, um enfermeiro português (E_P5) chega mesmo a exprimir sentimentos de revolta face à entrega de um filho, demonstrando as suas dificuldades em lidar com estes tipos de situações, tendo em conta as facilidades que, no seu entender, as mulheres têm para só engravidar se assim o desejarem: *"(...) revolta-nos um bocadinho, pelo fato de hoje em dia tem-se filhos porque se quer, não é? Porque com tanta informação de métodos anticoncepcionais e tanta coisa que se fala. Mas, pronto, tentamos lidar com a situação o melhor possível"* (E_P5).

Ainda dentro da categoria, um outro enfermeiro português (E_P14) abordou a necessidade de se investir em políticas sociais de planejamento familiar eficazes, especialmente em relação aos cuidados de saúde primários, de forma a evitar que ocorram gestações não desejadas e nasçam filhos dos quais não se quer cuidar: "*Se se trabalhasse ao nível dos cuidados de saúde primários, estaríamos a prevenir…filhos entregues para adoção são filhos indesejados e isso trata-se com contracepção, com prevenção*" (E_P14).

Um técnico de enfermagem brasileiro (TE_B17) ressaltou também a importância das mulheres refletirem sobre se têm ou não maturidade para assumir e cuidar de uma criança, bem como ponderar sobre o momento certo para ter filho, de forma a prevenir gestações indesejadas e para as quais não se está preparado para levar adiante: "E*u acho que a mulher devia se prevenir. Preparar para ser mãe. Ela ter a oportunidade, ela mesmo ter o entendimento que não quer ser mãe. Que não é hora. Elas usam uns meios de evitar, de se prevenir. Só tem quem quer. O que devia*

acontecer é que (a maternidade) possa acontecer na hora que ela (mulher) estivesse preparada, amadurecida. Era assim que devia ser"(TEB17).

5.1.2 Tema 2: "Sobre os profissionais…"

Este tema contempla categorias relacionadas com a história de vida e vivências pessoais dos participantes, bem como outras referentes à sua atuação como profissionais de enfermagem num contexto de maternidade, especificamente no que se refere à sua formação profissional e trabalho em equipe e em interdisciplinariedade.

Apresentamos, no Quadro 7, as categorias e sub-categorias que compõe o tema 2, sendo as mesmas apresentadas de forma mais aprofundada, em seguida:

Quadro 7 – Quadro Síntese das categorias e subcategorias que compõe o tema 2

TEMA 2 - "SOBRE OS PROFISSIONAIS…"
História de Vida
• Antecedentes sociofamiliares
Vivência Profissional
• Atitude Profissional • Trabalho de equipe - Interdisciplinaridade • Intervir Precocemente • Pouco acompanhamento da situação de entrega • Formação

História de Vida

A categoria História de Vida foi uma das categorias mais abordada no presente estudo tendo sido identifcada pela totalidade dos participantes da amostra (67 profissionais de enfermagem). Nesta categoria, os profissionais de enfermagem, tanto brasileiros como portugueses, foram identificando momentos significativos do

seu percurso de vida, correspondendo estes à vivências relevantes numa fase de vida precoce, quando se encontravam ainda integrados na sua família de origem.

Ressaltamos que esta categoria se encontra estreitamente relacionada com um dos objetivos especificos da pesquisa, que pretende compreender de que modo a experiência pessoal na família de origem dos profissionais que participaram no estudo pode ter interferência no relacionamento destes face à mulheres que manifestam o desejo de entregar um filho para adoção.

No que se refere aos **antecedentes sociofamiliares**, os profissionais de enfermagem (brasileiros e portugueses) foram identificando, na sua história pregressa fatores associados a vivências marcadas por várias adversidades, correspondendo, no decorrer das entrevistas, a momentos de maior angústia e sofrimento, com a presença de choro e descontrole emocional. Uma das enfermeiras brasileiras (E_B13) ao abordar, por exemplo, o suicídio de um familiar próximo descreve assim esse período: "*(…) ele se suicidou e isso foi uma coisa que, assim, fez um tsunami na nossa família. Foi uma coisa muito difícil para a gente (emociona-se muito e chora). Foi horrível. Muito difícil mesmo. Difícil de suportar para todos*" (E_B13).

Estes tipos de antecedentes mais adversos foram identificados num número significativo de participantes (45 pessoas, das duas nacionalidades), remetendo para a existência (na amostra da nossa pesquisa) de um número elevado de profissionais com uma história de vida dificil, marcada por experiências negativas no seu crescimento.

Salientamos que, na nossa amostra, foram os profissionais de enfermagem brasileiros a identificar momentos mais difíceis nas suas vidas (41 profissionais de enfermagem), sendo somente 4 enfermeiros portugueses a citarem este tipo de acontecimentos.

Dos fatores descritos pelos profissionais, estes encontravam-se associados a diferentes situações, caracterizando-se por carências em diversas áreas (39 participantes de ambas as nacionalidades), alcoolismo por parte de algum familiar (7 profissionais brasileiros e portugueses), episódios de violência doméstica (2 profissionais brasileiros), divórcio dos pais (11 participantes brasileiros), doença grave de algum familiar (14 profissionais de enfermagem brasileiros) ou gravidez na adolescência (9 participantes brasileiros). Alguns dos profissionais (5 indivíduos de

nacionalidade brasileira e portuguesa) identificaram ainda como outra sub-categoria, a vivência em acolhimento institucional durante períodos da sua vida mais ou menos longos.

Alguns participantes relataram ter vivenciado mais de um tipo de adversidade ao longo do seu percurso de vida, identificando, deste modo, mais do que um factor relevante negativo na sua história de vida.

Uma técnica de enfermagem brasileira (TEB2) aborda a coexistência de diversos acontecimentos negativos e difíceis para si, principalmente dificuldades financeiras agravadas pelo alcoolismo e violência doméstica a que esteve sujeita: *"(...) E o meu pai, ele era agressivo. Quando ele estava muito bêbado mesmo. Quando ele não conseguia fazer, vender os produtos que ele vendia, ele era ambulante, então, quando ele não conseguia vender os produtos dele, ele chegava muito bravo. Porque para pagar a bebida sempre aparece alguém. Agora, para ajudar quando a família precisa de necessidade, não aparece ninguém. Então, ele bebia e já chegava em casa bêbado. Ele vinha com agressividade para cima da minha mãe. Ele batia muito nela. Nós assistíamos a essas agressões. A gente ficava horrorizado. A gente ficava assustado. Achava que ia acontecer alguma coisa mais grave. A gente chorava muito. Eu lembro que eu e o meu irmão mais velho, ele tremia muito, ele ficava em estado de choque. (…)"* (TEB2).

Uma das enfermeiras brasileiras relata a doença grave da sua mãe, situação que promoveu o internamento hospitalar desta durante vários meses. A participante expressa o sentimento de abandono que sentiu, agravado pelas dificuldades econômicas por que passava a sua família: "(...) *Acho que foi uns 9 meses. (...) Ficamos sem mãe, porque minha mãe, ela já era doente. Ela inicialmente não sabia o que é que tinha, mas ela tinha tuberculose. Aí, sabe, naquela época, se internava e ela ficou internada longe, muito, muito longe. Para nós era o fim do mundo e nós ficamos sem mãe. (...) Então, essas coisas eu lembro ainda, eu era tão inocente. Aí foi um trauma. Sim. Eu lembro que a gente não tinha mãe. E passava muitas necessidades"* (EB21).

Aprofundando um pouco mais na categoria, percebemos como ter vivenciado algum tipo de carência no decorrer da sua história pregressa foi um dos

fatores que se mostrou mais relevante para os participantes, sendo identificado por trinta e nove (39) profissionais de enfermagem, de ambas as nacionalidades.

Salientamos que estes resultados têm um maior significado no que diz respeito aos profissionais brasileiros, tendo em conta que unicamente três (3) enfermeiros portugueses identificaram este tipo de situação na sua história de vida. Esclarecemos, ainda, que estas situações podiam integrar carência ao nível da situação econômica, escolar/educacional e/ou ao nível emocional/afetivo.

Observamos, então, que entre os diferentes tipos de carência, as carências financeiras foram as situações verbalizadas por um maior número de participantes (28 profissionais brasileiros e portugueses).

Um dos enfermeiros brasileiros (E_B14) descreve de forma bem evidente a sua vivência numa situação de carência, ao nível econômico, educacional e emocional/afetivo: *"(…) Então, era uma infância assim, meio que falta de carinho. A minha mãe, a gente tinha uma dificuldade financeira grande e meu pai era meio que grosseiro com a minha mãe, e ele achava que a minha mãe era inferior. Pouca educação, né? (...). Então, assim, é uma infância que não foi assim tão boa"* (E_B14).

Continuando a reflexão sobre os antecedentes sociofamiliares dos participantes, observamos como, ainda que estes tenham identificado diversas adversidades e momentos difíceis na sua história de vida, cinquenta e cinco (55) profissionais - sendo que, destes 55, doze (12) correspondem a verbalizações de enfermeiros portugueses - expressaram também a vivência de memórias positivas e de recordações associadas a momentos de felicidade e alegria.

Do que foi apresentado pelos diferentes profissionais brasileiros e portugueses, evidenciam-se dois tipos de mémorias vivenciadas como positivas, sentidas como significativas para a história de vida dos participantes. A primeira encontra-se relacionada com a possibilidade de brincar de forma livre e sem receios, integrando uma comunidade sentida como acolhedora e protetora. Em algumas das verbalizações, esta vivência encontra-se associada à vivência em meio rural ainda que alguns dos profissionais que expressaram este tipo de recordação, estavam integrados numa grande cidade, mas vivendo em áreas de periferia. Uma enfermeira brasileira (E_B20) ilustra de forma muito clara esta vivência: "(...) *Porque eu me lembro que eu brincava na rua de queimada, de taco, até de madrugada. Me lembro da minha mãe e*

do meu pai sentarem na calçada e ficarem olhando enquanto a gente brincava. Me lembro do calor, de estar todo o mundo ali brincando. Embora eu venha de uma periferia, eu tive infância (...) Esse é o que mais ficou. Porque assim, vim de periferia? Vim, mas eu tive uma infância. Eu brinquei, eu brinquei de corda. Eu brinquei de elástico, mesmo que fosse um elástico feito de uma meia calça, então, assim, eu tive isso (...)" (EB20).

Um segundo aspecto apresentado como uma memória relevante positiva é a valorização do "estudar", bem como o incentivo parental na formação escolar dos filhos. Este aspecto é particularmente evidente nos profissionais brasileiros, que descrevem este fator como de grande relevância para o seu crescimento e amadurecimento pessoal, expressando, ainda, o sentimento de ser cuidado, de receber atenção e proteção parental. Por outro lado, os profissionais de enfermagem consideram que esta atitude, por parte dos seus pais, foi fundamental na continuação e progressão dos seus estudos, bem como no alcance de uma educação mais diferenciada.

No entendimento destes profissionais, quer sejam de nacionalidade brasileira, quer portuguesa, este aspecto revelou-se, deste modo, de extrema importância para a sua formação acadêmica, bem como para a possibilidade de terem sido capazes de atingir um grau acadêmico de graduação e pós-graduação:*"(...) Sou de família muito humilde. Meus pais, eles eram semialfabetizados, mas sempre prezaram muito em cuidar dos filhos. E aí sempre prezaram muito em cuidar, porque na concepção deles, a família sempre esteve em primeiro lugar, então sempre foram muito cuidadosos conosco. Incentivaram os filhos todos a estudar, sem precisar forçarem para isso. Isso é muito bom. Isso fez a diferença para nós"* (EB13).

Vivência profissional

A categoria vivência profissional foi outra das categorias que se revelou relevante para os participantes da amostra, que foram descrevendo diferentes fatores relacionados à sua atuação profissional em contexto de maternidade, perante situações de entrega de um filho para adoção.

Dentro desta categoria, o primeiro fator que destacamos, abordado por

cinquenta e sete (57) participantes, é a importância que os profissionais destacam em relação à **atitude profissional** em relação às mulheres que manifestam o desejo de entregar um filho. Ressaltamos, que a quase totalidade dos enfermeiros portugueses (13 sujeitos) abordaram este factor na entrevista, tecendo várias considerações sobre este assunto em particular, parecendo reforçar a importância de se refletir sobre este aspecto nos profissionais de enfermagem que exercem funções neste tipo de contexto profissional.

Aprofundando um pouco mais a que se referem os profissionais quando abordam a dimensão atitude profissional, observamos como, em trinta e seis (36) participantes (de ambas as nacionalidades), foram identificadas verbalizações associadas a um julgamento e juízos de valor face ao comportamento das mulheres que manifestam o desejo de entregar um filho para adoção, sendo notório algum preconceito face a estas mulheres e à decisão tomada por estas: *"(...) A mãe não quis ver o bebê e aí ele foi para a adoção direto. Não quis ver o filho, para não criar vínculo com ele. Eu não conseguia, na minha cabeça, como assim? Como? Como pode uma pessoa só pensar dessa forma? Tem que ver com toda a situação dela. Sei que não posso julgar, mas eu não consigo entender isso. No caso dessa mãe que faz isso (entrega), então, ela já entrega o filho para adoção e já não quer ver a criança. Para não ter esse vínculo com a criança. Então, eu não sei, não sei como uma mãe. Não sei explicar porque é que faz isso, como tem coragem de fazer isso? "* (E_B25).

De fato, as falas apresentadas pelos profissionais são explícitas em relação ao sentimento de incompreensão face ao desejo de não assumir um filho, bem como de emoções como revolta e zanga face a estas mulheres: *"Ver alguém que não quer um filho e dá-lo para a adoção. Acho que não devia fazer parte da cabeça das mães. Mesmo que não haja dinheiro, se ela já o teve deve ficar com ele. É uma coisa que revolta, mas que infelizmente existe. Acho que é muito constrangedor e revoltante"* (E_P9).

Por outro lado, para estes profissionais, o fato de não aceitarem que uma mulher possa não desejar ser mãe, parece algo que dificulta ainda mais a sua não aceitação da decisão de entregar um filho, promovendo uma atitude mais rígida e menos tolerante face a estas mulheres: *"(...) É que é assim, é um pouco difíci. Porque é que nem eu te falei, eu não consigo entender como que uma pessoa não quer ter um*

filho. Mesmo que você engravide sem querer, independente de quais as condições, que você engravidou. Como que você não quer o filho? Acho muito complicado aceitar isso" (TEB23).

Um outro aspecto que consideramos importante ressaltar é a aparente dificuldade que os profissionais de enfermagem parecem apresentar em se afastar dos seus princípios e valores pessoais, observando-se um confronto entre a realidade da mulher que manifesta o desejo de entregar um filho e a sua própria experiência pessoal.

De fato, os profissionais parecem facilmente justificar uma atuação profissional baseada em fatos vivenciados por eles próprios pelo modo como supostamente atuariam perante uma situação vivencial semelhante: *"(...) É que nem eu falei, falta de dinheiro não justifica, né. Porque se vai trabalhar, né. Eu, como fui mãe solteira, não tive apoio nenhum e nem por isso acabei entregando a minha menina e, na verdade, nenhuma situação é motivo para a adoção, entendeu?"* (EB18).

Em 24 participantes (brasileiros e portugueses), foi identificado este tipo de entendimento, ficando exposta a dificuldade dos profissionais de enfermagem atuarem de uma forma mais profissional perante situações onde outros atuam ao contrário daquilo que os participantes têm entendido como o "correto e que deve ser": *"Eu acho que para um profissional que é mãe ainda é mais difícil tratar com estas situações. Quando se é mãe vive-se para o filho, mais do que para o casal. Nos profissionais faz mais confusão porque o filho é a esperança de vida, é o nosso prolongamento, enquanto profissionais de enfermagem"* (EP12).

Adicionalmente, o confronto com a experiência e vivência pessoal face à maternidade muitas vezes permeado por idealizações, parece dificultar ainda mais a possibilidade de aceitação de outras formas de actuação/reacção perante uma gestação e/ou o nascimento de um filho:

"Não consigo pensar em me separar da minha filha. Ficar sem ela seria como ficar sem coração, tirar-me tudo. Ainda que algumas destas mulheres possam parecer levianas, não acredito que a entrega não deixe uma dor profunda. Ter um filho e este morrer é muito duro, mas ter um filho que se deixou de saber o que lhe vai acontecer também é muito forte (EP10);

"Então, eu não consigo entender como que uma mulher queira doar seu filho, porque ter um filho é uma bênção, na nossa vida. Por mais que no início você possa pensar que, nossa, ai, meu Deus, engravidei. O que é que eu vou fazer? Eu não consigo imaginar uma situação de uma pessoa querer doar uma criança, porque eu, graças a Deus, a minha gravidez

foi programada, eu resolvi, eu quero ser mãe, vou engravidar e fiz o que precisava para engravidar" (TEB23).

Continuando a reflexão sobre a atitude profissional dos participantes do nosso estudo, e, ainda observando desafios e constrangimentos no relacionamento e atuação profissional dos profissionais de enfermagem em relação à mulheres que manifestam o desejo de entregar um filho, observamos como dezanove (19) participantes, entre brasileiros e portugueses, expressaram o reconhecimento da importância de respeitar a decisão das mulheres, verbalizando que cada uma delas apresenta uma vivência única e singular que deve ser respeitada e levada em consideração: "*Então, vai muito assim…de cada caso é um caso. Nesse caso vai ficar avaliando tudo igual? Não pode ser*" (E_B18).

Uma enfermeira portuguesa (E_P7) acrescenta, ainda, a importância do acompanhamento a estas mulheres, numa relação individualizada, de respeito e de ajuda face à sua tomada de decisão: "*Eu acho que o importante é respeitar a vontade da mãe e ir acompanhando a situação, para ajudá-la de verdade. Também a importância da privacidade e da individualização da cada situação. Cada mulher representa uma situação, única, diferente. A dela*" (E_P7).

Aprofundando a categoria vivência profissional, vinte e dois (22) participantes da amostra (brasileiros e portugueses) identificaram também a relevância do **trabalho de equipe**, bem como de uma **intervenção interdisciplinar** no seguimento deste tipo de situação. De fato, um número significativo de profissionais de enfermagem reforça a importância de partilhar informação e conhecimento com os colegas de enfermagem quando se confrontam com uma situação de entrega, bem como de acionar a intervenção do serviço social e da psicologia de forma a uma melhor compreensão do contexto vivencial da mulher e dos motivos que estão por trás desta decisão: "*(..) mas aí cabe à psicóloga trabalhar, conversar. O serviço Social ver o que está acontecendo para ter tudo…amarração, né. Amarra o serviço da enfermeira, com o da psicóloga, do serviço social. Vamos amarrar junto, para ver onde a gente vai canalizar…é o cordão, né. Depois amarra e vem o final. Ver o que vai dar*" (E_B3).

Relacionado também com o trabalho de equipe e interdisciplinariedade que deve ser realizado, os participantes brasileiros e portugueses (13 profissionais) identificaram a importância de uma avaliação e de **intervir precocemente,** o mais cedo possível, na avalição das situações de entrega de uma criança: "*Também acho importante perceber se existe família alargada. Para perceber se podem dar uma ajuda. Se a mãe quiser para a ajudar a cuidar da criança, ou se não quiser, se a podem ajudar na sua decisão*" (EP10).

É interessante verificar que, quando os profissionais de enfermagem percebem não haver mais possibilidade de manter os laços entre mãe e filho, parece haver a necessidade de se separar rapidamente a díade: *"Eu acho que se a mãe não tem interesse de ficar com o bebê, eu acho que já tem que cortar o vínculo. É melhor para os dois. Trabalhar para terem projetos futuros diferentes desde o início*" (EB17). Pensamos se esta decisão advém de um desejo expresso pela mulher ou se dos próprios profissionais. Refletimos, ainda, sobre o modo como se desenrola esta separação, bem como da necessidade de repensar práticas de forma a ajudar mãe e bebê nesta tomada de decisão.

Ainda relacionado com a vivência profissional, nove (9) profissionais de enfermagem, de ambas as nacionalidades, relataram considerar que têm **pouco acompanhamento nas situações de entrega**, justificando esta situação pelo fato das mulheres se manterem pouco tempo no contexto hospitalar, situação que dificulta o estabelecimento de uma relação mais próxima com estas: "*Aqui eu sinto que a gente tem pouco contato com as mães que resolvem entregar seus bebês. Elas passam muito pouco tempo conosco. Não dá para fazer grande coisa"* (EB9). Neste seguimento, abordam também a dificuldade de conseguirem fazer um trabalho de maior qualidade e profundidade com estas mulheres:*"(...) acabo por não criar, propriamente, uma relação com estas mulheres. Elas estão pouco tempo no hospital ou na enfermaria. Rapidamente querem ir embora. Não querem ter muita atenção e que se fale muito com elas*" (EP2).

Um último aspecto abordado pelos participantes relativo à sua vivência profissional refere-se à **formação** dos profissionais. Ainda que tenha sido abordado unicamente por três (3) enfermeiros portugueses, refletimos sobre este último aspecto

na medida que nos parece de extrema relevância para o aprofundamento do tema em discussão.

De fato, os profissionais de enfermagem portugueses identificaram as lacunas ao nível da reflexão sobre o tema em estudo no decorrer da sua formação acadêmica, o que, no seu entender, agrava as dificuldades no que se refere à sua capacidade e confiança para lidar de forma adequada com situações mais atípicas e menos comuns, tais como a entrega de um filho. Os profissionais de enfermagem expressam, de forma muito relevante, a dificuldade de quebrar padrões e normas sociais assumidas pela sociedade e que se estendem à comunidade acadêmica: "*Na formação de enfermagem não se fala sobre essas situações de entrega. Fala-se sobre morte fetal, mas a entrega não. Acho que é difícil abordar estas temáticas. Não são muito frequentes e mexem com os sentimentos das pessoas, com os seus ideais do que é ser mãe, de cuidar de bebês(...)*" (EP7).

5.1.3 Tema 3: O que representa maternidade?

Tendo como base o verbalizado pelos participantes da amostra do nosso estudo, alcançamos o terceiro tema, onde os particpantes se debruçam sobre a maternidade, bem como sobre o que este conceito representa.

O tema engloba categorias que remetem para aquilo que os profissionais de enfermagem entendem que deve objetivar a função materna, alguns desafios presentes na maternidade, o que representa o "amor materno" e, por último, outras formas de subjetividade feminina que não somente a maternidade.

Encontram-se descritas, no Quadro 8, as categorias e sub-categorias que compõe o tema 3, sendo as mesmas aprofundadas em seguida:

Quadro 8 – Quadro Síntese das categorias e subcategorias que compõe o tema 3

TEMA 3 - "O QUE REPRESENTA A MATERNIDADE ?"
Mãe acima de tudo!
• Amor incondicional • Amor fora do comum • Mãe é tudo! • "Doar-se" na maternidade • Instinto materno • Realização da mulher
Função Materna
• Responsabilidade e Parentalidade • Proteção • Construção de um vínculo • Autonomia dos filhos
Ambivalência na maternidade
• Desafios na maternidade • O amor não nasce da barriga! • Ser mãe é padecer no paraíso!
Outras formas de subjetividade da mulher

Mãe acima de tudo!

De uma forma geral, um número significativo de participantes (54) entre profissionais de enfermagem brasileiros e portugueses identificaram que ser mãe representa algo especial, difícil de explicar: "(…) *mãe, é uma coisa, assim, muito difícil de explicar. A gente ama, cuida, a gente defende com unhas e dentes. Mãe para mim é uma coisa muito… é uma coisa inexplicável(…)*" (EB10). Apesar de ser associado a algo inexplicável, parece ser majoritariamente associado a algo prazeroso e amoroso: "*Ah, ser mãe é maravilhoso. Ser mãe é, é uma coisa mágica. Tem suas dificuldades também.*

Que a gente perde um pouco da gente. A gente passa, a vida gira em torno daquele serzinho ali que agora é seu. Mas é bom. Mãe é tudo!" (TEB16).

Por outro lado, alguns profissionais expressam o seu entendimento da maternidade como estando centrada na criança, nas suas necessidades e desejos, sendo que, no entendimento destes, a mãe deve abdicar de si própria em prol dos filhos:

"Se eu pudesse tirar um pedacinho de lua, um pedacinho de céu para eu lhe dar. Eu acho que é isso. Mãe é você abrir mão de você, em prol de uma criança" (EB13);

"Eu acho que é um amor que não se consegue descrever. É uma coisa incondicional. (...) E uma das maiores dificuldades eu acho que é se estamos a desempenhar bem o nosso papel e se aquilo que estamos a fazer se é realmente o melhor. E eu acho que ser mãe é isso mesmo. É ser o melhor que nós sabemos para eles. Dar-lhes amor, carinho, tentar compreendê-los, tentar perceber os medos, desmistificar as dúvidas, os medos" (EP5).

Consideramos relevante como estas indagações parecem sugestivas de ideias permeadas por idealizações, onde a mãe é colocada num lugar de perfeição, sempre apta a responder de forma adequada aquilo que o filho precisa.

Aprofundando um pouco mais a categoria, observamos como dezessete (17) profissionais de enfermagem, de ambas as nacionalidades, consideram também que ser mãe implica um **amor incondicional**: "*O amor de mãe é o maior amor do mundo*!" (EB16), sem limites, onde o cuidar está sempre presente: "(…)*Cuidar, dar amor sem limites, sem medida*" (EB8) e onde a criança é colocada em primeiro lugar: *"(…) mãe é você abrir mão de você, em prol de uma criança*" (EB13).

Na linha do citado anteriormente por outros colegas, uma outra enfermeira brasileira (EB14) acrescenta, ainda, que a mãe se anula face ao filho: "*Você se anula como pessoa, para viver em função daquele ser humaninho. Eu acredito que é isso. Eu sinto isso*" (EB14), dando a entender que ao ser mãe, a mulher tenha de "perder" a sua identidade para exercer de forma adequada o seu papel de mãe.

Ressaltamos que estes tipos de verbalizações não se observam unicamente junto aos profissionais que têm filhos e que já vivenciaram esse tipo de experiência. De

fato, mesmo naqueles que não têm filhos, este tipo de verbalizações se verificam de forma recorrente, parecendo indicador de como este tipo de ideias não parece advir de uma experiência real mas, sim, do imaginário presente nos participantes. Vejamos o exemplo da fala de uma enfermeira brasileira que não tem filhos: (…)V*ocê dá a sua vida pelo seu filho. Dá tudo o que ele precisa. Você não pensa mais em você, você só pensa no seu filho. Você quer fazer tudo o que você pode para ele. É um amor incondicional, né?"* (EB4).

Considerando a ideia da maternidade como relacionada à vivência deste amor materno, encontramos uma outra dimensão, identificada por seis (6) participantes, que associam a experiência de ser mãe a um **amor fora do comum.** Relatamos que esta ideia se encontra presente somente nos profissionais de enfermagem brasileiros, sendo que uma das enfermeiras (que não tem filhos) descreve, de forma bem clara esta situação: *"Aí eu acho que deve ser uma coisa extraordinária. Um amor fora do comum. Eu sonho muito em ser mãe. Eu acho que vai me fazer crescer mais né? (...). Aquela frase, quando você for mãe você vai saber como é que é. (...)"* (EB2).

De fato, neste âmbito, podemos identificar algumas indagações por parte de alguns participantes, que apontam o sentido da vivência da maternidade como uma experiência quase transcendental, onde se vive sempre com o "coração": (...) *tirar o seu coração para fora e botar num outro (filho). Ter que colocar o coração sempre na frente (...)"* (TEB2).

Por outro lado, uma das técnicas de enfermagem brasileiras aborda também o amor da mãe para um filho, como algo único e sempre genuíno: "*Ser mãe, ser mãe é amar, né? Eu falo que só existe amor de mãe para filho. Eu sempre falo isso. De pai para filho acho que não existe. Por isso acho que é o amor mais sincero que existe"* (TEB15).

Continuando a análise da categoria, alguns profissionais de enfermagem (5 participantes brasileiros e 1 português), por seu lado, identificam a experiência de maternidade como **"Mãe é tudo!"**, fazendo uma associação entre ser mãe e estar no "centro de tudo", prestando um apoio incondicional e estando sempre disponível para o filho: *"(...) Uma mãe deve ser o centro. Do que fazemos. Ter respeito pelo outro. Uma*

mãe deve ser tudo. Acima de tudo deve estar sempre lá. Acho que isso é que ser mãe. Sim, estar sempre lá aconteça o que acontecer. É isso, estar sempre lá" (EP8).

Uma das técnicas de enfermagem brasileira (TEB7) faz ainda uma associação entre a maternidade e uma vivência sempre *"gratificante e maravilhosa"*, chegando mesmo a verbalizar a experiência de ser mãe como *"a melhor coisa do mundo*" (TEB7).

Na linha do que foi apresentado, onze (11) participantes, majoritariamente enfermeiros e técnicos de enfermagem brasileiros, identificam um outra dimensão na experiência de ser mãe - **doar-se na maternidade.**

Neste sentido, os profissionais parecem colocar a mãe num lugar de submissão e subserviência face à criança, que evidencia um lugar de primazia nas preocupações e decisões da mulher: *"(...) É doação. Às vezes, você deixa de cuidar de você para cuidar do filho. Eu acho que mãe é doação. Você se doa. Tem que doar, aprender a cuidar de alguém que Deus te confiou"* (EB10).

Uma outra enfermeira brasileira (EB1) aborda ainda, além da ideia de "doação", um aspecto bastante interessante, expressando que a mãe objetiva ver sempre um filho *"bem",* remetendo mais uma vez para uma ideia idealizada da maternidade associada a algo perfeito, onde as crianças se sentem sempre felizes e onde parece não haver espaço psíquico para reconhecer o desanimo ou a frustação: "*Eu acho que é uma doação sem limites. A mãe se doa o tempo todo sem limites. Ela deixa de fazer para ela e faz para o filho. Ela quer ver o filho bem. Bem, feliz, onde todos se dão bem e querem ser sempre felizes"* (EB1). Por outro lado, refletimos sobre o que representa estar sempre "bem", tendo em conta que sabemos como a parentalidade face a uma criança implica limites e contenção, causadores de momentos de angústia, tristeza, zanga e agressividade, entre outros, por parte da criança.

Ainda que abordado por um número reduzido de profissionais de enfermagem (brasileiros e portugueses), deparamo-nos com a presença de uma dimensão bastante relevante para a presente pesquisa e que remete para o conceito de **instinto materno**.

De fato, em seis (6) profissionais de enfermagem de ambas as nacionalidades, a representação do que é ser mãe encontra-se associada a algo

biológico, que aparece de forma espontânea e se encontra presente em todas as mulheres. Adicionalmente, o reconhecimento da existência deste instinto materno remete para a maternidade associada a um dom divino, que nasce com a condição feminina. Algo único, que existindo em todas as mulheres, facilita condições para que estas consigam cuidar de forma adequada uma criança: *"(..) apesar de todos os constrangimentos da vida, acho que não há ninguém como a mãe que o gera para cuidar dele. É como se fosse um instinto. Nasce com ela (mulher)"* (E_P12).

É interessante ressaltar que uma das falas que melhor ilustra este aspecto é o de um enfermeiro brasileiro, solteiro, sem filhos, que aborda da seguinte forma este aspecto: *"Eu acredito que ser mãe seja um dom divino. É uma coisa inerente só às mulheres. Se bem que, hoje em dia, nós vemos alguns pais que fazem o papel de mãe, mas a mãe em si é algo sublime. É um dom de Deus"* (E_B19).

Nesta linha de pensamento, uma outra profissional de enfermagem, por seu lado, reforça a representação da maternidade como associada a um vínculo biológico, que se estabelece logo após o nascimento e que não deve ser rompido: *"Eu acho que é aquele momento que a gente nem conhece (nascimento) e a gente já cria um vínculo de amor pelo bebê. Eu acho que todas (mulheres) temos. Todas nós temos. Esse instinto materno de cuidar de alguém"* (E_B1).

É interessante observar como este tipo de entendimento atravessa o imaginário de homens e mulheres, reforçando a sua presença independente do gênero e da experiência pessoal de cada pessoa.

Num último aspecto da categoria, observamos ainda como alguns dos participantes (no caso, profissionais de ambas as nacionalidades) associam a representação de maternidade como um desejo que permeia o imaginário feminino e que faz com que, no entender destes profissionais, todas as mulheres desejem um dia ser mães: *"Ai, eu acho que é lindo. É maravilhoso. É uma realização de uma vida. É algo que não se compra. É algo único. Eu acho que a mulher se realiza. Toda a mulher quer ter um filho né? É um pedacinho seu. Tiram aí de dentro. Eu acho que é muito bom (...) A sua sementinha que está ali"* (E_B6).

A maternidade aparece, assim, como a principal **realização da mulher**, parecendo haver, no espaço psíquico destes profissionais de enfermagem, pouca

abertura para outras formas de subjetivação feminina ou, até, que uma mulher possa nunca desejar ser mãe.

Face ao exposto, ressalvamos, tal como já relatado, como os participantes parecem expressar uma representação de maternidade bastante idealizada, onde um dos papeis mais importantes para a mulher é o de ser mãe: "*Ser mãe traz felicidade e realização. Apesar de ainda não ser (mãe), quero muito ser. Espero vir a ser"* (E_P9).

Função Materna

Relacionado com a representação de maternidade, alguns profissionais de enfermagem (27 participantes), brasileiros e portugueses, debruçaram a sua reflexão relativamente ao que corrresponde para si a função materna.

Aprofundando a categoria, observamos que, para 15 participantes, de ambas as nacionalidades, ser mãe pressupõe, de um modo geral: "*educar e preparar um filho para a vida*" (E_B20). Neste sentido, uma das principais funções da mãe encontra-se associada à **responsabilidade e parentalidade**, sendo ressaltado por estes a importância dos afetos, apoio e suporte, dos cuidados maternos, mas também a transmissão de valores de forma a promover um crescimento saudável do filho, numa preparação para a idade adulta: *"(...) Ser mãe é proteger, ter uma aprendizagem do que é o mais adequado possível, transmissão de valores que nós consideramos mais certos. É uma grande responsabilidade"* (E_P12).

Neste seguimento, duas enfermeiras expressam a importância do papel da mãe na educação de um filho, reforçando a relevância da transmissão de valores, na construção da personalidade da criança e para a sua vida futura:

"Ser mãe, eu acho que é a pessoa de maior responsabilidade nessa vida. Porque você vai estruturar uma pessoa desde o seu ventre. Então você tem que transmitir muitos valores, aprender a ensinar eles a tolerar, a escutar e isso é muito difícil, porque cada um tem a sua personalidade(...) e aí você tem que estar moldando eles, porque senão você não prepara eles para a vida e isso é que é responsabilidade de mãe (...)" (E_B5);

"É o cuidar. É o educar. É o melhor projeto que se pode ter para mudar o mundo. Alguém (filho) com quem podemos fazer a diferença. Acredito muito no afeto e por isso ser mãe passa muito pelo afeto. Acima de tudo é uma aprendizagem" (EP7).

Adicionalmente, uma técnica de enfermagem brasileira expressa de uma forma bastante realista, alguns aspetos não tão prazerosos associados à responsabilidade de ser mãe, reforçando o peso do papel materno e do que se pressupõe ser a responsabilidade do exercício da maternidade: *"Ser mãe é uma responsabilidade enorme, prazerosa, assim, mas, eu acho, sofrida. Muita responsabilidade, sabe, você tem que educar uma criança, cuidar. A responsabilidade da mãe é uma coisa muito grande"* (TEB20).

Um outro aspeto associado à função materna, identificado por nove (9) participantes de ambas as nacionalidades, é a necessidade de **proteção** à criança. Neste caso, os profissionais de enfermagem abordam a importância da maternidade como relacionada ao cuidar de um filho e o proteger de eventuais perigos, mas também em promover na criança o sentimento de se sentir protegida por alguém: "*(...) Então é proteção. Mãe é proteção. Mãe é sentir-se acolhido, acarinhado. Eu acho que é alegria. É você saber que tem alguém que vai te proteger. Eu acho que isso é ser mãe"* (EB11).

Associado a este aspecto, uma das enfermeiras brasileiras reflete sobre os elevados níveis de ansiedade, de excesso de cuidado e de dependência dos filhos, consequentes à presença deste instinto de proteção, que em excesso pode ser prejudicial para as crianças: *"(...) A gente quer proteger ela (criança) do mundo, né. A gente acha que ela é frágil, né. Ela (criança) não é tão vulnerável assim, tão fraca assim como pensamos. Isso pode até atrapalhar ela, na vida dela. Porque você não acha que ela é capaz de fazer as coisas dela. Ela é capaz sim. (...) E, assim, eu vejo essa maior dificuldade. Proteger demais é ruim"* (EB13).

Uma outra enfermeira brasileira aborda também como a experiência de maternidade pode promover, nas mães, níveis elevados de angústia e ansiedade, tendo em conta a preocupação face ao futuro e ao que a criança pode vivenciar, em especial no que se refere a aspetos mais negativos que podem trazer prejuízos, dificuldades ou desafios no crescimento e desenvolvimento da criança: *" (...) hoje eu*

tenho, assim, um pouco mais de medo, hoje eu tenho um pouco mais de preocupação. É coisas que eu não tinha antes e que agora tenho (...)" (EB20).

Por outro lado, aprofundando a categoria, citamos um outro aspeto, identificado por um número reduzido de participantes (2 profissionais de enfermagem brasileiros e 2 enfermeiras portuguesas), mas que nos parece importante realçar - a experiência de maternidade vista como a **construção de um vínculo** afetivo, sendo função da mãe construir e consolidar este vínculo com a criança.

De fato, para estes quatro profissionais de enfermagem, a vivência de maternidade começa ainda durante a gestação, quando a mãe imagina e sonha com o seu bebê imaginário. De acordo com estes participantes, a expectativa do nascimento e do confronto com o bebê real favorece as mulheres a estabelecerem um vínculo e laços afetivos com o bebê, relação esta que vai se estreitando e aprofundando ao longo da vida.

Assim, ao contrário do que tinha sido exposto por outros profissionais de enfermagem, estas quatro pessoas, contrapõem a ideia de maternidade associada a algo espontâneo, que aparece e desponta após o nascimento mas, pelo contrário, a vivencia de sentimentos e relações que vão se construindo ao longo do tempo: *"Na verdade, é um amor que cresce e cresce e cresce, cresce a cada minuto, incontrolavelmente e que quanto mais a gente está com ele, mais gosta e por isso, faz-me um bocado confusão aqueles confrontos que se criam entre pais e filhos, porque na verdade é um amor que cresce diariamente, hora a hora, minuto a minuto"* (EP3).

Terminamos a reflexão sobre a categoria, abordando um último aspecto identificado somente por profissionais de enfermagem brasileiros (1 enfermeiro e 2 técnicos de enfermagem), encontrando-se relacionado com a experiência de maternidade como almejando a promoção de **autonomia dos filhos**: "(…) *função de mãe é soltar a criança na terra. É você trazer educação, dar amor, ensinar o respeito. É ensinar ele a se portar do lado de fora e deixá-los partir (filhos)"* (TEB5).

Uma enfermeira brasileira (EB7), abordando também este aspecto relativo aos seus filhos maiores de idade que já são autônomos em relação a ela, relata que os filhos devem ser ajudados a ser autonômos e não a viver dependentes da figura materna. No seu entender, a mãe deve ser promotora de uma individualização face aos filhos, facilitando um espaço para que eles "voem sozinhos" um dia: "*Acho que*

criar os filhos não é criar um filho para si. Não sofro da síndrome do ninho vazio. Os meus filhos foram embora, não estou preocupada (...). Acho bacana demais ter notícias de que tudo vai bem na vida deles. Isso para mim, dá a sensação de que eu fiz, eu cumpri a minha proposta. Eu tinha esse propósito na minha vida" (EB7).

Ambivalência na maternidade

Integrado no tema sobre o que representa a maternidade, encontramos uma categoria identificada por vinte e cinco (25) participantes, de ambas as nacionalidades, que remete para as aspectos bastante relevantes acerca do que é ser mãe. Nesta categoria, os participantes fazem algumas colocações acerca da ambivalência presente na vivência da maternidade, especialmente, reconhecendo a existência de momentos em que são vivenciados sentimentos não tão prazerosos/amorosos face aos filhos, como a indiferença ou o desapego: *"(...) Tipo eu peguei aquele bebê (filho), porque aqui eu estou acostumada a pegar bebês todos os dias, foi a mesma sensação. Por mais que a gente goste dele, dá emoção a gente pegar num bebê, é claro. Mas foi uma sensação igual, tipo, é um bebê. Não foi aquele negócio: Ah, é o meu filho, que eu planejei a vida inteira, sabe"* (EB24).

Aprofundando a categoria, verificamos com um número pouco significativo de profissionais de enfermagem (18 participantes), brasileiros e portugueses, identificam, especificamente, vários **desafios na maternidade**, verbalizando como o vínculo afetivo construido com os filhos nem sempre seja, assim, tão fácil e/ou espontâneo. Estes desafios na vivência da maternidade colocam as mães face a uma dualidade de sentimentos, oscilando entre o desejo de ser uma boa mãe e cuidar bem do seu filho, amando-o de forma incondicional e, por outro lado, o desejo de investir no trabalho, na carreira profissional ou em outros projetos pessoais: *"(...) E às vezes a gente perde a paciência, porque a gente está cansada, trabalha demais, a gente fica esgotada. A paciência esgota e quando você tem uma certa atitude com o filho, mais tarde você fala assim, nossa, porque é que eu fiz isso? A criança não merece isso. Eu tenho os meus problemas fora, no trabalho, com o marido. Eu procuro não levar problema de fora, mas sem querer isso faz a gente ficar cansado e, às vezes, a gente acaba descarregando numa pessoa que não tem culpa. Então é ruim"* (EB3).

Assim, na presença destes desafios, alguns profissionais abordam a vivência de receios, frustrações, desilusões face à maternidade, chegando mesmo a questionar e a verbalizar arrependimento em ter sido mãe: *(...) Hoje eu falo, se fosse para mim ter eu não teria, porquê? (...) Eu tenho muito medo, assim, do que pode acontecer com eles. Eu sofro até por antecedência. Esta responsabilidade e preocupação me sufoca"* (EB18).

Nesta linha de pensar sobre as dificuldades e constrangimentos que podem ocorrer na maternidade, seis (6) profissionais de enfermagem, brasileiros e portugueses, refletem sobre a questão - "**O amor não nasce da barriga!".** De fato, neste aspeto, os participantes entendem que ter um filho não representa amá-lo de imediato, indagando acerca da ideia de que o amor materno é associado a algo biológico, que aparece instintivamente e de imediato, logo após o nascimento de uma criança.

Neste sentido, estes seis (6) profissionais de enfermagem identificam como, no seu entender, o "amor não nasce da barriga", tendo que ser alimentado e construído ao longo do tempo: *"Eu acredito que o amor não nasce da barriga. Não é a gestação que faz. Não é o fato de gestar que faz a gente amar, e sim a convivência. Eu acho que tem alguma coisa além do gestar"* (EB16).

Além disso, uma enfermeira discorre sobre a ideia de que a relação com os filhos se desenvolve, com os desafios e dificuldades inerentes à construção de um vínculo afetivo seguro e consistente: "*Porque essa história, o apego vem da barriga, mentira (...). Então, eu me apaixonei não na primeira vez que eu vi. Nos dias seguintes, eu não posso falar para você, você amou a sua filha. Não. Hoje, você ama a sua filha, como amava ela quando nasceu? Mentira! Você ama depois. Porque uma coisa é você querer ser mãe, outra coisa é você amar a criança. Eu acho que são sentimentos diferentes"* (EB13).

Associado à ideia de que a relação dos filhos se constrói e não se encontra ligado ao biológico, uma enfermeira aborda a parentalidade por via da adoção, em que os pais adotivos constroem uma relação parental onde não existem laços biológicos mas, sim, laços e vínculos afetivos, próprios a uma relação de filiação: *"Verificamos que muitas vezes há mulheres que, apesar de terem procriado, digamos assim, não têm esse instinto, não é? Para mim ser mãe não tem que ser obrigatoriamente a figura que*

deu à luz um filho. Tem que ser alguém que o ajude a crescer a desenvolver e a crescer ao longo desse processo. Com dificuldades e desafios. E coisas boas, muito boas também" (EP1).

Continuando a reflexão sobre a categoria relacionada com a ambivalência na maternidade, identificamos, ainda, como um número reduzido de participantes (3 profissionais de enfermagem brasileiros), identifica uma dimensão representada na expressão bastante comum da nossa sociedade - **"Ser mãe é padecer no paraíso!".** Apesar de não ter grande representatividade na nossa amostra, optamos por apresentá-la por ser recorrente no senso comum e por abordar algo que nos parece relevante na representação de maternidade. De fato, estes profissionais de enfermagem expressam preocupação face ao exercício de maternidade na atualidade. Para estes participantes, ser mãe, hoje em dia, acarreta vários desafios, tendo em conta as solicitações presente na sociedade atual e os diferentes modelos parentais que coexistem. No seu entendimento, educar tornou-se uma tarefa difícil e exigente, para a qual nem todos estão preparados e disponíveis: "(...) *Como já diziam os antigos, é padecer no paraíso. Hoje, ser mãe, sei não. É aguentar uma barra, porque as crianças de hoje, quer dizer, elas já estão nascendo com um ambiente e num mundo em que as mães vão comer o pão que o diabo amassou! Não por causa das crianças, mas por causa da envolvência. As crianças já nascem, por mais que você eduque, vai ter sempre um obstáculo para a criança seguir. Para qualquer coisa tenta desviar para aquele caminho. Então o pai e a mãe vai ter que ter muito que penar, porque você não pode afrouxar de mais e você também não pode prender demais. O que o proibido é que é o bom, enfim. Então, sinceramente, os pais estão a ficar de pé e mãos atados"* (TEB18).

Outras formas de subjetividade da mulher

Apresentamos a última categoria deste tema, identificada unicamente por duas (2) enfermeiras brasileiras, mas que, ainda assim, nos parece bastante interessante face ao tema em estudo.

Ao contrário do abordado pela maioria dos profissionais de enfermagem incluídos no presente estudo, estas participantes verbalizaram considerar bastante legitimo a opção de não ter filhos, relatando que ser mãe é algo bastante exigente e

que deve ser bem ponderado. Por outro lado, as suas indagações vão no sentido de que a subjetivação da mulher pode passar por outras formas que não unicamente a maternidade, sendo estas tão legitimas como ser o ser mãe, podendo também promover satisfação e bem-estar para a mulher.

Ressaltamos, ainda, que apesar de se poder antecipar que estas participantes pudessem não ser mães, tal não veio a acontecer. De fato, ambas as enfermeiras tinham filhos, quer seja por via do biológico, quer seja por via da adoção. Apresentamos, em seguida, trechos dos seus relatos:

"(...) Acho que, hoje em dia, a mulher tem uma opção de não querer mesmo ter filhos. Para mim é tudo a mesma coisa, não tem diferença. Ter ou não ter (...)Eu vejo, a relação mãe e filho é muito investimento, não financeiro, mas emocional, mais emocional do que qualquer outra coisa. Você tem que estar disponível e as pessoas não sentem assim, essa disponibilidade. E elas não querem. Eu vejo que é isso, são mulheres que elas estão noutro patamar. Hoje, a mulher, ela está noutro patamar. Ela não tem medo, ela não tem medo da sua decisão, de ser foco de críticas. Então, assim, ela está mais bem do lado dela e quando ela vê que ela não tem essa condição, essa disponibilidade emocional, ela não tem. (...) eu acho que a gente tem fases na vida que a gente quer cuidar da gente mesma, uma fase mais egoísta, talvez" (E_B13);

"(..) Há mulheres que falam, não faz parte dos meus planos agora, tenho outras coisas, não tenho tempo. E isso é justo, porque, meu, cansa, sabe. Ter filho é muito bom, eu não me arrependo tempo nenhum, mas cansa. Você tem que saber a hora certa. Porque meu, é uma mudança de vida, muitas coisas que você gosta de fazer, você não pode mais fazer" (E_B24).

Nos seus relatos, podemos observar o respeito pela decisão e opção da mulher, bem como a valorização desta em assumir os seus projetos e decisões pessoais, independente deles se encontrarem (ou não) na contramão do esperado pela sociedade.

5.1.4.Tema 4: Significações de família

O quarto tema integra diversas categorias relacionadas com o ideal de família dos diferentes profissionais de enfermagem, brasileiros e portugueses, bem como dos diferentes aspectos relacionados com a representação de família apresentados pelos participantes no nosso estudo.

No Quadro 9, apresentamos cada de uma das categorias e suas respectivas sub-categorias, aprofundadas e descritas de forma pormenorizada:

Quadro 9 – Quadro Síntese das categorias e subcategorias que compõe o tema 4

TEMA 4 - "Significações de família"

Ideal de Família
• Família na atualidade • Família tradicional • Família é tudo! • Família é amor! • Orientação Cristã
Apoio e segurança
• Vínculos afetivos e apoio emocional • Porto Seguro
História Geracional
• Transmissão de modelos relacionais • Respeito
Desejo de parentalidade
Família por via da adoção

Ideal de Família

A categoria ideal de família foi uma categoria que se revelou relevante na presente pesquisa, sendo identificada por um número significativo de participantes – cinquenta e seis (56) profissionais de enfermagem, de ambas as nacionalidades.

Esta categoria reflete o ideal de família que povoa o imaginário dos participantes do nosso estudo, e se este se encontra mais próximo de um modelo tradicional de família ou, pelo contrário, de modelos de família mais modernos e contemporâneos. Discute, ainda, aspectos considerados importantes para os profissionais de enfermagem, acerca da organização e dinâmica relacional dos elementos do grupo familiar.

Aprofundando a categoria do ideal de família, verificamos como alguns participantes (28 profissionais brasileiros e portugueses) teceram, de forma mais específica, considerações sobre o que, no seu entender, representa o ideal de **família na atualidade**.

Da totalidade dos 28 participantes, dez (10) profissionais brasileiros consideram que observam uma fragilidade nos laços familiares, com uma liberalização excessiva por parte dos progenitores, bem como ausência de limites e regras nos vínculos entre pais e filhos.

Ainda de acordo com o seu entendimento, apesar das crianças terem um maior acesso a bens materiais, isso nem sempre tem correspondência a uma atenção individualizada e a uma relação afetiva de qualidade com os pais ou prestadores de cuidados: "(...) *Hoje em dia não tem mais isso não (famílias de qualidade). As crianças têm tudo: Danoninho todo o dia, refrigerante toda a hora, salgadinho, porcaria, o que quiser. Mas, no final, os pais esquecem um pouco dos filhos"* (E_B3).

Por outro lado, segundo as suas considerações, também ao nível da conjugalidade se observam mudanças, com os adultos privilegiando os interesses e desejos pessoais, o que favorece, segundo estes, o aumento de número de rupturas, divórcios e separações. Duas enfermeiras brasileiras descrevem, do seguinte modo, estes aspectos:

"Eu acho que hoje não existe mais família. É cada um por si. Eu acho que as pessoas sobrevivem como podem, entendeu? Eu posso mais, eu grito mais, eu me defendo

mais. Você é minha filha. Você me perturba muito, eu acabo cedendo porque você me perturbou. Mesmo que isso não seja o ideal. É o que eu vejo por aí" (EB1);

"Acho que hoje família está muito corrompida. Porque hoje as coisas estão muito liberais. Hoje você casa, você separa. Antigamente não. Quando você ouvia falar que uma pessoa se separou, aquilo era um espanto para as pessoas. Hoje está muito liberal. Você casa, separa(...). E hoje está muito corrompido. Hoje separa, amanhã. Primeira vez que discutem, primeira briga, primeiro desentendimento que tem, já não quer ficar com a pessoa. Não tem luta. Porque, como está liberal... Eu posso separar que ninguém vai falar mais nada. Eu não acho legal isso" (EB11).

Um outro aspecto citado como relevante, em relação ao ideal de família na atualidade, é a existência de diferentes configurações familiares, identificada por doze (12) profissionais de enfermagem de ambas as nacionalidades. Neste caso, os participantes consideram que o ideal de família se encontra bastante mais relacionado com a existência de apoio e ajuda entre os familiares do que com uma configuração pré-definida, em termos de organização, número ou gênero dos elementos que constituem esse grupo familiar: "E*u acho que não tem um modelo específico. Pode ser homem com homem, pode ser mulher com mulher, desde que tenha respeito e amor, eu acho que é bom"* (EB17).

De fato, para estes 12 profissionais observa-se uma grande abertura em relação à forma como os elementos do grupo se encontram organizados, sendo verbalizado por estes: "(...) *tem famílias que tem o pai, a mãe, os filhos. Tem família que tem 2 pais. Hoje em dia. Duas mães. Então, não tem aquela família ideal. O que importa é o apoio entre eles"* (EB15).

Ressaltamos a fala de uma outra enfermeira brasileira (EB16), que descreve de uma forma bastante clara o seu entendimento sobre o ideal de família na atualidade e a forma como evoluiu, para ela, o conceito de família: *"Eu fantasiava assim, achava que tinha que ter o pai e a mãe, todos direitinhos, que esse era o certo e aí, ao longo dos anos, a gente começa a perceber que não. A gente muda de opinião, gente fala não, o ideal não é assim, o ideal é quando as pessoas se sentem bem, independente de ser o pai, a mãe e a filha, né. Porque não pode ser a mãe, a filha e a tia? Se esse é o contexto daquela família, né (...). Porque família é onde a gente está mais, né? Família é onde tem os laços mais estreitados"* (EB16).

Também no contexto português, os enfermeiros apresentam um entendimento semelhante ao verbalizado pelos profissionais brasileiros, defendendo

que, no seu entendimento, o ideal de família não se encontra representado em nenhum padrão de família pré-definido mas, sim, que deve ser um espaço onde os diferentes elementos se respeitem e convivam de forma adequada: *"Para mim, não existe um modelo pré-definido de ideal de família. O que importa é que funcione, que os seus membros se dêem bem. Não existem padrões. (...)não quer dizer que me choque que haja modelos de família diferentes, famílias monoparentais ou famílias com elementos que sejam do mesmo sexo, por exemplo, para mim não me faz confusão alguma. Hoje em dia é assim"* (EP1).

Dentro dos aspectos associadas ao ideal de família na atualidade, quatorze (14) profissionais de enfermagem, brasileiros e portugueses, abordam, ainda, um outro aspecto, relacionado com a possibilidade de existência da família sem parentalidade, onde a conjugalidade, a vida profissional e/ou outros interesses pessoais possam ter primazia face ao desejo de ser mãe ou pai.

No entendimento destes participantes, o conceito de família pode não incluir crianças, quer seja pela impossibilidade de gerar um filho, por adiamento dessa decisão ou por opção do casal: *"Hoje em dia vivo com o meu marido, vivemos só nós dois. Tem sido tudo bem, não tivemos filhos e agora já não quero mais. Não era para ter, porque se fosse para ter, já tinha tido. Não sinto falta, se tivesse tido, tudo bem, mas não tive. Não me sinto frustrada não, isso aí não me frustra não. Nunca quis saber se havia algum problema, nunca quisemos não. Deixamos que a vida decidisse"* (TEB18).

Independente dos motivos que levaram o núcleo familiar a não ter filhos, estes profissionais ressaltam a possibilidade de outra organização da família, priorizando outros interesses pessoais e/ou do casal, particularmente a vida profissional, conseguindo-se atingir, no seu entendimento, a felicidade e a plenitude: "*Vejo a minha vida profissional agora. Vejo as minhas colegas. Acabam por não dar atenção, trabalham em dois sítios e praticamente não estão com os filhos. Com o nosso tipo de vida, passam o Natal fora de casa e eu tenho uma noção de família completamente diferente. Não quero fazer isso aos meus filhos. Quero ter tempo para eles. Por isso não quero ter filhos"* (EP2).

Por outro lado, para outros profissionais de enfermagem (brasileiros e portugueses), a "desesperança" com a atualidade, o almejar de outros projetos

futuros, bem como as responsabilidades que, no seu entender, pressupõe os cuidados e a parentalidade de uma criança, promovem também a organização de uma família sem parentalidade. Vejamos as indagações de uma enfermeira portuguesa que expressa as razões que a levam a planejar não ter filhos, num futuro próximo: "*Não pretendo ter filhos. O mundo está perdido. Por isso é que não quero ter filhos. Este mundo está perdido. Não quero ter filhos num mundo assim. Nem sei o que quero para mim, com as dificuldades da vida... quanto mais ter um filho"* (EP14).

Uma enfermeira brasileira partilha também as suas reflexões sobre a decisão de não ter filhos, expressando a importância de ter disponibilidade para a educação dos filhos e de amadurecer esse projeto com o companheiro: *"(...) O meu marido... ele sabia que eu não queria ter filhos, já antes de nós casarmos. Aí, com o tempo, ele falou vamos ter (...). Mas, assim, eu já tinha ideia fixa, né (...). A gente tem que fazer aquilo que a gente acha, que agrada a gente e não o que agrada os outros. Agora ele aceita bem. Tanto é que na fase do mundo que nós estamos atravessando, você vê que é um mundo muito desajustado. Hoje o mundo está bem difícil. Educar, principalmente, porque criar você cria, assim, dá alimentação, essas coisas, mas eu acho que o fundamental é o embasamento emocional. E a educação. Porque ter uma criança é muita responsabilidade. E quem trabalha fora é mais difícil ainda, é uma opção que eu tive de não ter filhos. E está bem resolvida(...)" (EB5).*

Continuando a análise da categoria ideal de família, observamos ainda que alguns dos profissionais de enfermagem (de ambas as nacionalidades) tenham revelado uma aparente abertura para aceitar diferentes formas e configurações familiares, analisamos como importante que vinte e oito (28) participantes de ambas as nacionalidades tenham identificado o ideal de família como atrelado a um modelo de **família tradicional**.

De fato, para estes profissionais de enfermagem, o seu ideal de família encontra-se estreitamente relacionado com a presença de limites bem definidos e de uma hierarquização nas relações entre os difierentes elementos que constituem o grupo familiar: *"Acho que existe a família padrão. Algumas coisas são aceitáveis. Outras coisas não são aceitáveis. O que eu percebo hoje é que as famílias, elas estão muito soltas, não têm aquela hierarquia. Entendeu? Aquela obediência dos filhos ao*

pai e a mãe. Obediência aos mais velhos. Ter sim a sua razão, os seus limites e obedecer" (EB1).

Paralelamente, estes profissionais de enfermagem valorizam um modelo de família tradicional patriarcal heteronormativo, constituído por pai, mãe e filhos, observando-se também uma idealização face a este tipo de modelo associado à ideia de um grupo familiar "perfeito", onde todos se "dão bem e são felizes": *"Eu acho que você tem que ter laços familiares. A presença de um pai, a presença de uma mãe, são momentos marcantes. A família marca. Em qualquer momento difícil da sua vida eu acho que se você tem um irmão, uma irmã que vai te acolher, que vai te dar um conselho. Um pai e uma mãe. Precisa isso sim"* (EB6).

Percebemos, também, como este tipo de ideal de família se encontra associado a expectativas presentes na infância e adolescência, e que se projetam no futuro:

> *"Quando eu era mais nova eu pensava do jeito que está sendo e que espero que fique assim. Eu pensava assim, quero casar, depois se eu tiver tudo estabilizado vou ter uma filha ou um filho, e aí o filho vai crescer com aquela família linda papai, mamãe. A gente sempre sonha com essa daí, né. Eu sonhava com isso(...) Eu quero estar presente. Minha expectativa é essa. A minha idealização é essa: Pai, mãe, filho" (EB15);*

> *"(...). Cada família se vai ajustando. Pessoas são diferentes, que funcionam de maneira diferente, por isso famílias também são assim. Sempre diferentes. No meu caso esperava ter mais filhos. Só tive um. Mas estar pai e mãe juntos. Sempre foi a minha expectativa face à família. Com filhos também" (EP10).*

Ressaltamos o relato de um enfermeiro brasileiro, que reforça esta idealização de família, descrevendo o casamento como uma união quase "sagrada", que deve manter-se inquebrável, acima de qualquer desafio ou dificuldade, valorizando um modelo de família tradicional cristã, onde homem e mulher devem manter-se sempre juntos e ter frutos dessa união:*"(...) Tanto que está escrito na Bíblia: até que a morte os separe. Então acho que a pessoa vai casar, montar uma família, tem que pensar… é na alegria e na tristeza, na dor… estar junto com a pessoa. Então eu creio que é isso. Você tem que… não importa o que você vai passar. Quando você casa, você tem que pensar que você vai na alegria, vai ser na dor, tem que passar junto com a pessoa. Pai e mãe junto. Apoiando os filhos que vierem"* (EB11).

Continuando a reflexão sobre a categoria ideal de família, observamos o identificado por vinte e um (21) participantes, majoritariamente brasileiros (tendo em

conta que só uma enfermeira portuguesa abordou este aspecto), que aponta para a ideia da importância da família na constituição psíquica e no desenvolvimento emocional dos seus participantes: "E*u acho que a família é a estrutura para muita coisa dar certo. Para ser pessoas mais concentradas, mais equilibradas. Para serem pessoa que conseguem organizar as coisas da sua vida, no tempo certo. Por isso para mim família é tudo. Família é só uma. É tudo!"* (TEB17).

De fato, segundo estes profissionais, o ideal de família não se encontra particularmente associado a nenhum modelo ou organização familiar específica, mas simplesmente a um ideal de família, onde a **Família é tudo!**

Neste sentido, para estes profissionais, família deve ser a base, uma sustentação, facilitando condições para as pessoas se desenvolverem saudáveis, do ponto de vista psíquico, bem como serem capazes de amadurecer emocionalmente**.** Apresentamos exemplos de algumas citações verbalizadas por enfermeiros brasileiros, que remetem para a importância da família como a base para uma vida emocionalmente saudável:

"Para mim é o alicerce de tudo. (...) Que aconteça o que acontecer a gente tem que estar sempre junto, procurar resolver os problemas, porque na hora do vamos ver… a família é a quem a gente vai recorrer e sempre foi assim…lá em casa…então, para mim, a família é tudo, a minha família"(EB2);

"Para mim família é tudo, é a base de tudo. Acho que sem família a gente não tem como seguir um padrão bom de vida" (EB17);

"*Família é tudo. Sem família não se vive. Pela família faço tudo (...) Família é isso…apesar dos problemas que houver, tudo se resolve. Família é tudo"* (EP8);

Continuando nesta reflexão sobre a categoria, alguns profissionais de enfermagem, majoritariamente de nacionalidade brasileira, identificaram o seu ideal de família como simplesmente associado à presença de amor. Nesse sentido, quatorze (14) participantes (todos brasileiros, com exceção de uma enfermeira portuguesa) apresentaram verbalizações do tipo "**Família é amor**!", como sendo o aspecto mais relevante que uma família deve ter: *"Acho que gostar uns dos outros e ter afeto…isso é o mais importante e o que torna uma família ideal"* (EP6).

Nesta linha de pensamento, no decorrer das suas entrevistas, os profissionais de enfermagem foram relatando que, no seu entender, a presença de afetos entre os elementos de um núcleo familiar é o que realmente importa, mais do

que existirem condições financeiras e econômicas: *"Família é dar carinho. Dar amor. Porque você pode se matar de trabalhar para comprar coisas para filho, para pôr as coisas dentro de casa, para ter uma casa linda, maravilhosa, mas se você não tem amor, carinho, nada faz sentido"* (EB15).

Assim, para estes profissionais, o seu ideal de família representa algo bastante simples – a presença de afetos amorosos entre os elementos do núcleo familiar, sendo que a organização ou a forma como a família se encontra estruturada, não parece ser relevante.

Como último aspecto da categoria de ideal de família, observamos o identificado por um número reduzido de profissionais brasileiros (7 participantes), que apresentaram o seu ideal de família como aquele que se baseia numa **orientação cristã**, associada à presença de valores religiosos e cristãos: *"(...) Família ideal é difícil. Acho a gente tem que ter muita fé, tem que ter Deus primeiramente, porque se a gente não tiver Deus, você não vive em comum com as pessoas, nem dentro da sua casa e nem quem vive ao seu redor. Eu acho que Deus é o ponto da união da família mesmo. Acho que na minha já tem isso, graças a Deus. Ele (Deus) está sustentando"* (TEB1).

É interessante ressalvar como este aspecto só foi citado pelos profissionais integrados no contexto brasileiro e especialmente ao nível dos técnicos de enfermagem (1 enfermeira e 6 técnicas de enfermagem). Estes profissionais associaram o ideal de família a algo parecido à Sagrada Família, constituída por Maria, José e Jesus, parecendo acreditar que Deus é a divindade que "coordena e comanda" o que acontece nas suas vidas, pelo que a família ideal é aquela atua e age segundo os princípios judaico-cristãos, defendidos por Deus:

"I*deal é a família de Jesus...Jesus, Maria e José. Mesmo assim, coitados, ainda teve que largar o filho, porque senão os outros queriam pegar o filho dele. Mas a família ideal é a família de Jesus"* (TEB18);

"(...) Todo o mundo, às vezes, me cobra a falta de uma pessoa (filhos e marido) na minha vida. Eu falo, gente...a gente só pode ter aquilo que Deus dá para a gente. Se não veio ainda, é porque não é a hora, não é o momento e não é para ser, quando for, será. Isso é o meu ideal de família. Deus no comando" (TEB2).

Apoio e Segurança

A categoria apoio e segurança foi identificada por um número significativo de participantes (52 profissionais de enfermagem, de ambas as nacionalidades) parecendo algo relativamente importante no que representa o conceito de família, para os profissionais de enfermagem da nossa amostra.

Nesta categoria, os participantes identificaram como a família deve ser um espaço onde são compartilhados emoções e sentimentos, numa relação afetiva entre todos, de apoio e ajuda mútua. Esta categoria parece estar na linha do apresentado anteriormente, em relação à categoria ideal de família, onde a família é descrita como estando associada à presença de amor.

Aprofundando, observamos que, para 45 participantes (brasileiros e portugueses), a família representa um grupo de pessoas onde existe um convívio e uma relação próxima entre elas: *"Família são indivíduos. Não importa se são com laços sanguíneos ou não, que se apoiam, que trocam experiências. Para mim família é isso. É estarmos com alguém que nos ajuda e nos apoia incondicionalmente em todos os momentos"* (EP1).

Para estes profissionais, mais do que os laços biológicos que unem as pessoas, a família encontra-se associada à presença de **vínculos afetivos e de apoio emocional**, com comportamentos de interajuda e de união entre os elementos:

"(...) *Onde tem aquela união, amor, o carinho, o afeto, o apoio de cada um. Isso para mim é família. É um estar apoiando o outro, ajudando o outro. É doação. Família é você se doar um ao outro"* (EB10);

"Independente do tipo de laço, com laço afetivo ou sem laço biológico, quando você tem uma pessoa que convive, que compartilha coisas boas e coisas ruins com você e se integra, nesse contexto, eu acho que isso é família" (EB16).

De fato, para estes participantes a família representa um espaço onde os participantes sentem segurança e acolhimento, bem como onde podem partilhar boas e más experiências, sendo apoiadas a ajudadas pelos demais familiares: "F*amília tem que ser, assim, que acolhe. Que você tem que sentir bem, segura e acolhida"* (TEB14).

Ainda dentro da mesma categoria e, na mesma linha de pensamento, relatamos também o abordado por 8 profissionais de enfermagem, majoritariamente

brasileiros (7 participantes brasileiros e 1 português), que associaram o conceito de família a um **porto seguro,** de onde se pode sair fisicamente mas continuar a ter um espaço onde se pode recorrer para ser ouvido, apoiado e ajudado: "*Família é o nosso porto seguro, é onde a gente sente que dali vai derivar, mas que você vai ter toda a segurança que você precisa. São laços de amor. Para sempre. Que nos ajuda e para onde podemos voltar sempre"* (TEB4).

História Geracional

Dentro do tema quatro, vinte e dois (22) participantes, de ambas as nacionalidades, identificaram a importância da história geracional na sua representação de família.

Aprofundando a categoria, observamos que sete (7) profissionais de enfermagem, de ambas as nacionalidades, abordaram a família como um espaço de **transmissão de modelos relacionais**: "*A família é a primeira escola, célula da vida, é o ninho. É amor para toda a vida. Eu, como mais velha, cabe-me orientar, num ambiente seguro, mas de lealdade. Ser um modelo para eles (filhos). Ensinar"* (EP11).

De fato, para estes profissionais, a família é o grande facilitador de modelos de relação, que podem ser mais ou menos ajustados, e que vão ter um papel muito importante no desenvolvimento e formação da personalidade dos seus entes, bem como na forma como estes estabelecem e desenvolvem as suas relações com o outro: "*Família é o embasamento da gente, do que nós vamos ser. E isso assume muita importância. Se você tem uma família, independente da condição financeira, ela tem que ser adequada, ela tem que dar os valores de respeito, de amor. Eu acho que isso é que é família. Independente da condição financeira"* (EB5).

Por outro lado, uma outra característica abordada pelos profissionais refere-se ao **respeito**, aspecto identificado por quinze (15) profissionais de enfermagem, brasileiros e portugueses. Estes participantes disseram considerar importante para a formação de um indivíduo o aprendizado do respeito face aos saberes dos mais velhos, bem como a relevância do papel da família na transmissão desses valores éticos. Os profissionais de enfermagem reiteraram, ainda, neste âmbito, como consideram importante que as crianças tenham limites e relações hierarquizadas

com os adultos, de modo que quando atingirem a idade adulta possam conseguir respeitar o outro: *"Um filho tem que ter um bom convívio com os pais, tem que respeitá-los. A mãe e o pai têm que passar uma educação boa para que esse filho cresça responsável, respeitando os mais velhos. Porque hoje em dia está muito difícil, muito mal. E ter uma educação mais responsável. (...) Tem muito adolescente engravidando, por exemplo, talvez porque tenha um espelho já com isso. Ou a mãe ou o pai não se importem o suficiente e soltou demais esse filho"* (EB14).

Por outro lado, estes profissionais de enfermagem acrescentam, ainda, a importância de respeitar a opinião dos diferentes elementos dentro da família. Ainda que estes possam ter entendimentos diferentes face a determinados assuntos, a família, segundo estes profissionais, deve ser um lugar de acolhimento de diferentes opiniões e de aceitação face ao que o outro pensa, numa integração de saberes e conhecimentos entre diferentes gerações, em que todos se interajudam: "*Família é todo mundo que consiga conviver dentro do mesmo ambiente. Respeitando o outro. Aprendendo com ele. Com todos os seus problemas, diferenças, mas estar junto, novos...velhos. Como eu disse, mesmo brigando, estando contra, mas estar ali, um pelo outro. Um ajudando o outro"* (EB7).

Desejo de parentalidade

Ainda que num número pouco significativo de participantes, 5 profissionais de enfermagem brasileiros associaram a representação de família com o desejo de parentalidade. Para estes profissionais, a noção de família implica a existência de filhos, ainda que estes profissionais reconheçam que, muitas vezes, a necessidade da presença de filho se encontra associado a um padrão de família imposto pela sociedade e por normas sociais:

"Família, eu entendo que a sociedade muito impõe que nós temos que ter filhos. Eu não penso dessa forma. Eu não tenho filhos. E não quero ter. A sociedade impõe que seja uma mãe, um pai e um ou mais filhos. (...) Eu acho que a mãe tem que querer ter um filho. É muita responsabilidade e eu não quero ter. E acho que isso deve ser respeitado" (EB14);

"Quando eu era mais jovem eu nunca quis ter filhos. Porque eu sempre pensei muito assim, em estudar, me divertir. Ter as minhas coisas. Nunca quis ter filhos, ter família. Aí depois que eu casei, me aflorou isso em mim. Meu marido falou comigo. É o que é esperado né? E hoje a minha família, eu adoro a minha família. Foi bom assim" (EB12).

Ainda que alguns participantes identifiquem esse desejo como promovido e incentivado pela sociedade, e não por um genuíno desejo da mulher/casal, foram em maior número as verbalizações dos profissionais que destacaram a importância dos filhos para a coesão da família, centrando-se nos aspectos positivos e gratificantes da parentalidade. De fato, verbalizações neste sentido e de acordo com o já abordado anteriormente foram bastante recorrentes, revelando, no nosso entender, aspectos idealizados do que é a parentalidade, no geral:

"Eu sonho em ser mãe. Eu já vi tanto menino nascer. O meu sonho é ser mãe. Então o dele também. Ele também tem essa visão que é importante ter pai e mãe junto. Então é isso que eu quero para mim" (EB2);

"Quando era mais novo eu imaginava: quero ter filhos, quero dar uma boa educação para o meu filho. Vou ter que pagar um colégio particular. No ensino público, muitas vezes, devido à corrupção, acaba não dando uma instrução tão boa (...). Partilhar bons momentos com os filhos e família. É isso que eu desejo. Ter uma família com filhos" (EB11).

Parentalidade por via da adoção

Apresentamos uma última categoria integrada no tema que estamos aprofundando, relacionada com algumas reflexões acerca da parentalidade por via da adoção. A categoria foi identificada por um número pouco significativo de participantes de ambas as nacionalidades (23 profissionais de enfermagem), que teceram várias considerações sobre o ser pai ou mãe posteriormente à adoção uma criança.

Ressaltamos, que a maioria dos participantes abordou o assunto remetendo para experiências pessoais ou de outros próximos a eles, muitas delas associadas a sentimento prazerosos e a experiências que decorreram sem maiores problemas. Para garantir a privacidade e o sigilo dos mesmos não iremos enunciar casos em particular, mas centraremos a nossa atenção em falas que abordam o tema em geral e que nos parecem oferecer uma contribuição relevante para a presente pesquisa.

Tal como já exposto, ainda que as citações dos profissionais sobre a adoção fossem, globalmente, associadas a sentimentos gratificantes e prazerosos, foi com alguma preocupação que ouvimos outras falas, abordando expectativas face à

parentalidade por via da adoção que citavam a adoção como trazendo um sofrimento inevitável para adultos e crianças, bem como para a inevitabilidade da presença de problemas de comportamento e/ou de desenvolvimento nas crianças adotadas: *"(...) No início, o meu marido não queria. Ele dizia-me que criança que não é filha da gente. Quando cresce, bate em nós. Depois consegui convencê-lo e agora ele aceitou. Acho que ele não queria porque já tem dois filhos, eu é quem não tenho nenhum. Mas agora ele diz que pode ser. Eu disse-lhe que queria ser mãe e que problemas também podem acontecer num filho da gente"* (EB28).

Devemos levar em consideração, que alguns profissionais de enfermagem, no contexto dos dois países, possam construir estereótipos e ideias erradas pré-concebidas relativas à adoção, ideias essas que promovem dificuldades na aceitação da adoção como uma resposta importante, para as crianças que necessitem estar integradas numa família competente: *"Porque a gente escuta tantas histórias por aqui. Eu não sei se é comum em Portugal, mas, às vezes, as crianças adotadas sofrem muito e algumas até se revoltam, quando descobrem que são adotadas. Esses dias mesmo eu vi na televisão um caso de uma criança adotada que matou a mãe, então, vai saber o que o levou a isso. Por isso para mim adoção é uma coisa incerta. Não dava para mim"* (EB19).

Por outro lado, parece-nos preocupante que alguns participantes apresentem um espaço interno tão povoado por falsas ideias e preconceitos face às crianças que estão à espera de serem adotadas: *"Quando de fato não é desejada (criança) por aquela família, pronto, é preferível ficar com alguém que a venha desejar, apesar de sabermos que o processo de adoção no nosso país não é muito fácil. (...) Não é a mesma coisa do que ter a sua família, sabemos que é um processo difícil e que traz sempre más consequências para as crianças que depois são adotadas"* (EP2).

Face a este tipo de verbalizações, ficamos ainda com alguma apreensão acerca da forma como estes profissionais se posicionam e atuam, na sua atividade profissional, face a mulheres que manifestem o desejo de que o seu filho seja integrado numa família adotiva. Ainda que a adoção não tenha sido contemplada com um objectivo específico da nossa pesquisa, acreditamos ser importante dar visibilidade a estas questões para que, de alguma forma, possam ser trabalhadas expectativas erradas e que não tragam benefícios para os processos de adoção.

5.2 ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS NO PROCEDIMENTO DAS NARRATIVAS INTERATIVAS

Relembramos que, na presente pesquisa, foram elaboradas pela pesquisadora duas histórias fictícias, relacionadas com mulheres que manifestavam o desejo de entregar o filho para adoção, objetivando-se que a principal diferença entre as histórias ocorresse ao nível das condições socioeconômicas de cada uma das mulheres (História 1 – entrega de um filho por mulher pertencente a um nível socioeconômico mais baixo e História 2 – entrega de um filho por mulher com aparentes condições socioeconômicas para vir a assumir uma criança). A cada participante foi solicitado que desse continuidade a cada uma das histórias, favorecendo-se um espaço de diálogo e encontro humano que permitisse a elaboração de narrativas interativas.

5.2.1 Tema 5: Narrativas Interativas – Histórias de Mulheres

No que se refere aos dados obtidos através da realização do Procedimento das Narrativas Interativas, identificamos um tema principal - **Tema 5** - que denominamos por "**Narrativas Interativas - Histórias de mulheres**".

Dentro do tema observado, identificamos duas categorias, que remetem para cada uma das histórias e para a problemática que objetivávamos refletir e elaborar com os participantes.

Assim, de uma forma um tanto provocatória, identificamos a categoria – **"Não tenho condições para assumir o meu filho!"**, no que se refere à História 1 (entrega de um filho por mulher com baixa condição socioeconômica) e **"Não quero ficar com o meu filho!**', no que se refere à História 2 (entrega de um filho por mulher com boa condição socioeconômica). Obtivemos, ainda, uma terceira categoria - **Problemática do status social**, identificada por iniciativa espontânea de alguns participantes, na sua análise reflexiva, após a elaboração das histórias.

Salientamos que optamos por organizar os dados de forma separada para cada uma das histórias, de forma a aprofundar a reflexão sobre as narrativas elaboradas de acordo com as realidades distintas das mulheres apresentadas em cada uma das histórias.

Tal como já realizado face à análise dos dados resultantes das entrevistas semi-dirigidas, iremos ilustrar cada categoria e sub-categoria com exemplos de histórias narradas pelos profissionais de enfermagem (brasileiros e portugueses) que participaram na pesquisa. Optamos por apresentar sempre a totalidade da história, de forma a uma melhor compreensão e ilustração dos dados em análise. Na descrição de cada uma das categorias e sub-categorias identificaremos, também, a frequência em que estas foram abordadas, com a identificação do número de participantes que a citaram no seu discurso.

Ressalvamos, ainda, que as histórias apresentadas pelos profissionais de enfermagem se referem a exemplos mais típicos, mas também aqueles menos típicos e mais pontuais, tendo em conta que objetivamos explicitar não só a diversidade, mas também ambiguidades existentes nas produções dos participantes.

No quadro 10, apresentamos o tema em discussão com as respectivas categorias (e sub-categorias) que o compõe, sendo estas, em seguida, detalhadamente analisadas e aprofundadas.

Quadro 10 – Quadro síntese do tema 5, com as categorias e sub-categorias referentes às narrativas interativas dos profissionais de enfermagem (brasileiros e portugueses)

TEMA 5 - "NARRATIVAS INTERATIVAS - HISTÓRIAS DE MULHERES"
Não tenho condições para assumir o meu filho!
• Fragilidades das condições socioeconômicas • Ausência do apoio do pai • Rejeição do filho • Violência sexual • Outros projetos pessoais • Mudança da situação de entrega
Não quero ficar com o meu filho!
• Não deseja a maternidade! • Ausência de apoio • Abuso sexual • Ausência de relação e vínculo afetivo com a criança • Mudança do contexto social da mulher • Forçando a maternidade…
Problemática do status social

Não tenho condições para assumir o meu filho!

A primeira categoria do quinto tema foi identificada pela totalidade dos participantes (67 profissionais de enfermagem, de ambas as nacionalidades), tendo em conta que todos eles deram continuidade à História 1, que se referia a uma mulher de classe desfavorecida, com frágeis condições socioeconômicas e que manifestava o desejo de entregar um filho para adoção após o nascimento da criança.

Da totalidade dos profissionais, um número significativo de participantes (36) profissionais de enfermagem (brasileiros e portugueses) dá continuidade à história reforçando as **fragilidade das condições socioeconômicas** da mulher

apresentadas na história e justificando, por essas circunstâncias vivenciais, a sua decisão de entregar o filho para adoção: "*Não tinha condições financeiras para dar uma criação digna ao seu bebê e que, por amar, preferia que uma outra família desse ao seu filho o que ela não poderia dar"* (EB22).

Apresentamos mais algumas histórias que ilustram a incapacidade da mulher para assumir os cuidados da criança, tendo em conta frágeis condições de vida enunciadas pelos profissionais. Dentre elas, citamos a ausência de condições socioeconômicas: *"Não tinha condições socioeconômicas de cuidar da criança. Que a família não poderia ajudá-la e que não queria ter nenhum vínculo com a criança, pois não suportaria ter apego pela mesma devido ao fato de não ter suporte para ficar com ela"* (EB5); por ser uma gravidez inesperada, estar em situação de desemprego e ter outras crianças para cuidar: "*Estou desempregada e a gravidez não foi planejada. Ainda tenho mais 3 filhos pequenos e ainda pago aluguel. Diante de todos esses fatos eu acho que não tenho condições de cuidar de mais um bebê. Acho, então, melhor deixá-lo para adoção, quem sabe ela não terá uma vida melhor"* (EB10) ou por considerar não ter apoio para dar uma boa educação à criança: *"Não teria condições financeiras para ficar com o bebê. Não teria apoio da família para cuidar desta criança. De modo que esta criança iria atrapalhar sua vida. Estou decidida, não quero esta criança e não me vou arrepender. Acho que ela será amada por outra família e terá melhores condições na educação e afetivamente"* (TEB17).

Também em relação aos enfermeiros portugueses, foram vários os profissionais que verbalizaram uma continuação da história onde a entrega se encontra embasada na frágil situação social/econômica da mulher, principalmente por ser uma gravidez não planejada e ter uma situação familiar e profissional precária:

> *"Não tinha condições econômicas para sustentar a criança e que não tinha apoio familiar. A gravidez não tinha sido planejada, mas tinha corrido tudo bem, pelo que desejava que o bebê tivesse uma família que lhe pudesse dar condições para ter uma boa vida. Pretendia continuar a trabalhar e talvez, um dia, lhe explicar a sua situação"* (EP7).

Continuando a aprofundar na categoria, observamos um outro aspecto relevante identificado na continuação da História 1, relatado por vinte e quatro (24) profissionais de enfermagem, brasileiros e portugueses – refere-se à **ausência de apoio do pai da criança**, situação que facilitaria, no entender deste profissionais, a tomada de decisão, por parte da mãe, em entregar o seu filho. Apresentamos algumas

dessas histórias, que relatam, especificamente, uma separação conjugal, um relacionamento conflituoso com o pai da criança ou da criança ser fruto de uma relação esporádica:

"Havia brigado muito com o pai da criança e estavam com o relacionamento cortado há algum tempo e ela, pelo desprezo do companheiro e a dificuldade que via à sua frente para educar e cuidar da criança, decidiu que quando ela nascesse, a deixaria no hospital onde nascesse" (EB21);

"Fazia pouco tempo que ela veio para São Paulo para trabalhar e que ao chegar conheceu um rapaz que parecia ser uma boa pessoa e que gostou dela. Começaram a namorar só que ela engravidou e descobriu que o rapaz era casado e já tinha uma família. Ela disse para ele que estava grávida, e ele disse que não assumiria o bebê, e como ela não tinha onde morar com a criança resolveu entregar... digo deixar para adoção, pois mora no emprego" (TEB15);

"Eu, na verdade, não queria entregar ele, mas não será possível ficar com ele. Já tenho outros filhos e meu marido me deixou. A situação está muito difícil, acho que se entregar para adoção terá uma vida melhor do que comigo" (TEB13).

Ressalvamos, ainda, as falas de alguns profissionais portugueses, que verbalizaram também a ausência do apoio do pai como justificativa para o desfecho da primeira história.

De fato, da totalidade dos vinte e quatro (24) profissionais, dez (10) eram enfermeiras portuguesas que enquadraram a impossibilidade da mãe para assumir os cuidados do filho tendo em conta o abandono/ausência do pai, quer fosse pela criança ser fruto de uma relação extra-conjugal: *"O bebê era fruto de uma relação extra-conjugal. Que o seu companheiro atual não sabia, e que, para bem dela e da sua relação, o mais fácil seria entregar o recém-nascido para adoção"* (EP3); quer fosse por ser consequência de uma relação pontual: *"Estava desempregada. Desentendida com os pais. Havia saído de casa e vivia num quarto alugado. Esta gravidez aconteceu de uma relação esporádica, nunca mais tinha visto o rapaz (pai do bebê). Não tinha meios para cuidar da criança. Tinha ambições na vida de arranjar trabalho e continuar a estudar. Achava que o seu filho seria mais feliz numa família que o acolhesse e desejasse"* (EP4).

Adicionalmente, referente à História 1, identificamos outro aspecto nas narrativas, relatadas por um número reduzido de participantes - seis (6) profissionais de enfermagem, todos de nacionalidade brasileira, que entendemos como relevante para a presente pesquisa. De fato, para estes profissionais, independente da classe mais desfavorecida da mulher que é relatada na história, a entrega é justificada pela

ausência de vínculo afetivo e mesmo **rejeição do filho**: *"Ela não via a vida com objetivos a serem alcançados. Ia deixando a vida levá-la, fosse para qualquer direção. Por isso ela não queria se apegar àquela criança, para que seu sofrimento fosse menor"* (TEB4).

É interessante realçar como estes profissionais de enfermagem não se centram na situação financeira/econômica da mulher identificada na história, mas simplesmente expressam o desejo dela em não cuidar daquele bebê, quer seja por não se sentir mãe da criança:*"Que não se sentia a mãe daquele bebê, e sim, agradeceria de poder se livrar daquele ser pois só iria atrapalhar sua vida. Não queria ver nem amamentar o bebê"* (TEB10), quer seja por não desejar ter filhos e o bebê ser fruto de uma relação ocasional: *"Não queria ficar com o bebê devido a não ser uma pessoa que desejava ser mãe. A gravidez aconteceu, por acaso, com uma pessoa que ela mal conhecia direito"* (EB11).

Continuando a aprofundar a categoria, observamos como cinco (5) participantes (brasileiros e portugueses) deram continuidade à História 1, descrevendo um enredo em que situa a entrega da criança após uma situação de **violência sexual**. Ressaltamos a história de uma técnica de enfermagem brasileira que, além de se referir ao bebê como fruto de um estupro, acrescenta que a mulher optou por realizar a entrega por não desejar fazer uma interrupção de gravidez: *"Essa foi uma gravidez não desejada, não falei para as pessoas, para a minha família, pois sabia que iriam pedir para eu tirar a criança. Enfim, essa gravidez surgiu de um estupro e não quero contato com essa criança. Pretendo ignorar esse momento que só me vai deixar cada vez mais triste"* (TEB6).

Por outro lado, apresentamos a narrativa de uma enfermeria portuguesa que realizou a sua sequência narrativa explicando, que, apesar de em Portugal ser também legal a possibilidade de fazer um IVG, já estava fora do tempo permitido por lei: *"Que este bebê tinha sido o resultado de uma violação por parte de um familiar. Que escondeu a violação por medo e que descobriu a gravidez muito tarde, não tendo oportunidade de realizar uma interrupção voluntária de gravidez"* (EP8).

Apresentamos, em seguida, algumas sequencias narrativas apresentadas por dois (2) profissionais de enfermagem brasileiros, onde, ao contrário dos outros participantes, independentemente da sua condição econômica, a mulher que

manifesta o desejo de entregar o filho afirma não desejar ser mãe, priorizando **outros projetos pessoais** e almejando viver a sua condição de mulher de outras formas que, naquele momento, não passam pela maternidade: *"Ser mãe naquele momento não fazia parte dos seus planos. Que ser mãe necessita de dedicação em tempo integral e ajudas. E que ela não possuía isto"* (EB24).

Uma técnica de enfermagem explicita que a mulher desejava priorizar os estudos e a formação acadêmica ainda em curso, pelo que os seus projetos pessoais se sobrepunham à vontade de ser mãe: *"Não tinha tempo para cuidar da criança. Tinha outros planos para sua vida. Gostava de estudar e seria difícil ficar com uma criança que tomaria todo o seu tempo. Talvez quando se formasse tivesse condições para cuidar e educar mas, no momento, não"* (TEB22).

Por último, citamos três (3) histórias onde é evidente a dificuldade dos profissionais de enfermagem (dois brasileiros e um português) em dar uma continuidade à história onde a entrega da criança se concretize. De fato, para estes participantes, as suas histórias expressam comportamentos onde os profissionais tentam forçar a maternidade e os cuidados à criança, numa tentativa de **alterar o comportamento de entrega** da criança:

"Engravidou porque foi ao pancadão e não sabe quem é o pai do bebê. Se sente insegura para criar o nenê sozinho. A enfermeira insistiu para que segurasse o bebê sobre o seu ventre até cessarem os batimentos cardíacos e ela o fez, mas não quis ver o bebê. Ainda assim estava se apegando a ele" (EB9);

"Após fazer teste rápido de HIV, que deu negativo, insistimos o aleitamento materno e no início ela rejeitou. A sorte nossa é que a mãe da paciente veio visitá-la e conversamos com a mãe dela. A mãe da paciente disse que iria ajudar a cuidar do bebê se assim a filha aceitasse. Com muito custo a puérpera aceitou amamentar, e com a ajuda da psicóloga e da assistente social, conseguimos que a paciente aceitasse o seu bebê e demonstrou estar feliz porque a sua mãe disse que iria ajudar a cuidar de nenê, porque era do sangue dela e jamais queria entregar para outra pessoa. Parece que a paciente começou a entender que não estava só e que tinha família para ajudá-la" (EB3);

"A psicóloga tentou esclarecer, junto da mãe, todas as suas dúvidas e, de imediato, foi acionado a Segurança Social para estudar o caso e perceber se existiam, ou não, condições para ficar com a bebê. A psicóloga tentou perceber se a Ana queria mesmo a bebê pois, se assim o desejasse, tentaria ajudá-la. E, no final, Ana decidiu ficar com a bebê" (EP9).

Não quero ficar com o meu filho!

Tal como já observado face à primeira categoria do tema em análise, a segunda categoria foi identificada pela totalidade dos participantes do nosso estudo (67 profissionais de enfermagem de ambas as nacionalidades), dado que todos os participantes deram continuidade à História 2.

A segunda categoria remete, assim, para sequencias narrativas que os participantes relataram face à segunda história apresentada pela pesquisadora, que remetia para uma mulher com condições socioeconômicas, mas que escolhe não assumir a maternidade do filho, manifestando o desejo de entregar a criança para adoção.

Começamos por identificar um primeiro aspecto, relatado por alguns profissionais de enfermagem, trinta (30) profissionais de enfermagem (brasileiros e portugueses), e que remete para um enredo, onde é assumido pela mulher que esta **não deseja assumir a maternidade** naquele momento, quer seja por não se sentir preparada para ser mãe, quer seja porque tem outros projetos/expectativas futuras para a sua vida, que não passam por ser mãe: *"Não estava nos planos dela ter um bebê agora. Que os pais pagam tudo para ela para que ela trabalhe. Só após concluir a faculdade é que quer ser mãe. E que foi a mãe que sugeriu doar o bebê porque não iria sustentar filha e neto"* (EB2).

Citamos, ainda, que nas histórias narradas por estes profissionais de enfermagem, a mulher em questão aparece sempre associada a uma jovem que estuda e é surpreendida por uma gravidez, não apresentando disponbilidade para interromper os seus projetos pessoais e vir a assumir o filho:

"Não desejou ter um filho naquele momento e que no conceito dela uma criança não precisa só de boas roupas, escolas e outras coisas que o dinheiro pode comprar. Uma criança precisa de tudo isso, mas acima de tudo, precisa de amor" (EB22);

"A criança foi um acidente fora de hora, e que nem sabia por onde andava o pai e a cria só iria atrapalhar a vida social dela" (TEB5);

"Não se sentia preparada para ter este bebê. Que não se sentia capaz de tomar conta de alguém tão pequeno, tendo ela 19 anos. Que seria uma enorme responsabilidade. Maria contou que quando descobriu a gravidez já era tarde demais e como tal já nada poderia

fazer. Tinha uma vida enorme pela frente, um curso que queria terminar e uma relação que terminou com achegada deste bebê" (EP9).

Continuando a análise da segunda categoria do tema, apresentamos um segundo aspecto identificado por vinte e cinco (25) profissionais de enfermagem, brasileiros e portugueses, que remete para narrativas onde o enredo se relaciona com a **ausência de apoio** sentida pela mulher, quer seja pela ausência do progenitor da criança, quer seja pela ausência de familiares próximos a esta. Apresentamos, em seguida, alguns desses exemplos:

"Havia tomado esta decisão por ter escondido a gravidez da família e pretender continuar a investir nos seus estudos e projeto profissional. Quando soube que estava grávida já não existia a possibilidade de realizar uma IVG e para a sua família seria uma desilusão saber que teve uma gravidez não planejada e desejada. Neste momento, ainda é economicamente dependente dos pais, e sem apoio, não seria possível ficar com o recém-nascido" (EP1);

"Seu bebê era fruto de um relacionamento que já não existia e o pai de seu filho fora embora para outro país, sem saber que seria pai. Não existia forma de levar adiante a criação de um filho sem a presença do pai. Ela não conseguiria sozinha. Tinha certeza da sua incapacidade. Se sentia totalmente sem forças para seguir adiante. Como criar um filho se não consigo cuidar de mim mesma ?" (TEB2)";

"Aquela gestação não havia sido planejada. Que no momento não era propício para a sua vida dedicar-se a ser mãe. No momento, não tinha com quem contar para ajudá-la, já que o pai da criança nunca mais teve contato com ela. A maternidade a assustava muito. A falta de experiência, medo, deprimia ela. Então, resolveu tomar a decisão de adoção, pois seria melhor para ambas" (EB1).

Tal como observado na categoria anterior, um número de profissionais de enfermagem (brasileiros e portugueses), ainda que reduzido (7), deu continuidade à segunda história abordando como tema central uma situação de **abuso sexual**, justificando, assim, a intenção de entrega da criança, por parte da progenitora:

"Tinha sido vítima de estupro. Que até teria condições de ficar com a criança. Mas ainda estava muito traumatizada e sabia que emocionalmente não teria condições de ficar com o bebê" (EB12);

"Este bebê tinha resultado de uma violação. Não conhecia o pai do bebê e não queria nunca mais pensar que este momento tinha acontecido na sua vida. Estava a estudar e queria ter família um dia, com um companheiro que fosse da sua escolha e resultado de uma relação com amor e carinho" (EP5);

"Tinha sido vítima de uma violência sexual forçada e não queria ficar com o bebê. Tinha pavor de se lembrar do acontecido" (TEB15).

Abordamos, agora, um outro tipo de sequencia narrativa identitificada por um número reduzido de participantes - 5 profissionais de enfermagem, que remete para a **ausência de relação e vínculo afetivo com a criança** como justificativa para a entrega.

Ressaltamos, que nenhum dos participantes que relataram histórias nesta linha de raciocínio eram enfermeiros brasileiros (eram E_P e TE_B), algo que nunca ocorrera em nenhuma outra categoria ou sub-categoria, nos temas anteriores. De fato, os enfermeiros portugueses e técnicos de enfermagem que relataram este tipo de factor, citaram que a mulher não tinha conseguido ligar-se afetivamente e estabelecer laços de filiação com o bebê, situação que promovera o desejo de entregar a criança a uma família adotiva:

"Estava mais preocupada com ela e na assistência durante o parto do que com o próprio filho. Durante a gravidez, não houve ligação afetiva com o feto e por isso queria entregá-lo para a adoção" (E_P13);

"Ela não gostou da gravidez e alguns aspectos que achou muito desagradável durante sua gestação. Concluiu que nunca havia se sentido mãe realmente. Que esse sentimento não havia sido despertado nela e que, por tudo isso, ela não queria aquele bebê" (TE_B4).

Identificamos um outro aspecto, que consideramos de extrema relevância face ao tema da presente pesquisa, ocorrido com cinco (5) profissionais de enfermagem brasileiros (enfermeiros e técnicos de enfermagem) – **mudança no contexto social da mulher**, apresentada na história 2.

De fato, os profissionais em questão, ao contrário do que seria esperado, deram continuidade à história 2 alterando o contexto socioeconômico da mulher, colocando-a, tal como na primeira história, pertencente a nível social marcado por frágeis condições, situação que, no entender destes, justificaria e levaria a mãe a manifestar o desejo de entregar o seu filho para adoção.

Tal fato, nos leva a ponderar como parece ser difícil, para estes profissionais, aceitar que uma mulher que não se enquadre num contexto sociofamiliar com fragilidades socioeconômicas possa recusar um projeto de maternidade e não desejar cuidar do seu filho.

Apresentamos, em seguida, algumas histórias, de forma a melhor visualizar o que foi descrito anteriormente:

"Não havia condições financeiras para criar o bebê e que, apesar de amá-lo, não gostaria de interromper com seus estudos, sem o apoio da família ou do parceiro, bem como adiar seus planos para o futuro" (EB9);

"Teve um relacionamento com um homem casado. Não tinha condições financeiras para cuidar da criança. Pais trabalhavam para pagar a faculdade e ainda mora com os seus pais" (TEB22);

"Não queria o bebê porque a família não sabia que ela estava grávida. Só tinha saído uma vez com o sujeito. Não tinha a certeza quem era o pai do bebê. Ela tinha acabado de entrar no serviço e ela não podia cuidar do bebê. Não tinha dinheiro. Não tinha casa para morar, morava de favor na casa de uma amiga. Não, ela preferia entregar para adoção porque ela ia encontrar uma família boa para cuidar, dar comida, educação. Não tinha dinheiro para medicação. Um bebê requer muitos cuidados. Ela fez isso porque a família não podia descobrir. Foi uma escolha, ou o bebê ou o serviço que estava em vista, ela estava à experiência e por isso deixou o bebê ir" (TEB25).

Como já observado na categoria anterior, na História 1, na narrativa relacionada com a mulher de classe média-alta, alguns dos profissionais de enfermagem (5 participantes) deram uma continuidade à História 2 alterando o posicionamento e decisão da mulher relativamente à situação de entrega. De fato, para estes profissionais, os técnicos parecem ter como função manter o laço mãe-filho, **forçando a maternidade** a todo o custo.

As histórias que relatamos em seguida são bastante ricas e explícitas em relação a este aspecto, abordando a necessidade dos profissionais forçarem a mulher a alterar a sua decisão de entrega, envolvendo, muitas vezes, outros familiares nessa sua demanda. Ressaltamos, ainda, que este tipo de enredo foi narrado unicamente por enfermeiros, 2 de nacionalidade brasileira e 3 portugueses, não sendo identificado por nenhum técnico de enfermagem brasileiro:

"Sua família não sabia que a mesma estava grávida. Seus pais eram muito conservadores e ela não sabia como resolver a situação. A psicóloga perguntou se ela autorizava a entrar em contato com a sua família e estudar a situação. Com a autorização da paciente foram encontrados seus pais, que foram auxiliados a compreender a situação da moça e auxiliá-la a ficar com a criança" (EB27);

"Quando a psicóloga falava com a Maria, entraram os pais da mesma, os avós, radiantes com a notícia e entusiasmados por vê-lo. A psicóloga chamou-os à parte, para tentar perceber toda a situação familiar. Os pais mostraram desde logo muito apoio, e que a Maria podia contar com eles para tudo, qual fosse a decisão que tomasse, sendo a Maria maior de idade. Fizeram-lhe ver que era uma nova vida que aí vinha com um bebê lindo, e que nada iria acabar, que a sua vida iria mudar, mas para melhor. Maria pensou, pensou, e ficou com o bebê, mais feliz que nunca" (EP9).

Problemática do status social

Apresentamos uma última categoria integrada no quinto tema, relacionada com as reflexões espontâneas que alguns profissionais de enfermagem realizaram após darem sequência às histórias apresentadas pela pesquisadora. Ainda que não estando centradas um nenhuma das histórias apresentadas, reflete um posicionamento dos profissionais sobre o tema da entrega, que nos parece importante realçar: *"(…) O problema era o impacto social face à sua família que aquela gravidez e aquele bebê teriam"* (EP11).

A categoria problemática do status social foi identificada por quinze (15) participantes, de ambas as nacionalidades. Ainda que não tenha sido abordada por um número muito significativo de participantes, pela relevância que nos parece ter face à temática do presente estudo, consideramos importante aprofundar e refletir sobre a mesma.

De fato, para estes profissionais, a justificativa atribuida para a decisão de entrega de um filho, em mulheres pertencentes a um nível socioeconômico mais elevado, ocorre numa procura em se manter um status social e um modelo de família tradicional: *"Agora essa moça com dinheiro, ela tinha tudo. Mas a família tradicional tem aqueles costumes. Não pode ficar sabendo da gravidez e ela não quis de jeito nenhum, porque ela já fugiu do estado para ninguém saber da gravidez, que a barriga estava crescendo. Deixa para adoção. Depois ela volta, independente, e depois pronto, acabou. Porque essa mãe não tinha nem um pouquinho de amor pelo seu nenê. Ela tinha condições para ficar com o nenê. E será que é orgulho próprio? Da família que é tradicional e não pode ficar sabendo? O que será? E ela não quis de jeito nenhum aceitar. Porque era a partir do status social dela, porque dinheiro ela tinha, ela tinha convênio. Quem tem convênio, tem dinheiro para cuidar do seu bebê. Penso eu que a outra não tinha nem dinheiro para pegar ônibus. A outra tinha carro e, no fim, o dinheiro falou mais alto, sabe? Porque a mãe, irredutível, ela tinha condições, mas não quis porque causa do status dela, a família tradicional jamais poderia ficar sabendo que ela teve um bebê. E escondeu, né?"* (EB3).

Adicionalmente, numa procura também em "resolver" o problema de uma gravidez indesejada, face ao seu nível social: "*Quando cheguei à segunda história*

fiquei assim, porque, para mim, isso é mais dificil de justificar. Para mim, são relações extraconjugais e que, na verdade, elas não querem contar. Umas, ou por estado social, porque vivem bem ou porque não querem que o marido saiba. Na verdade, é mais fácil o conforto, o nível social e manter esta relação. E deixar esta criança. Outra razão, na verdade, porque também o marido, se soubesse, mandava-as sair de casa. Assim, é mais fácil omitir. Na verdade, é para manter um satus social(…) " (EP3).

Uma técnica de enfermagem brasileira (TEB24) mostra-se indignada face à segunda história, na medida em que, no seu entender, relata como, na atualidade, ainda que de forma mais pontual, continua a ocorrer a tentativa de manter a aparência de um status social, semelhante ao que acontecia antigamente, numa época em que imperava o modelo de família tradicional: *"Antigamente acontecia muito isto. Para os pais não sentirem vergonha, as filhas deixavam o bebê. Depois, talvez um dia fossem procurar o filho, ou talvez não. Graças a Deus melhorou esse pensamento. Evoluiu o pensamento. Hoje a mulher fica grávida e é normal assumir o filho sozinha. Hoje, a mulher já não se preocupa com isso. Hoje, a mãe pode lutar pelo pai assumir a paternidade e pagar a pensão de alimentos para a criança. Mas, mesmo assim, a gente ainda vê muito isso. Infelizmente, mas vê, sim. Entregar o filho por isso"* (TEB24).

CAPÍTULO 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente estudo, objetivamos investigar de que modo o mito do amor materno afetava as ideias e concepções presentes em relação à entrega de um filho para adoção, em profissionais de enfermagem diretamente envolvidos com mulheres que entregam os filhos para adoção. Tentamos explorar e compreender a sua perspectiva face aos aspectos supra referidos e, ainda, se esta tinha interferência, ou não, na prática profissional e na forma como estes profissionais se relacionavam com essas mulheres que manifestavam o desejo de entregar um filho.

Da pesquisa, participaram sessenta e sete (67) profissionais de enfermagem, de duas nacionalidades, brasileira e portuguesa. Os profissionais de enfermagem brasileiros incluiam enfermeiros e técnicos de enfermagem, enquanto os profissionais portugueses eram só enfermeiros. O estudo ocorreu em dois momentos - os participantes começaram por responder a uma entrevista semi-dirigida e, posteriormente, foi-lhes solicitado que dessem continuidade a duas histórias de mulheres que manifestavam o desejo de entregar um filho para adoção, elaboradas especificamente para a presente pesquisa.

Operacionalizamos as nossas questões através do método clínico-qualitativo, tendo sido objetivado o acesso a aspectos mais subjetivos, facilitados através das verbalizações dos profissionais de enfermagem, numa procura do seu entendimento, significados pessoais e suas interpretações, acerca das dimensões analisadas.

Tal como já citado, na análise dos dados utilizamos o método interpretativo da análise temática (Braun & Clarke, 2006), recorrendo-se, ainda, a algumas estratégias de codificação inspiradas pela Grounded Theory (Charmaz, 2006), almejando-se novos conhecimentos e o aprofundamento da temática da entrega de um filho e do mito do amor materno.

6.1 RESUMO DOS DADOS E DISCUSSÃO

Desta análise dos dados resultaram 5 temas principais. O primeiro, relativo à entrega de um filho. O segundo, a aspectos relacionados à história de vida e vivência

profissional dos participantes. O terceiro, relacionado com a representação de maternidade dos profissionais de enfermagem. O quarto, associado às suas significações de família e, por último, o quinto, referente às narrativas interativas construídas na continuidade das histórias de duas mulheres, elaboradas e apresentadas pela pesquisadora.

No presente capítulo, elaboraremos um resumo dos resultados e a discussão dos mesmos, com alguns apontamentos teóricos para um melhor enquadramento dos dados obtidos, objetivando responder, ainda, às questões que orientaram a nossa pesquisa.

6.1.1 A entrega de um filho

Reconhecemos, na presente pesquisa, como a entrega de um filho para adoção se revelou um tema rico, atual mas, ainda assim, bastante inquietante e, por vezes, até paradoxal, para os profissionais de enfermagem.

Através dos dados obtidos, pudemos identificar como, para estes profissionais, as concepções e ideias sobre o tema da entrega se revelaram bastante diferentes e ambíguas, sendo, no entanto, reforçado, por todos os participantes, a importância de aprofundar o tema em questão, bem como a necessidade de refletir sobre este tipo de tema, no âmbito da sua atuação profissional.

Na perspectiva dos profissionais de enfermagem de ambas as nacionalidades, um dos aspectos mais relevantes se refere à procura de **justificativas para as situações de entrega**, sendo bastante diversificados os motivos que os participantes identificam como promotores da decisão da mulher em entregar um filho.

Na perspectiva dos profissionais, os motivos que embasam a decisão de entrega oscilam, genericamente, entre a ausência de condições para assumir a criança e a inexistência de um vínculo afetivo que permita à mulher “transformar” internamente aquele bebê que nasceu em seu filho.

A ausência de condições socioeconômicas foi a condição significativamente mais identificada pelos participantes, sendo também associado a este aspecto

situações tais como problemas sociais, problemas familiares, consumos de substâncias tóxicas e vivência de sem-teto.

Os dados obtidos na presente pesquisa vão no sentido do apresentado por autores como M. Motta (2005a, 2005b), Fonseca (2012), Freston (2000) e Souza e Casanova (2011), que se referem às mulheres que entregam um filho como estando em situação de grande fragilidade, integradas em contextos vulneráveis e, por isso, sujeitas a "pressões externas" que as levam a decidir pela entrega.

A motivação para a entrega sustentada pelas fragilidades socioeconômicas, apresenta uma expressividade bastante maior junto dos profissionais brasileiros. Acreditamos que não só por estes se encontrarem em maior número na nossa amostra, mas provavelmente pela sua vivência pessoal e experiência profissional.

De fato, nos serviços públicos brasileiros a população atendida pertence majoritariamente a um estrato social mais baixo, caracterizado por grandes carências. Deste modo, face à sua experiencia profissional em hospital público, poderá ser de alguma forma esperada que os profissionais de enfermagem brasileiros associem, mais facilmente, as mulheres com dificuldades socioeconômicas como aquelas que, preferencialmente, manifestam o desejo de entregar um filho, tendo em conta ser essa a população com a qual, em geral, trabalham.

Em Portugal, pelo contrário, verifica-se uma maior heterogeneidade na população atendida no contexto hospitalar público, motivo pelo qual os enfermeiros portugueses, na sua experiência profissional, têm um contato mais frequente com mulheres de várias condições e níveis sociais, deparando-se, assim, com mulheres que apresentando condições socioeconômicas diferentes, manifestam a intenção de entregar uma criança para adoção.

Paralelamente, observamos como os profissionais de enfermagem brasileiros, em especial os técnicos de enfermagem, são profissionais com uma escolaridade mais reduzida e menos diferenciada, sendo muitos deles oriundos de zonais rurais, interiores e/ou periféricas de diferentes cidades do Brasil. Talvez por esse motivo, na sua vivência pessoal, estando integrados em contextos menos favorecidos, presenciem, de forma mais frequente, situações de gravidezes indesejadas e/ou situações onde são vivenciadas dificuldades no asseguramento de

cuidados adequados aos filhos, o que, de alguma forma, no seu entendimento pessoal, poderia promover e justificar as situações de entrega.

Por outro lado, os dados obtidos podem ainda refletir o fato de em Portugal, país situado em espaço europeu, os profissionais de enfermagem se encontrem integrados num contexto social onde existe uma maior aceitação de que uma mulher, independente das suas condições e contexto vivencial, possa optar por não ser mãe, alcançando a sua subjetivação feminina através de outras formas que não passem pela maternidade.

De fato, de acordo com a revisão de literatura apresentada por Lima (2013), Rios e Gomes (2009), em vários países europeus tem sido cada vez mais recorrente o número de mulheres que optam por não ter filhos, aceitando-se que a mulher possa investir em outras áreas relacionadas com as novas demandas da atualidade, que não, exclusivamente, aquelas relacionadas com a necessidade de ser mãe ou a parentalidade face a uma criança.

Segundo os trabalhos das autoras supracitadas, na realidade brasileira tais mudanças têm vindo também a ocorrer, ainda que de uma forma mais lenta e, normalmente, centralizada nos grandes centros urbanos e em mulheres de classe mais favorecida.

Talvez, por este motivo, possa ser mais difícil para os profissionais de enfermagem brasileiros, comparativamente com os profissionais portugueses, aceitarem que a decisão de entrega não esteja tão diretamente associada a uma ausência/presença de condições socieconômicas.

Um segundo aspecto evidente nos nossos resultados é o entendimento, por parte dos profissionais de enfermagem, de que a decisão de entrega pode estar relacionada com uma ausência de vinculo afetivo entre mãe e filho. Para os participantes, esta ausência de relação afetiva pode ser observada logo no decorrer da gestação, o que agravaria ainda mais este desinteresse e desinvestimento no relacionamento com a criança.

Lembramos o estudo de Leão et al. (2012), cujas conclusões apontam para a existência de uma falta de motivação e uma ausência de desejo em cuidar e assumir os cuidados da criança, situação que promoveria a decisão de entrega.

De acordo com as justificativas expressas pelos participantes, de um modo abrangente a todos os profissionais brasileiros e portugueses, a entrega foi entendida como algo positivo para a criança, na medida que, possibilita que esta possa vir a ser integrada numa família que realmente a deseje e onde seja bem cuidada e amada. Na perspectiva dos participantes, a entrega pode, ainda, prevenir o abandono ou situações de negligência e maltratos que colocariam a criança em situação de grande risco.

De fato, consideramos esta visão da entrega como bastante relevante, pois parece facilitar aos profissionais de enfermagem uma maior aceitação e abertura face a este tipo de situação, bem como maior disponibilidade em respeitar e cuidar das mulheres que manifestam intenção de entregar um filho para adoção.

Acreditamos, ainda, na linha do apresentado por Bonnet (1993), que esta perspectiva dos profissionais de enfermagem permite também o aprofundamento e reflexão acerca de dois conceitos bastante relevantes - abandono e entrega, aspectos bastante importantes e com repercurssões na forma como estas mulheres são entendidas e cuidadas.

Relembramos o estudo de Martins et al. (2015), que discorre sobre como o entendimento que os profissionais de enfermagem têm acerca da doação de um filho, que entendido como entrega ou como abandono, promove sentimentos diferentes em relação às mulheres. De fato, parece evidente que, dependendo da forma como os profissionais entendem a situação de entrega (como abandono ou entrega), assim as situações são contextualizadas como um ato de amor ou, pelo contrário, como desinteresse.

Os nossos dados permitem, assim, evidenciar o impacto que este entendimento representa para os profissionais de enfermagem que, ao considerar a entrega como uma oportunidade para a criança, apresentam uma atitude de maior proximidade e empatia face às mães, justificando a sua decisão como um ato de amor e/ou de cuidado face ao filho.

Seguimos para um outro aspecto, identificado unicamente pelos profissionais de enfermagem brasileiros, que associam estas mulheres à pessoas que priorizam o presente, vivendo numa procura de prazer imediato e estabelecendo

relações efêmeras, baseadas num prazer meramente sexual, sem planeamento e sem projetos futuros.

Percebemos como, na realidade brasileira, este "Viver o agora!" se encontra facilmente associado à baladas e bailes *Funk*, onde jovens enquadrados em meios promíscuos e sexualizados, supostamente incentivados pelas musicas e letra das canções *Funk*, têm relações sexuais desprotegidas, que geram crianças indesejadas e em relação às quais não existe interesse ou vínculo afetivo.

Na linha do abordado por Dolto (1989), entendemos este aspecto como algo que associa as crianças que nascem fora de um projeto de conjugalidade, normalmente fruto de relações onde a mulher é abandonada pelo pai da criança, como "filhos do cio".

Perante uma situação de entrega, os nossos resultados apontam para um outro processo, associado à necessidade que alguns profissionais de enfermagem apresentam, de incentivar, promover e estreitar o vinculo entre mãe e filho, ou seja, de **forçar a relação** entre a díade.

De fato, relativamente a este assunto, observamos uma disparidade de verbalizações por parte dos participantes, em que ora são expressas ideias que vão ao encontro da importância de facilitar meios para o estreitamento deste vínculo afetivo entre mãe e filho, ora são apresentadas indagações críticas acerca deste incentivo e "forçar" da relação, por parte dos profissionais.

Ainda que os dados da pesquisa apontem como mais expressiva a quantidade de profissionais de enfermagem que consideram dever ser incentivado o vínculo entre mãe e filho (independentemente do desejo e vontade da entrega da mãe), parece-nos relevante a dificuldade e insegurança que estes profissionais evidenciam no lidar com as mulheres que manifestam o desejo em entregar um filho.

Compreendemos que as questões éticas suscitadas aos profissionais de enfermagem os coloquem num conflito de interesses, agravando as suas dificuldades em lidar com pacientes que apresentem um comportamento fora do esperado e menos aceito socialmente.

Contudo, consideramos que, em geral, os profissionais de enfermagem apresentam comportamentos e verbalizações sugestivos no sentido de tentar demover

a mulher da sua pretensão de entregar a criança, para que, assim, se possam manter os vinculos biológicos entre mãe e filho.

De fato, quando os profissionais abordam situações em que entendem que a criança possa estar em perigo, tais como crianças filhas de mulheres de rua ou de mulheres com histórico de consumos de substâncias psicotrópicas, o seu entendimento é de que a criança deve ser protegida, devendo ser cortado o vínculo. Nas situações de entrega, como muitas vezes estas situações não ficam explícitas, não se percebendo ao certo o que motivou a decisão de desejar entregar a criança, os profissionais de enfermagem parecem ter um entendimento diferente, expressando a necessidade de manter esta ligação.

Aprofundando a reflexão sobre este aspecto, relatamos como alguns profissionais têm sublinhado a importância de respeitar o desejo de entrega e a vontade expressa pela mulher (Diniz, 1993; Giberti, 2010), alertando para o risco de se forçar o interesse materno quando este não parece exisitir ou é de fraca qualidade.

Ainda que possa ser difícil para os profissionais atuar de uma forma diferente da que baseou a sua formação acadêmica ou das suas convicções e valores pessoais, consideramos que a atuação dos profissionais deve ser cautelosa e ponderada face a este tipo de situação. Acreditamos que incentivar um laço afetivo quando ele parece não existir, ou é ambivalente, pode acarretar graves riscos (Diniz, 1993; M. Motta, 2005b), devendo ser feita uma boa avaliação, para um posterior delineamento (ponderado) de qual a melhor intervenção.

Na perspectiva dos profissionais de enfermagem brasileiros e portugueses, a decisão de entrega remete, ainda, para a presença de **sofrimento emocional materno**, demonstrando, os participantes, dificuldade em lidar com estes sentimentos de angústia e tristeza, supostamente vivenciados pelas mulheres que manifestam desejo de entregar um filho para adoção.

Os nossos dados parecem enquadrados nas referências de M. Motta (2005a), que na sua pesquisa apresenta as mulheres que entregam os seus filhos, como mulheres “abandonadas” que se encontram numa situação de desamparo, solidão e isolamento. Também no nosso estudo, os profissionais de enfermagem expressam o seu entendimento de que estas mulheres nunca serão capazes de fazer o

luto da entrega, bem como de integrarem emocionalmente a decisão de abdicar de um filho para adoção.

Ainda que sejam recorrentes os estudos que identificam sentimentos de ansiedade e angústia em mulheres que entregaram o seu filho para adoção (Fonseca, 2012; Freston, 2000; M. Motta, 2005a), os estudos parecem não ser conclusivos para elucidação do mundo psíquico destas mulheres (Giberti, 2010).

Autores como March (2014), ainda que não remetendo para a realidade brasileira, explicitam que, apesar das vivências de conflito, ambivalência e ansiedade, sentidas no decorrer da tomada de decisão de entrega, após a decisão são também experienciados sentimentos de alívio e bem-estar.

Outro dos aspectos citados pelos participantes, numa visão mais abrangente das situações de entrega de um filho, remete para a associação entre a **interrupção voluntária de gravidez e a entrega.**

Observando os dados obtidos, percebemos como para os profissionais portugueses, este aspecto tem especial relevância, parecendo ser mais difícil para estes participantes aceitarem a situação de entrega, tendo em conta que, nesse país, é legalmente possivel realizar uma IVG (até às 10 semanas), por decisão da mulher. Os enfermeiros portugueses expressam, assim, a sua incompreensão face às razões que levam uma mulher a levar uma gestação não desejada adiante, quando no seu país esta pode ser legalmente interrompida unicamente pela decisão da mulher.

Pelo contrário, na realidade brasileira, a mulher só pode interromper a sua gravidez, de forma legal, em situações muito específicas, pelo que as mulheres que o arriscam, fora destas situações, ficam expostas a punições judiciais e a ter que fazer a IVG sem condições de saúde adequadas. Acreditamos que, por esta razão, devido à estas circunstâncias, este recurso não foi tão abordado pelos profissionais brasileiros.

Os dados do nosso estudo demonstram também, por outro lado, como os profissionais de enfermagem, independentemente da sua nacionalidade, aceitam com maior facilidade a possibilidade de realizar a entrega de um filho por não concordarem com IVG, tendo em vista os seus valores, normas e crenças morais e religiosas.

Assim, face a uma gravidez não desejada, os profissionais de enfermagem entendem que a entrega pode ser uma forma de resolver a situação, tendo em conta a

sua oposição e não concordância na realização de uma IVG: “Fazer um aborto é que não!” (EB6).

Avançamos agora para um outro aspecto que apresenta especial relevância para os profissionais de enfermagem brasileiros e que remete para a **entrega ilegal a terceiros.**

De fato, na perspectiva de alguns profissionais de enfermagem brasileiros, ao contrário do defendido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), deveria ser viável a possibilidade de existirem entregas informais, onde uma criança pudesse ser integrada numa família que a deseje e mostra disponbilidade para tal, sem precisar se inscrever no Cadastro Nacional da Adoção ou ter a mediação dos serviços de justiça.

Tal como já abordado anteriormente, as “entregas de fato” foram uma realidade que ocorreu de forma recorrente no contexto brasileiro, em especial nos estados brasileiros mais pobres e rurais (Venâncio, 2000). Neste período, a criança era utilizada para se ter acesso a um determinado estatuto socioeconômico (Venâncio, 2000; Marcílio, 2006) e, neste sentido, antes de haver o Cadastro Nacional da Adoção, havia até uma certa “comercialização” de crianças. As famílias com maior poder aquisitivo iam nas comunidades menos favorecidas, aliciando mulheres marginalizadas, com muitos filhos, muitas vezes ainda grávidas, para assumirem as suas crianças, a troco de dinheiro, ajuda para outros filhos ou de outros bens que as mulheres necessitavam.

Atualmente, esta realidade tem-se apresentado cada vez mais pontual, contudo, face à morosidade, tempo de espera de uma criança e burocracias inerentes aos processos de adoção, ainda se observa, por vezes, o entendimento de que a entrega de uma criança deva ser mais rápida e ágil, ocorrendo à margem dos procedimentos inerentes ao Cadastro Nacional de Adoção.

Assim, no contexto brasileiro, parece ser ainda difícil, em especial para os profissionais com menor formação técnica, de classe mais baixa e com mais idade (como é o caso dos técnicos de enfermagem), identificar os riscos destas situações, quer face aos adultos que as acolhem, quer face às crianças. Adicionalmente, no caso dos técnicos de enfermagem oriundos de zonas mais desfavorecidas e de famílias numerososas, era recorrente o contato com situações em que a família extensa e mesmo vizinhos, apoiassem na prestação dos cuidados às crianças, ficando alguns

destes menores integrados em contextos familiares onde não tinham laços biológicos. Isto acontecia sem que fossem adotadas legalmente e, em alguns casos, sem que, afetivamente, fizessem parte da família. Na verdade, o discurso destes técnicos de enfermagem reflete um pouco a realidade onde eles próprios estiveram integrados, em que crianças eram dadas para outros cuidarem sem haver necessidade de regularizar juridicamente a situação.

Por último, os resultados do nosso estudo permitem-nos, ainda, refletir sobre alguns aspectos associados à necessidade de **prevenção da gravidez**. De fato, os profissionais de enfermagem, em especial os profissionais portugueses, relataram o seu entendimento de que as politicas públicas portuguesas, ainda que com alguns constrangimentos, facilitam o acesso dos indivíduos aos postos de saúde, à realização de consultas de planejamento familiar, à ações de saúde escolar na área da sexualidade e aquisição de métodos contraceptivos de forma gratuita. Deste modo, para os profissionais de enfermagem portugueses, as mulheres têm acesso aos recursos necessários para realizar um adequado planejamento familiar, bem como a condições externas para se prevenirem e realizarem um projecto de parentalidade consciente.

Ainda que estas questões também sejam abordadas pelos profissionais de enfermagem brasileiros, ocorreram de uma forma menos significativa. Acreditamos que, devido às dificuldades no desenvolvimento de politicas públicas brasileiras (identificadas pelos profissionais de enfermagem desta nacionalidade), seja mais comum para os profissionais esperar a ocorrência de gravidezes indesejadas, consequências das falhas no planejamento familiar, sendo que, assim, o tema da prevenção da gravidez tenha tido uma relevância menor dentre aos profissionais atuantes no Brasil.

6.1.2 Sobre os profissionais…

Todos os participantes abordaram a sua **história de vida**, relatando vivências e experiências pessoais de maior relevância para eles. Estas experiências remetiam para a sua infância ou para momentos onde os participantes ainda estavam integrados na sua família de origem.

Observando os dados do nosso estudo, verificamos como um número significativo de participantes identificou ter vivenciado na sua história passada antecedentes sociofamiliares sentidos como adversos, especialmente associados a carências diversas (financeiras, educacionais, emocional/afetivo), situações de alcoolismo por parte de algum familiar, violência doméstica, divórcio dos pais, doença grave de familiares, gravidez na adolescência e/ou vivência em situação de acolhimento familiar.

Salientamos que os profissionais brasileiros foram aqueles que mais expressaram estas vivências, numa grande disparidadade em relação aos profissionais portugueses, apontando os resultados para a presença, nos profissionais brasileiros (enfermeiros e técnicos de enfermagem), de uma generalizada vivência familiar numa fase de vida precoce, sentida como difícil e marcada por adversidades. Destas adversidades, a experiência de carências financeiras foi a mais mencionada pelos participantes.

Equacionamos que estes dados possam estar relacionados com a realidade dos profissionais de enfermagem brasileiros, que incluindo enfermeiros e técnicos de enfermagem, se caraterizam por uma maior heterogeneidade de pessoas, quer em relação à sua formação técnica, quer à sua situação vivencial.

De fato, os dados relativos à história de vida dos profissionais brasileiros, especialmente no que se refere aos técnicos de enfermagem, refletem a realidade de indivíduos oriundos de zonas rurais do Brasil, desfavorecidas, marcadas por diversos problemas socioeconômicos e com menores oportunidades.

Ainda que um grande número de profissionais tenha apresentado diversos antecedentes familiares com adversidades, um outro dado que emerge da nossa pesquisa é a existência de memórias descritas por eles como agradáveis, prazerosas e positivas, associadas ao brincar na infância de forma livre e sem receios, no contexto de uma comunidade, bem como à valorização e ao incentivo dos progenitores relativamente à educação e formação acadêmica dos filhos.

Neste âmbito, relembramos o apresentado por Winnicott (1965/1983), que ressalva a importância do ambiente como provedor de cuidados essenciais e necessários ao desenvolvimento emocional do indivíduo.

Embora os dados da nossa pesquisa possam ser indicadores de possíveis falhas ambientais na história de vida dos profissionais de enfermagem, acreditamos que talvez, em algum momento, este ambiente foi capaz de se adaptar às necessidades dessas pessoas, de forma a sustentar e favorecer a sua integração do eu. Talvez por esse motivo, os profissionais de enfermagem consigam vivenciar e recordar estas memórias mais positivas, descritas como algo que apresentou grande relevância para o seu bem-estar e amadurecimento pessoal.

Relativamente às verbalizações específicas dos participantes associadas ao brincar na infância, vale ainda lembrar o apresentado por Safra (1999), que se refere ao brincar como algo que possibilita a abertura de mundos e a abertura de significações e que oferece àquele que brinca a possibilidade de colocar em devir o seu próprio viver. Equacionamos que, nesta linha de pensamento, esta experiência de brincar tenha sido sentida, pelos profissionais de enfermagem, como algo que possibilitou a exaltação de quem vive e se sente livre, mas com um sentimento da segurança e de contenção afetiva.

No que se refere à **vivência profissional** dos participantes, os dados sublinham a importância da atitude profissional no contato com mulheres que manifestam o desejo de entregar um filho para adoção. Todavia, os nossos dados indicam também que esta atitude dos profissionais face às mulheres é marcada, muitas vezes, por juízos de valor, preconceitos e julgamento das mulheres face à sua decisão de entrega.

Consideramos que estes dados se apresentam na linha do observado por outros estudos (Fonseca, 2012; M. Motta, 2014), mas acrescidos de um novo aspecto relacionado à dificuldade que os profissionais de enfermagem apresentam de se descentralizar da sua experiência pessoal e dos seus próprios valores.

De fato, a apreciação que os profissionais de enfermagem elaboram e a forma como lidam com as mulheres que entregam um filho, parece ficar bastante “contaminada” pelas suas histórias pessoais e pela forma como eles próprios atuariam perante a mesma situação, o que promove o aparecimento de conflitos internos e maiores dificuldades quanto a uma atuação mais profissional.

No entanto, apesar dos desafios que estas situações parecem desencadear nos profissionais de enfermagem, destacamos como, na perspectiva de alguns

participantes, é importante respeitar a decisão da mulher, na medida que cada situação é única e diferente.

Estes dados vão ao encontro do apontado por March (2014), Menezes e Dias (2011) que, para além de considerar a situação de cada uma destas mulheres como única, defendem que deve ser facilitado um espaço relacional, onde a mulher possa ser ajudada numa tomada de decisão consciente e amadurecida, tornando-se, assim, um agente regulador e ativo da sua própria vida.

Na perspectiva dos profissionais de enfermagem, a atuação em relação às situações de entrega deve ser feita após um **trabalho de equipe** e de uma **intervenção interdisciplinar**, com o apoio de várias especialidades técnicas. Os profissionais ressaltam, ainda, a necessidade de se realizar uma **intervenção precoce,** o mais cedo possível, quer seja no sentido de uma aproximação, quer seja no de uma separação, de forma a se proteger mãe e criança.

Destaca-se, ainda, entre os nossos resultados, um aspecto bastante interessante, associado ao **pouco acompanhamento nas situações de entrega** que os profissionais de enfermagem consideram ter. De fato, os participantes relatam que as mulheres que manifestam o desejo de entregar um filho para adoção se mantêm pouco tempo em situação de internação, não demonstrando disponibilidade para abordar ou conversar sobre o seu contexto vivencial. No seu entender, face a este aspecto, torna-se bastante difícil perceber a verdadeira situação destas mulheres, agravado ainda mais pela insegurança e dificuldade sentida pelos profissionais de enfermagem em lidar com este tipo de ocorrência.

Por último, e no seguimento do que foi citado anteriormente, destacamos a necessidade e importância da **formação**, expressa na perspectiva dos profissionais de enfermagem. Também este dado está de acordo com a pesquisa de Faraj et al. (2016), que demonstrou a insegurança dos profissionais perante situações de entrega, bem como *deficits* no nível de conhecimento científico e da sua formação acadêmica relativamente ao tema em questão.

Neste âmbito, parece-nos claro que, face à complexidade destas situações, se deva trabalhar em parceria, numa interlocução com várias outras especialidades (Medicina, Serviço Social, Psicologia…).

Assim, refletimos sobre a dificuldade identificada pelos profissionais de enfermagem, que se deparam com uma situação que não envolve só o corpo ou a parte física do indivíduo, mas também a parte emocional, o que lhes promove inseguranças e angústias, deixando-os, talvez, um pouco perdidos perante qual deve ser a sua função. Por outro lado, pela exigência desta situações, é efetivamente importante existir um aprofundamento de alguns outros aspectos na sua formação acadêmica e profissional que os habilite a cuidar de áreas mais ligadas a questões psicológicas e/ou emoções, das quais se inclui o tema da entrega de um filho para adoção.

6.1.3 O que representa a maternidade?

Ao refletirem sobre o que representa a maternidade, os profissionais de enfermagem apresentaram uma visão bastante idealizada, associando o ser mãe a "algo especial", representado na ideia **"Mãe acima de tudo!"**.

De fato, os profissionais de enfermagem do nosso estudo associam aquilo que se denomina por amor materno a um amor incondicional, fora do comum, sem limites, onde a mãe se anula enquanto mulher para se dedicar aos cuidados do seu filho.

Na linha do observado no nosso estudo, alguns autores vêm abordando (numa perspectiva histórica), como se passou de uma ausência de interesse e preocupação face à criança e às suas necessidades, para um outro extremo, onde se verifica o enaltecimento da maternidade e de orientações de como devem ser prestados os cuidados às crianças (Badinter, 1985, 2010; Iaconelli, 2015). Estes autores reforçam a ideia de como o amor materno tem vindo a ser idealizado e associado a algo prazeroso, situação que, no seu entender, nem sempre corresponde à realidade da vivência de maternidade de cada mulher.

Os nossos dados reforçam, também, como a maternidade tem vindo a ser prioritariamente associada à figura da mulher (Gosh, 2016). Por outro lado, corroboram ainda as indagações de Potvin (2015), dado que, na perspectiva dos profissionais de enfermagem do nosso estudo, a mãe deve doar-se ao seu filho,

colocando as necessidades deste em primeiro lugar, dispondo-se a abdicar dos seus interesses, desejos e necessidades individuais em função da criança e da família.

Cremos, ainda, que as nossas evidências podem ser relevantes para um aprofundamento de trabalhos anteriores, que abordam e discutem o determinismo da mulher para a maternidade, discorrendo sobre a existência (ou não) do instinto materno (Ariés, 1981; Badinter, 1985; Chodorow, 1990).

De fato, na perspectiva de alguns dos profissionais de enfermagem da nossa pesquisa, é reforçado como a maternidade se encontra associada a algo biológico, que nasce com a condição feminina e que, de forma instintiva, lhe dá condições e lhe habilita a ser capaz de cuidar de uma criança.

Consideramos que este aspecto se encontra estreitamente ligado a prevalência da vinculação biológica que ocupa, ainda, um lugar de grande preponderância na nossa sociedade, não só em relação aos profissionais de enfermagem como, também, aos profissionais de outras especialidades técnicas, tais como psicólogos, assitentes sociais, advogados e/ou magistrados.

Por outro lado, este tipo de entendimento parece dificultar o relacionamento e atuação dos profissionais de enfermagem face às mulheres que manifestam o desejo de entregar um filho. Retomando algumas das falas dos participantes da nossa pesquisa, observamos (num processo de racionalização) como, apesar de os profissionais verbalizarem respeitar a atitude destas mulheres e não as julgarem, com alguma facilidade, no decorrer do seu discurso, este posicionamento se altera, tentando os profissionais encontrar um recurso para a criança ser integrada (a todo o custo) junto da sua família biológica.

Os profissionais de enfermagem descrevem, ainda, a maternidade como algo que é desejado por todas as mulheres, fazendo parte do seu imaginário feminino e estando presente em todas elas. Neste sentido, a maternidade aparece como a principal realização da mulher.

Estes dados vão no sentido das reflexões de vários autores (César et al., 2018; Potvin, 2015;), que discutem como, na sociedade, é incentivado e reforçado o papel de mãe como o mais importante para a subjetividade da mulher, sendo, ainda, facilitado através da mídia e de outros meios, a ideia de que a maternidade é algo

desejado por todas as mulheres, correspondendo a uma experiência única e idêntica a todas elas.

Neste seguimento, destacam-se, ainda, entre os nossos resultados, reflexões dos profissionais de enfermagem relativas à **função materna**. Na perspectiva dos participantes, a principal função da mãe deve ser a responsabilidade e a parentalidade face aos filhos, aspecto que nos parece esperado, tendo em vista a representação idealizada de maternidade, já discutida anteriormente, que remete para uma visão da maternidade onde a mulher é vista como a principal cuidadora, devendo "entregar-se e doar-se" aos filhos e abdicar de si própria e dos seus interesses pessoais, frente às necessidades e interesses destes.

Ainda referente à função materna, os profissionais identificaram a importância em proteger a criança (promovendo nesta um sentimento de segurança), desenvolverem e construirem um vínculo afetivo com os menores, bem como de promoverem e facilitarem a autonomia (financeira, social e emocional) dos filhos.

Ressaltamos que, no âmbito destas dimensões, os profissionais de enfermagem teceram várias indagações, associando a maternidade ao aparecimento de níveis de preocupação e ansiedade mais elevados, com uma maior preocupação e ansiedade face ao futuro dos filhos.

Nesta linha de pensamento, destacamos, entre os nossos dados, a importância atribuida pelos profissionais de enfermagem à presença de **ambivalência na maternidade**, fazendo estes algumas colocações, num contraponto à ideia de que a maternidade é somente permeada por sentimentos prazerosos e agradáveis.

Neste sentido, ainda que recentes, têm vindo a desenvolver-se várias pesquisas que exploram uma visão da maternidade mais realista, onde são reconhecidos sentimentos de ambivalência, desesperança e sofrimento (Travassos-Rodrigues & Féres-Carneiro, 2013), e, até mesmo arrependimento, face ao nascimento dos filhos (Donath, 2017). Os nossos dados são consistentes com estes estudos anteriores, reforçando a ideia de que ter um filho não implica amá-lo de imediato e de que, efetivamente, o "amor não nasce da barriga!".

Além disso, verificamos como a maternidade implica em muitas renúncias, frustrações e desilusões que devem ser reconhecidas, elaboradas e integradas,

permitindo, assim, o amadurecimento e uma maior integração do self materno (I. Motta, 2016).

Por último, ressaltamos (ainda que a nossa pesquisa não esteja diretamente relacionada com a opção de não ter filhos), como os profissionais de enfermagem valorizam **outras formas de subjetivação da mulher** que não estejam relacionadas com a maternidade. Neste âmbito, na perspectiva de alguns profissionais de enfermagem, a mulher pode priorizar outras áreas e interesses pessoais que não o ser mãe, aceitando os profissionais que possa haver mulheres que nunca desejem ter filhos.

Os participantes justificaram a sua reflexão, devido às exigências e desafios inerentes a um projecto de maternidade/parentalidade, bem como face às novas demandas da sociedade, especialmente, no que se refere à carreira profissional e/ou o investimento em outras áreas pessoais.

Os dados que obtivemos são consistentes com vários trabalhos que aprofundam o tema do adiamento da maternidade (Lima, 2013) ou o desejo de não ter filhos (Patias & Buaes, 2012). No entanto, face ao ideal contemporâneo da maternidade (Nunes, 2010), a mulher parece estar sempre num eterno conflito: por um lado, sentir que não consegue dar conta do papel de mulher trabalhadora, esposa e de mãe perfeita e, por outro, se opta por não ter filhos, de carregar dentro de si o eterno estereótipo de egoísta, materialista e carreirista. Face a esta pressão, as mulheres, especialmente à medida que vão envelhecendo, acabam por engravidar não por desejar realmente ser mães, mas, sim, pela pressão social do que esperam delas (Lima, 2013; Moore, 2017).

6.1.4 Significações de família

Aprofundando o **ideal de família**, os profissionais de enfermagem começam por abordar a família na atualidade. Na perspectiva dos participantes, a família na atualidade tem vindo a transformar-se, sendo caracterizada por fragilidade no nível dos laços familiares, por uma liberalização excessiva por parte dos progenitores e por uma ausência/diminuição dos limites e regras no relacionamento entre pais e filhos.

Estes dados são consistentes com a revisão bibliográfica de autores como Ariés (1981) e Roudinesco (2003), que aprofundam as transformações e mudanças pelas quais vem passando a família.

Tal como os pesquisadores acima identificados, os nossos dados apontam para a existência, na nossa atualidade, de grupos familiares onde prevalece a individualidade, os interesses e desejos pessoais de cada indivíduo, com o consequente aumento de divórcios e rupturas conjugais.

Adicionalmente, na perspectiva dos profissionais de enfermagem, convivemos, na atualidade, com novas configurações familiares, onde prevalece o apoio e ajuda entre os diferentes elementos, em detrimento da sua organização, funcionamento e gênero dos elementos que a constituem. Também estes dados estão de acordo com o trabalho de Souza (2008), que explana sobre a existência de novos conceitos e novas formas de ser família, ainda que estas acarretem novos desafios e conflitos.

Na linha do referido anteriormente, remetendo para a possibilidade de outras formas de subjectivação da mulher, os profissionais de enfermagem reforçam uma representação de família onde não existe o desejo de parentalidade, em que a conjugalidade e os interesses pessoais dos indivíduos têm primazia face ao projeto de ter filhos. Acreditamos que este tipo de família se encontra cada vez mais presente na atualidade brasileira, ainda que centralizada nos grandes centros urbanos e em classes mais favorecidas (Rios & Gomes, 2009b).

Apesar de nos depararmos com novas configurações familiares na atualidade, estas parecem manter algumas características das famílias ditas mais tradicionais, onde, apesar de algumas práticas se alterarem, os conceitos e as mentalidades que lhe são subjacentes se mantêm (Oliveira, 2009). Deste modo, os vários modelos de família parecem coexistir, trazendo, assim, desafios e constragimentos acrescidos.

As colocações dos profissionais de enfermagem sobre o modelo de família tradicional expõe esta sobreposição de modelos familiares, onde tanto são valorizados novos rearranjos e configurações familiares como reforçada a importância de relações hierarquizadas em grupos familiares constituídos por pai, mãe e filhos.

No entanto, parece prevalente a idealização dos profissionais de enfermagem em relação a um modelo de família mais tradicional e a associação do casamento a algo sagrado, onde a união do casal se deve manter inquebrável e para toda a vida.

Adicionalmente, na linha do pesquisado por Borges e Rocha-Coutinho (2008), também os participantes do nosso estudo, reforçaram a importância da família no processo de constituição da singularidade e da intersubjectividade, sintetizando esta ideia na expressão - "Família é tudo!" (E_P8).

Especialmente no que se refere aos profissionais brasileiros, o ideal de família encontra-se atrelado à presença de amor, entendimento integrado na expressão - "Família é amor!" (E_B12). Neste âmbito, os profissionais de enfermagem acentuaram a relevância dos afectos e da construção de relações de cuidado, em detrimento de outros aspectos, especialmente, poder econômico ou determinado modelo de família prédefinido.

Por último, na perspectiva dos profissionais de enfermagem, o ideal de família pode estar, também, relacionado a uma família onde existe a presença de valores religiosos. Neste âmbito, relembramos como Badinter (1985), no seu livro sobre o mito do amor materno, já assumia que o modelo de família tradicional se encontrava fortemente enquadrado pelos valores e cultura católica/cristã, encontrando-se grandemente associado à "Sagrada Família Cristã".

É interessante notar, ainda, como este aspecto apresentou uma maior relevância para os técnicos de enfermagem brasileiros, sugerindo que a orientação cristã tenha um impacto maior em indivíduos integrados em contextos menos favorecidos e com menor poder aquisitivo.

Para os profissionais de enfermagem (brasileiros e portugueses), a família deve ser, também, um espaço de **apoio e segurança**, onde as pessoas se interajudam, se sentem seguras e apoiadas entre si. De fato, na perspectiva dos participantes, a família representa um núcleo de pessoas que convivem e têm uma relação próxima, independentemente dos laços biológicos que os une.

Neste âmbito, os participantes citam a família como associada à presença de vínculos afetivos de apoio emocional, onde se verificam comportamentos de ajuda e de união entre os elementos. Estes resultados são consistentes com o trabalho de

Petrini (2005) que, na sua revisão de literatura, discorre como a família se tornou um espaço mais igualitário e democrático, onde é reforçada e respeitada a liberdade e individualidade de cada indivíduo, promovendo sentimentos de segurança e bem-estar.

Segundo os profissionais de enfermagem, a família é, ainda, um espaço onde os diferentes elementos se sentem seguros e acolhidos, ao ponto de partilharem boas e más experiências, sendo ajudados e apoiados pelos outros familiares.

Outra característica que emerge das verbalizações dos participantes é a associação da representação de família a um porto seguro, de onde se pode sair para descobrir e desbravar novos caminhos, mas também voltar para a segurança daqueles que nos recebem com disponbilidade para ouvir, apoiar, ajudar ou simplesmente estar junto.

Neste sentido, relembramos a definição de aparelho psíquico familiar de Faustier e Aubertel (1998): "(…) como uma aparelhagem psíquica comum e partilhada pelos membros da família, cuja função é de articular o funcionamento do estar junto familiar com os funcionamentos psíquicos individuais de cada um dos membros da família" (p.132).

Da nossa pesquisa surge, ainda, um outro aspecto que remete para a **história geracional** na família. Segundo os nossos dados, para os profissionais de enfermagem, a família é um lugar onde se transmitem valores e modelos relacionais, bem como onde existe uma diferenciação e respeito entre relações.

De fato, já anteriormente Kaes (2001) abordara a ideia de que o inconsciente de um indivíduo integrava outros inconscientes, remetendo para o material psíquico da família que é transmitido entre gerações.

Consideramos que os profissionais de enfermagem do nosso estudo se centram naquilo que representa a história familiar recebida por cada pessoas, história essa que pode ser transformada, ou não, pelo próprio.

Por outro lado, em relaçao à dimensão do respeito, acreditamos pode estar relacionada à história geracional associada ao sentimento de pertencimento a um grupo familiar, o que permite a construção da sua própria subjetividade e do seu mundo afetivo. Segundo os profissionais de enfermagem, na dinâmica do grupo familiar transmitem-se modelos de relação que podem ser positivos ou negativos,

sendo reforçado pelos participantes a importância da família neste processo de transmissão psíquica.

Um outro aspecto presente na família relatado pelos profissionais de enfermagem, é o **desejo de parentalidade**, associado ao modelo tradicional de família (já discutido como bastante idealizado) e onde a coesão da família é justificada pela existência de filhos.

Ressaltamos que este aspecto se mostrou bastante relevante para os profissionais que se encontravam solteiros, não tendo constituído a sua família. Neste âmbito, os nossos dados vão ao encontro de estudos que confirmam como as expectativas impostas pela sociedade ainda se encontram, na generalidade, associadas a um modelo de família mais tradicional, onde a conjugalidade se encontra a par com a parentalidade, promovendo, com bastante frequência, o preconceito e a estigmatização social nos indivíduos que optam por outros tipos de configurações familiares (Rios & Gomes, 2009a, 2009b).

Por último, os profissionais de enfermagem teceram várias considerações sobre a **parentalidade por via da adoção**. Não sendo um objetivo especifíco da nossa pesquisa, do que emerge nos dados podemos ressaltar que os participantes revelam uma grande discrepância no entendimento deste assunto.

De fato, se por um lado, demonstram facilidade em aceitar a integração de uma criança numa família adotiva, reforçando a necessidade dela se sentir verdadeiramente parte da família, por outro, expressam dificuldades em entender todo o processo de filiação e parentalidade por via da adoção, remetendo para a criança o peso da transmissão psíquica saturada de perturbações e elementos negativos (Levinzon, 2016). Face a estes dados, antevemos alguns constrangimentos na forma como os profissionais possam aceitar o encaminhamento de crianças para a adoção, bem como no relacionamento com mulheres que manifestam o desejo de entregar um filho para que este possa ser encaminhado para uma família adotiva.

6.1.5 Narrativas Interativas – Histórias de Mulheres

A totalidade dos profissionais de enfermagem deram continuidade à História 1, aprofundando a narrativa de uma mulher de classe desfavorecida integrada

num contexto vivencial marcado por frágeis condições socieconômicas e que manifestava o desejo de entregar um filho para adoção - **“Não tenho condições para asumir o meu filho!”**.

Neste âmbito, um número significativo de profissionais de enfermagem reforçou as fragilidades das condições socioeconômica e a ausência de apoio por parte do pai da criança como principal motivação para a entrega, justificando, desta forma, a decisão tomada pela mulher.

Estes resultados vão ao encontro ao observado nas pesquisas de Fonseca (2012), Freston (2000) e Souza e Casanova (2011), que se debruçaram em pesquisar mulheres que entregaram um filho associando o ato da entrega à presença de carências econômicas e sociais, que colocam a mulher numa situação de grande fragilidade e dificuldade, sujeita à pressão de fatores externos que a levam a decidir abdicar dos cuidados ao filho.

Adicionalmente, M. Motta (2005) denomina estas mulheres como “mulheres abandonadas”, que ficam sozinhas à mercê das suas difíceis condições de vida, sendo levadas a tomar a decisão de entregar um filho.

Face à realidade da mulher pertencente a uma classe menos favorecida, alguns dos participantes identificam, também, nas suas narrativas, a rejeição face ao filho como o promotor e motivador da entrega. De fato, para estes profissionais de enfermagem, mais do que a falta de condições financeiras e sociais, a falta de motivação e de interesse em maternar aquela criança representam, no seu entender, a justificativa para a decisão de entrega.

Este aspecto já tinha sido sublinhado por Leão et al. (2012) e Lucky e Penso (2012), estando também de acordo com Diniz (1993), que considera o discurso destas mulheres como contraditório e ambivalente, revelador de uma falta de envolvimento e investimento relacional face à criança.

Os participantes apresentam, também, a violência sexual como outro aspecto nas suas narrativas, considerando que, pelo fato da mulher ter sido vítima de estupro e de abuso sexual, se encontra comprometida a sua capacidade em estabelecer uma relação afectiva e um vínculo saudável com a criança, observando-se, por parte da mulher, a necessidade de se afastar do filho.

Ao dar sequencia à história da mulher pertencente a um nível socioeconômico mais baixo, os profissionais de enfermagem brasileiros justificam, ainda, a entrega da criança pela presença de outros projectos pessoais que se sobrepõem à vontade e ao desejo de ser mãe. Este tipo de narrativa encontra-se articulado com as novas demandas da sociedade, onde a mulher não aparece tão atrelada à maternidade, objetivando outras formas de viver a sua condição de mulher (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007).

Por último, ressaltamos a necessidade que alguns dos profissionais apresentam em forçar a maternidade e os cuidados com a criança, alterando o comportamento de entrega e a decisão de não assumir os cuidados com o filho, invertendo o desfecho da narrativa.

Consideramos que estes dados refletem e expõem as dificuldades dos profissionais de enfermagem em aceitar que uma mãe possa desejar não asumir a maternidade e os cuidados de um filho. Diniz (1993) já anteriormente afirmara a desafio dos profissionais em lidar com este tipo de situação, observando-se a necessidade destes em forçar o interesse e envolvimento da mãe face ao filho, tentando contrariar os movimentos de afastamento e ambivalência da mulher em relação à criança.

Passamos, agora, a centrar-nos nos resultados relativos às sequências narrativas elaboradas pelos profissionais de enfermagem relativamente à História 2, que remete para uma mulher de classe mais favorecida onde, no caminho para a universidade, entra em trabalho de parto e, após o nascimento do bebê, manifesta o desejo de entregar a criança.

Nesta segunda narrativa, a totalidade dos profissionais de enfermagem faz várias indagações sobre a condição social da mulher e sobre a sua decisão - "**Não quero ficar com o meu filho**!".

Nas verbalizações dos profissionais de enfermagem, estes começam por expressar o seu entendimento de que, neste caso, a mulher não deseja assumir a maternidade, solicitando não ter relacionamento com a criança, tendo em conta a existência de uma gravidez inesperada que pode interromper os seus projetos pessoais, principalmente, uma formação acadêmica ainda em curso. Esta ideia é consistente com os trabalhos de vários autores, que vêm descrevendo como a mulher

vem alcançando uma inserção social cada vez maior, optando por exercer outros papéis sociais que não somente o cuidado com os filhos (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007; Nunes, 2011).

É interessante verificar como na segunda história, tal como na primeira história apresentada, os participantes identificam, também, a ausência de apoio à mulher como uma justificativa para a decisão de entrega. Contudo, face a esta segunda narrativa, a ausência de apoio é mais abrangente, extendendo-se não só á figura paterna como a outros familiares, principalmente, aos pais da jovem mulher. Estes dados vão no sentido dos estudos de Giberti (2010) e M. Motta (2005a), que reconhecem como estas mulheres se encontram numa situação de solidão e isolamento, ocultando a gestação e aparecendo muitas vezes sozinhas nos serviços.

Assim como observado na primeira história, os participantes remetem a impossibilidade de cuidar da criança para uma gestação consequente a um abuso sexual, em que o estabelecimento de um vínculo afetivo com a criança, propiciará uma recorrente lembrança deste episódio de violência sexual.

Ressaltamos como, apesar de tanto no contexto brasileiro como português ser possível uma interrupção voluntária de gravidez (IVG) em situações de abuso sexual, os profissionais justificam a entrega, nessas situações, no caso de uma confirmação tardia da gravidez impossibilitando a IVG, bem como, levando em conta os seus valores e crenças religiosas, não sendo a favor de uma IVG.

Também em relação à mulher com melhores recursos socioeconômicos, os profissionais de enfermagem reconhecem a ausência de relação e de vínculo afetivo com a criança, fato que motiva a entrega do filho para integração futura em família adotiva. Esta ideia é consistente com o estudo de Menezes e Dias (2011), pesquisadores que entrevistaram várias mulheres que tinham entregue os seus filhos para adoção, constatando que estas mulheres evidenciavam, entre outros aspectos, significativa pobreza emocional e imaturidade, revelando, ainda, sentimentos de alívio após a entrega dos filhos.

Ao elaborarem um final para a história 2, alguns participantes alteraram o contexto vivencial da mulher - colocando-a num contexto social marcado por dificuldades financeiras e sociais, bem como com baixo poder aquisitivo - sustentando, deste modo, a decisão de entrega.

Face a estes dados, podemos antecipar as dificuldades dos profissionais em aceitar que uma mulher com boas condições socioeconômicas possa optar por não maternar o seu filho, entregando-o para vir a ser integrado em famíla adotiva.

Neste seguimento, tal como já observado face à primeira história, vários profissionais de enfermagem alteraram o desfecho da história, forçando a maternidade e colocando a mulher numa posição de arrependimento face à situação de entrega (Diniz, 1993), mudando, assim, a sua decisão de se afastar da criança.

Por último, os participantes abordaram um aspecto relacionado com a **problemática do status social,** associando a entrega à necessidade de manter um determinado estatuto social e modelo de família. De fato, este aspecto relaciona-se com a existência de um modelo de família mais tradicional, onde a sexualidade se encontra atrelada à construção da família (Roudinesco, 2003) e onde a principal função da família (e, especificamente, da mulher) é gerar descendência. Neste âmbito, a sexualidade da mulher só é aceita dentro da vivência do casamento, sendo as crianças geradas fora deste contexto entendidas como ilegítimas, não sendo aceitas dentro do grupo familiar (Marcílio, 2006).

É interessante verificar como esta ideia se encontra bastante presente nos relatos dos profissionais de enfermagem de ambos os contextos (brasileiro e português), parecendo ser mais fácil para os profissionais de enfermagem justificarem e aceitarem a entrega quando confrontados com contextos sociais mais desfavorecidos, quando o pai da criança está ausente ou quando as crianças são fruto de relações extra-conjugais e fora do casamento.

De fato, tal como abordado por Patias e Buaes (2012), parece ser difícil para os profissionais de enfermagem aceitar a opção de abdicar de um filho, na medida em que estas situações parecem confrontar os técnicos com uma representação da mulher em que esta recusa uma identidade feminina associada à maternidade.

Entendemos que este tipo de entendimento se encontra em um nível mais inconsciente, fora daquilo que é inteligível, na medida em que os profissionais, quando em contato com as situações de entrega, problematizam conceitos profundos associados à concepção da identidade feminina e ao lugar dos filhos na vida da mulher (Scavone, 2001).

6.2 COMPARAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Começamos por refletir sobre um dado relevante do nosso estudo, relacionado ao fato de que, da totalidade da amostra de 67 participantes, só 3 participantes eram do sexo masculino (2 enfermeiros brasileiros e 1 enfermeiro português).

Face à realidade dos dois países, e ainda que acreditemos existir alguma discrepância de gênero nos profissionais de enfermagem em ambos os países, devemos refletir o porquê de um número tão reduzido de homens da nossa amostra.

De fato, apesar de considerarmos que esta diferença pode, de algum modo, ser o espelho da realidade desta categoria profissional no contexto brasileiro e português, acreditamos que talvez não corresponda à total representatividade da população dos profissionais de enfermagem nos dois países.

No nosso entender, este aspecto, encontra-se relacionado com a maior dificuldade de adesão e recusa dos profissionais de enfermagem de sexo masculino para a reflexão de temas que se encontram, no entender destes, associadas ao gênero feminino.

Observamos, por outro lado, como os profissionais de enfermagem do sexo masculino que aceitaram integrar a nossa pesquisa eram todos enfermeiros, jovens e solteiros. Este aspecto pode ser sugestivo da dificuldade dos participantes homens para refletir sobre temáticas associadas à maternidade. No entanto, percebemos como, em profissionais com uma formação mais diferenciada e pertencentes a uma geração mais atual, se observa uma maior adesão e interesse para pensar e aprofundar este tipo de tema. Questionamo-nos se, relativamente aos participantes solteiros, talvez possam desejar aprofundar em temas que possam ser benéficos para uma possível futura vida familiar.

Relembramos ainda que, no contexto brasileiro, existem dois tipos de profissionais de enfermagem: **enfermeiros e técnicos de enfermagem**, ao contrário de Portugal, onde só existe a categoria profissional de enfermeiro.

Consideramos que este dado é bastante relevante e, ainda que não tenha sido contemplado nos objetivos delineados na nossa pesquisa, pode ser importante

aprofundarmos as eventuais diferenças que possam existir entre estas duas categorias profissionais.

Neste sentido, os nossos dados apontam que a diferenciação técnica e profissional que existe entre enfermeiros e técnicos de enfermagem favorece a promoção de algumas diferenças nas concepções apresentadas pelos profissionais de enfermagem das duas categorias profissionais, ainda que estas não sejam significativas.

De fato, unicamente no primeiro e quarto tema, especificamente nas categorias relacionadas à entrega ilegal a terceiros, ao ideal de família com orientação cristã e ao desejo de parentalidade, se observou uma expressividade maior, por parte dos técnicos de enfermagem.

Com relação à entrega ilegal de um filho para adoção, parece-nos compreensível esta reflexão, na medida em que, na realidade brasileira, ainda existam algumas situações de entrega de crianças a terceiros realizadas de forma irregular ou clandestina, comportamentos que acabam por colocar a criança numa situação de risco.

Ressaltamos também, de acordo com a revisão de literatura apresentada nos primeiros capítulos desta tese, como estas situações de entregas irregulares se encontravam bastante presentes em séculos anteriores, nas regiões brasileiras marcadas por grandes carências/fragilidades socioeconômicas (Venâncio, 2000). Também em Portugal ocorriam este tipo de situações, especialmente nas áreas rurais e pobres do interior do país.

Podemos, talvez, pensar como, apesar de na atualidade brasileira estes tipos de situações ocorrerem em menor número e estarem limitadas a áreas mais rurais e pobres, pela frequência e recorrência com que ocorriam antigamente, possa ter sido mais difícil para os participantes com mais idade e oriundos de zonas mais pobres e com menos recursos socioeconômicos, a percepção do perigo que este tipo de entrega pode acarretar para os adotantes e adotados, justificando-se, assim, os relatos que descrevemos anteriormente. Tal como já descrito, na sua realidade passada, era recorrente vizinhos, familiares ou amigos ficarem com outras crianças a seu cargo, sem que estas relações estivessem regularizadas ou fossem notificadas ao judiciário.

Observando os nossos dados, percebemos como os técnicos de enfermagem são aqueles que apresentam as características acima referidas (mais idade, menor formação acadêmica e oriundos de zonas mais pobres e rurais), pelo que é, de alguma forma, compreensível que seja esta categoria profissional a revelar menor capacidade crítica face ao risco que a entrega "ilegal" de uma criança pode acarretar.

Relativamente ao ideal de família com orientação cristã e ao desejo de parentalidade, consideramos que são indicadores de uma prevalência do modelo de família tradicional, associado à tradição e aos valores judaico-cristãos, representados por um modelo de família heteronormativo, patriarcal, onde a sexualidade se encontra intimamente ligada à procriação e ao desejo de construção da família.

Talvez por algumas das características acima descritas, os técnicos de enfermagem estejam menos disponíveis para aceitar novos rearranjos e configurações familiares, bem como organizações de família onde a parentalidade não esteja presente.

Estes resultados são consistentes com trabalhos anteriores que concluíram que as dificuldades observadas no contato com situações de entrega de um filho, por profissionais de enfermagem brasileiros, parecem não apresentar diferenças significativas entre as diferentes categorias profissionais (enfermeiros e técnicos de enfermagem), sugerindo que as diferenças podem advir da singularidade de cada indivíduo, mais do que somente pela sua diferenciação acadêmica/professional (Marques, Ishara, & Motta, 2018).

Obervando agora diferenças entre **profissionais brasileiros e portugueses,** verificamos que na análise de dados que efetuamos se constatam algumas especificidades entre os profissionais de enfermagem dos dois países.

Os profissionais de enfermagem brasileiros identificam, de forma mais explícita, a entrega como uma oportunidade para a criança, considerando que o abdicar dos cuidados de um filho poderá facilitar a integração deste numa família que realmente deseja cuidar, de forma adequada, a criança (Soejima & Weber, 2012).

Entendemos que este tipo de entendimento possa estar relacionado com um outro aspecto expresso pelos profissionais brasileiros, e que se liga à ideia de que as crianças que são entregues correspondem, muitas vezes, aos "filhos do funk",

crianças geradas após uma ida a um baile funk ou a um pancadão, onde a jovem mulher engravida sem saber quem é o pai. Neste sentido, o bebê gerado neste contexto é a representação de uma sexualidade livre sem limites, mas também de uma situação da qual as mulheres não querem ter memórias, nem recordar.

Na sequência de gestações não desejadas, os profissionais portugueses apresentam alguma dificuldade em aceitar a entrega de um filho, tendo em conta que, em Portugal, a mulher não precisa levar adiante uma gestação que não deseje, podendo interromper a mesma, por sua decisão (até às 10 semanas de gravidez). Na sequência desta indagação, os profissionais portugueses acentuam a necessidade de se discutir e se trabalhar para uma prevenção de gestações não desejadas, evitando-se, deste modo, situações de entrega de filhos que não se quer assumir.

Ressaltamos que, tal como já amplamente discutido, os profissionais portugueses não abordam a entrega ilegal a terceiros, sugerindo que, ainda, que esta realidade possa ter ocorrido em períodos mais remotos da história de Portugal (Marcílio, 2006), neste momento, os enfermeiros portugeses se encontram distanciados deste tipo de práticas e realidades sociais.

Um outro aspecto interessante é a referência da necessidade de formação, por parte dos profissionais brasileiros. Ainda que os profissionais portugueses valorizem a formação acadêmica e profissional, acreditamos que, pelo fato de ainda existir duas categorias profissionais na área de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), bem como pela estruturação da formação destes profissionais, se verifique, de forma mais evidente, esta necessidade de aprofundamento técnico e aperfeiçoamente profissional no contexto da realidade brasileira (Selbach, 2009).

Também no que se refere à representação de maternidade, se observam algumas idiossincrasias entre os profissionais dos dois países. Os profissionais brasileiros enfatizam, de forma mais veemente, o aspecto de “doação” na maternidade, sugerindo que para os participantes brasileiros, a mulher deve centrar-se nos cuidados ao filho, abdicando de si própria e dos seus interesses pessoais (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007).

Relacionada com este aspecto, os profissionais de enfermagem brasileiros reforçam a ideia de que “Ser mãe é padecer no paraíso!”, reconhecendo,

provavelmente face a esta idealização do que representa a maternidade e os cuidados aos filhos, os desafios e os constrangimentos deste tipo de experiência.

Ainda assim, é interessante observar como são os profissionais de enfermagem brasileiros a abordar a possibilidade de outras formas de subjetivação da mulher, que não só a maternidade, reconhecendo como a situação da condição feminina, na atualidade, vem se transformando. De fato, o caminho vem sendo o do progressivo reforço da satisfação e desenvolvimento pessoal da mulher, tendo a figura feminina alcançado outros lugares na sociedade que não somente aqueles associados à experiencia de maternidade (Ghosh, 2015).

No entanto, apesar da abertura para a aceitação de diferentes representações na condição de mulher, os profissionais brasileiros parecem estar ainda pouco abertos e disponíveis para novas configurações e realidades de família, ainda se encontrando muito presente, nas suas verbalizações, modelos de família associados a arranjos familiares mais tradicionais, com um peso grande da religiosidade e orientação cristã, bem como de uma sexualidade atrelada ao desejo de procriação e à formação de uma família (Roudinesco, 2003).

É ainda interessante notar como, também nas narrativas interativas referentes às histórias das duas mulheres pertencentes a diferentes níveis socioeconômicos, se constatam algumas idiossincrassias entre os profissionais de enfermagem brasileiros e portugueses.

No que se refere à história da mulher pertencente a um contexto vivencial menos favorecido, os participantes brasileiros reconhecem, nas suas sequencias narrativas, que a mulher prioriza outros projetos pessoais que não a maternidade.

Ainda assim, paradoxalmente, na história que remete para a mulher com um nível social mais elevado, os profissionais brasileiros alteram o contexto social desta, colocando-a numa situação de vida desfavorável para, deste modo, conseguirem justificar a decisão de entrega.

Talvez, pela sua realidade pessoal e profissional, seja menos comum e, por isso, mais difícil de aceitar que uma mulher que tenha boas condições sociais possa decidir não cuidar ou não assumir os cuidados de um filho.

CAPITULO 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve a sua origem num interesse pessoal e profissional, bem como em preocupações e necessidades no âmbito do judiciário, numa procura de desenvolvimento de investigação científica relacionada com o tema da entrega de um filho para adoção, no contexto de hospital/maternidade, especialmente direcionada para os profissionais de enfermagem.

A realidade da entrega de um filho para a adoção é um tema atual e relevante, que tem vindo a suscitar um progressivo interesse por parte da comunidade científica, acadêmica e pelos profissionais em geral (M. Motta, 2014).

De fato, percebemos como têm sido várias as pesquisas que vêm estudando o perfil das mulheres que entregam um filho para adoção, ou os motivos que possam sustentar esta decisão (Fonseca, 2012; Freston, 2000; Mariano & Rosetti-Ferreira, 2012; M. Motta, 2005a).

No entanto, no nosso estudo, objetivamos estudar aspectos mais inovadores, direcionados para campos de conhecimento científico que vêm recebendo pouca atenção da pesquisa (Leão et al., 2014), isto é, perceber em que medida o mito do amor materno afeta as ideias e concepções relativas à entrega de um filho para adoção, em profissionais de enfermagem que estão em contato com mulheres que manifestam o desejo de entregar um filho, bem como as repercussões destas na atuação profissional destes profissionais, face a estas mulheres.

Entendemos como a visão e a contribuição de profissionais de enfermagem sobre este tema se reveste de grande relevância, não só pelo papel que estes técnicos apresentam num momento importante como é o nascimento de um bebê, como também no estabelecimento e desenvolvimento do vínculo entre mãe e filho.

Deve-se, ainda, mencionar que a experiência e trabalhos científicos têm vindo a demonstrar como aspectos relacionados à construção social da maternidade e do cuidado materno podem influenciar o manejo técnico dos profissionais (Granato & Aiello-Vaisberg, 2013), bem como ter um impacto no relacionamento disponbilizado às mulheres que dão à luz a uma criança.

Neste sentido, optamos por associar o mito do amor materno às ideias e concepções sobre a entrega de um filho, na medida em que entendemos como na

atualidade, nos deparamos com uma sobrevalorização do que devem representar os cuidados e a proteção às crianças (Marcílio, 2006; Soejima & Weber, 2008), uma centralização na mulher de papéis associados à maternidade e ao cuidado materno (Badinter, 2010; Potvin, 2015), bem como uma idealização do que é ser mãe e do que representa o amor materno (Badinter, 1985; Gosh, 2016).

Entendemos, assim, como foi sendo reforçada e difundida a ideia da maternidade como algo instintivo, associada a um dever e uma vocação altamente idealizados e associados, na sua generalidade, a aspectos positivos e prazerosos (César et al., 2018).

Deste modo, é fácil esperar como mulheres que manifestam o desejo de não cuidar dos seus filhos são associadas a algo que está errado (contra a natureza). De fato, estas mulheres se encontram em conflito com o que vem sendo apresentado como verdade absoluta, relativamente ao que se assume que devem ser os cuidados de uma criança, bem como, expõem ainda os mitos criados acerca da maternidade e do amor materno (Soejima & Weber, 2008).

Baseando-nos nas informações recolhidas através da revisão bibliográfica, pudemos observar como, na maioria das vezes, a entrega de uma criança se encontra associada a um contexto vivencial marcado por carências e fragilidades socioeconômicas (Fonseca, 2012; Freston, 2000), o que, de alguma forma, parece facilitar a aceitação e justificativa da decisão de entregar um filho.

Tendo em vista este aspecto, optamos pela elaboração de duas narrativas de mulheres pertencentes a contextos vivenciais diferentes, de forma a melhor aprofundarmos o nosso objeto de estudo.

Parecendo evidente como estas questões são universais e abrangentes a diversos países e culturas (César et al., 2018; Faraj et al., 2016; Giberti, 2010; Potvin, 2015;), decidimos, ainda, estudar estes aspectos em profissionais de enfermagem brasileiros (enfermeiros e técnicos de enfermagem) e profissionais portugueses (enfermeiros), almejando observar eventuais diferenças e semelhanças na atuação dos profissionais destes dois países.

Na essência, a nossa pesquisa parte da ideia de que desconstruindo concepções, ideias, mitos e verdades tidas como absolutas, poderemos ajudar os profissionais de enfermagem na sua atuação profissional, bem como prevenir

situações que possam expor as crianças a situções de maus-tratos, negligência ou abandono.

No presente estudo, cuidamos de propiciar a reflexão, bem como facilitar um espaço de diálogo entre participantes e pesquisadora, de forma a criar condições para a expressão da "voz" dos profissionais, tendo em consideração que a facilitação destas condições seriam de extrema relevância para a qualidade das constribuições dos mesmos.

Aos participantes, foi disponbilizado tempo e liberdade para expressarem o seu entendimento, bem como para elaborarem as suas respostas de modo que estas pudessem melhor representar as suas ideias, relativamente às temáticas em análise.

Na nossa perspectiva, os participantes demonstraram abertura, disponibilidade, satisfação e autenticidade, na forma como aderiram às entrevistas e ao que foi solicitado pela pesquisadora.

Salientamos como, no decorrer das entrevistas, os profissionais de enfermagem descreveram o nosso estudo como positivo e relevante para a sua atividade profissional. Alguns dos profissionais chegaram mesmo a comentar como a participação na pesquisa se tinha revelado bastante importante, tendo tido um impacto nas suas concepções e perspectiva pessoal relativamente ao tema da entrega.

Acreditamos que os objetivos a que nos propusemos foram alcançados, não só em relação ao que nos propusemos estudar de modo geral, mas também de forma mais especifica.

Este estudo contribuiu para a clarificação de como uma representação de maternidade idealizada, onde a mãe é vista como devendo ter um amor incondicional face aos filhos, doar-se e colocá-los em primeiro lugar, em detrimento das suas necessidades e desejos pessoais, pode ter um impacto na forma como os profissionais de enfermagem entendem as mulheres que entregam um filho para a adoção e interagem com elas.

De fato, os profissionais de enfermagem (brasileiros e portugueses) apresentaram um visão da maternidade instintivamente positiva, onde o ser mãe aparece como algo desejado e almejado por todas as mulheres, representando uma experiência única e universal, transversal a todas elas.

Apesar de alguns dos profissionais de enfermagem reconhecerem que a experiência de maternidade pode acarretar preocupações e ansiedades adicionais, a maioria dos participantes associou a vivência de maternidade a algo positivo, prazeroso, promotor de bem-estar e satisfação pessoal.

Ainda que os participantes considerem que o instinto materno existe, remetendo a capacidade e o desejo de cuidar de uma criança para algo mais biológico e instintivo, observamos como foi também reconhecido pelos profissionais a importância de construir e desenvolver um vínculo com a criança, de uma forma progressiva e perpetuada ao longo de um relacionamento que vai se desenvolvendo e estreitando com o tempo.

Embora nos confrontemos com estes dados, observamos como os profissionais de enfermagem parecem estar caminhando para uma progressiva disponibilidade em aceitar que uma mulher possa privilegiar outras formas de subjetivação que não o ser mãe, ou que possa estruturar a sua vida sem ter filhos. Ressaltamos, no entanto, que este tipo de entendimento parece estar mais centrado nos profissionais com maior diferenciação técnica e profissional, como os enfermeiros.

Assim, ainda que os profissionais de enfermagem, no geral, verbalizem respeitar a decisão da mulher que entrega e que não a julgam, verificamos como em conteúdos mais latentes, as suas verbalizações remetem para julgamentos e preconceitos face a esta, bem como para atuações que vão no sentido de um incentivo/reforço de vínculos e laços biológicos. Talvez, por este motivo, seria esperado algumas considerações negativas e preconceituosas, tais como as apresentadas por alguns profissionais, em relação à adoção de crianças.

O nosso estudo permitiu, ainda, compreender como os profissionais de enfermagem da nossa amostra tendem a atuar (face às mulheres que entregam um filho) de acordo com a sua experiência e vivência pessoal, ficando percetível como aspectos da sua história de vida e posicionamentos pessoais face a questões relacionadas com a maternidade, parentalidade ou conjugalidade, podem interferir no entendimento e posicionamento dos profissionais, em relação a mulheres que manifestam o desejo de entregar um filho.

De fato, de forma recorrente, os profissionais se voltaram para as suas próprias vivências, associadas às dificuldades de vida, situações de gravidez na

adolescência ou problemas sociais, emocionais ou familiares, como forma de explicitar que uma mãe deve sempre ficar com o seu filho e assumir os seus cuidados.

A análise do que representava o ideal de família dos profissionais de enfermagem da nossa pesquisa permitiu-nos também compreender que, apesar de se virem observando diversas transformações e mudanças ao nível do que denominamos por família (Oliveira, 2009; Souza, 2008), verificamos como o modelo de família tradicional ainda se encontra bastante presente, coexistindo com outros rearranjos e configurações familiares.

Ainda que os profissionais de enfermagem do nosso estudo tenham valorizado a família como um espaço de apoio e segurança, independentemente de um modelo de organização de família específico, os participantes parecem ainda valorizar um modelo de família heterossexual patriarcal, constituído por pai, mãe e filhos, e onde a sexualidade se encontra atrelada à procriação e a formação da família (Petrini, 2003).

Consideramos que este tipo de entendimento poderá vir a dificultar a forma como os profissionais de enfermagem atuam perante situações de entrega, bem como no relacionamento face a mulheres que decidem não cuidar dos seus filhos, tendo em conta que estas mulheres não se enquadram neste tipo de modelo mais tradicional.

No que se refere às narrativas interativas, estas revelaram-se como uma mais valia para o aprofundamento e reflexão da temática da entrega de um filho para adoção. De fato, com a análise das suas histórias, percebemos como os profissionais de enfermagem revelaram maior aceitação da situação de entrega, na narrativa da mulher pertencente a uma classe social mais desfavorecida, valorizando o comportamento da mãe como uma oportunidade de vida para a criança perante as fragilidades das condições socioeconômicas e situação vivencial da mulher e, de alguma forma, justificando, assim, a situação de entrega.

Em relação à narrativa que se referia à uma mulher com melhores condições de vida, os profissionais apresentaram maior dificuldade em aceitar este tipo de atitude, remetendo, no geral, para uma ausência de vínculo afetivo com a criança e de apoio, para justificar a decisão.

Ressaltamos como, nesta última história, alguns dos profissionais chegaram mesmo a ter necessidade de alterar o contexto vivencial da mulher (colocando-a numa situação de carência socioeconômica) para dar continuidade à situação de entrega.

A análise das histórias dos profissionais de enfermagem nos permitiram confirmar a dificuldade que os participantes apresentam, quando confrontados com uma mãe que não deseja assumir e cuidar do seu filho, especificando estes profissionais, a necessidade de alterar o final do enredo, mudando o posicionamento da mãe diante à entrega ou colocando a criança junto de outros familiares.

O presente estudo contribuiu, assim, para o esclarecimento de como a realidade da entrega de um filho é bastante pertinente e importante no quotidiano profissional de enfermeiros e técnicos de enfermagem e, também, bastante impactante para a sua atuação e modo de se relacionar com mulheres que manifestam o desejo de entregar um filho para adoção.

Observando a realidade dos dois países, Brasil e Portugal, observamos como as dificuldades no relacionamento com mulheres que entregam um filho existem nos dois contextos.

Ainda assim, percebemos como, em Portugal, o desejo de não querer um filho parece estar associado a algo mais conservador, associado a uma mulher sozinha ou a uma mulher que teve um relacionamento fora do casamento e que não se pode enquadrar num modelo de família mais tradicional, enquanto que, por outro lado, no Brasil, principalmente ao nível dos técnicos de enfermagem, a decisão de entrega aparece associada aos “filhos do funk” ou à tentativa do uso do filho para benefício próprio da mulher.

Outra característica que é expressa, especificamente, pelos profissionais de enfermagem brasileiros, é a entrega ilegal de crianças a terceiros, realidade que apesar de mais reduzida, ainda se encontrar presente em algumas regiões do país (Brasil).

Acreditamos, por outro lado, que pelo fato da amostra de profissionais de enfermagem brasileiros incluir também técnicos de enfermagem, ficaram expostas especificidades e idiossincrasias inerentes a esta categoria profissional o que, de alguma forma, facilitou um melhor aprofundamento e reflexão sobre o nosso objeto de estudo.

Esperamos que o presente trabalho possa de ter ajudado a esclarecer alguns aspectos referentes à temática da entrega de um filho para adoção. Consideramos que, além da necessidade de continuar a aprofundar o tema da entrega de um filho, precisamos refletir também acerca do que representa a maternidade, favorecendo espaços de discussão e debate sobre a necessidade de entender a vivência de ser mãe como uma experiência individual, inerente e própria de cada a mulher.

De fato, é importante permitir que as mulheres possam expressar as suas ambivalências, conflitos e desilusões face à experiencia de ser mãe, possibilitando que a decisão de maternidade face a uma criança possa ser o produto de um projeto elaborado e amadurecido emocionalmente, e não de uma pressão externa e social.

Acreditamos que a entrega de um filho está muito além de uma resolução de problemas perante uma situação de carência socioeconômica, fragilidades sociais ou familiares (Diniz, 1998).

Deste modo, respeitar a decisão da mulher e atuar em conformidade com esse comportamento parece-nos algo essencial, ainda que a situação possa impactar e causar alguns conflitos internos ou dilemas éticos.

Reiteramos a necessidade de facilitar um espaço de reflexão e ponderação desta decisão, tanto antes como após o ato de entregar um filho, situação contemplada na Nova Lei Nacional da Adoção brasileira.

Consideramos que, para fazer face a estes desafios, se deve apostar na melhoria da formação dos profissionais de enfermagem, facilitando e ampliando espaços de discussão e reflexão sobre estas temáticas, bem como favorecendo um trabalho interdiciplinar e em equipe, nas instituições acadêmicas, hospitalares e/ou maternidades.

Por último, gostaríamos de apontar a necessidade de novos estudos sobre este tema, difundido estes a outras categorias profissionais além de profissionais de enfermagem, como, psicólogos, assistentes sociais, advogados, magistrados, entre outros.

Da mesma forma, pesquisas relativas às diferenças de gênero. A nossa pontuação anterior, relativa à escassez e dificuldade de mobilização de indivíduos do sexo masculino, talvez possa ser mais um dos aspectos reveladores de preconceitos e

juízos de valor presentes quando discutimos a temática da entrega de um filho e do mito do amor materno. Talvez até, num nível mais abrangente, da maior predisposição em se associar - quer na sociedade em geral, quer nos próprios profissionais de enfermagem masculinos - a função de cuidar de um outro (particularmente, se for criança), a indivíduos do sexo feminino.

Esperemos que este não seja um fim, mas um início. Um incentivo para novas e futuras pesquisas. Que essas e a presente pesquisa possam dar os seus frutos e fazer a diferença no quotidiano de profissionais, mulheres e crianças, inclusive nas das que ainda não nasceram.

REFERÊNCIAS [2]

Ariés, P. (1981). História Social da Criança e da Família. Rio de Janeiro, RJ: Zahar Editores.

Azevedo, K. R., & Arrais, A. R. (2005). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(22), 269-276.

Badinter, E. (1985). *Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno*. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira.

Badinter, E. (2010). *O conflito. A mulher e a mãe*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.

Barbosa, A. P. S. (2011). Mulher-Monstro: violência contra a mulher que entrega o filho em adoção e a Lei 12.010/09. In. *Anais do II Simpósio Gênero e Políticas Públicas da Universidade Estadual de Londrina*. São Paulo, SP.

Barbosa, P. Z., & Rocha-Coutinho, M. L. (2007). Maternidade: Novas possibilidades, antigas visões. *Psicologia Clínica*, (19)1, 153-185.

Barbosa, P. Z. & Rocha-Coutinho, M. L. (2012). Ser mulher hoje: a visão de mulheres que não desejam ter filhos. *Psicologia & Sociedade*, 24(3), 577-587.

Brasil. *Lei n.8.069, de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente.* Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil/IEIS/L8069.htm. Acesso em 22 set.2015.

Brasil. *Lei n.9.263, de 12 de Janeiro de 1996.* Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil/IEIS/L9263.htm. Acesso em 22 set.2015.

[2] 1 De acordo com o estilo APA (American Psychological Association).

Brasil. *Lei n.12.010 de 03 de Agosto de 2009.* Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2007-2010/2009/lei//L12010.htm. Acesso em 22 set.2015.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in pshychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2). Pp.77-101. ISSN 1478-0887

Batista Pinto, E. (2004). A Pesquisa Qualitativa em Psicologia Clínica. *Psicologia USP*. 15 (1/2), 71-80.

Biasoli- Alves, Z. M. (2000). Continuidades e rupturas no papel da mulher brasileira no seculo XX. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 233-239.

Biffi, M. (2014). Narrativas de jovens casais sobre o projeto de ter filhos na contemporaneidade. Campinas, 136p. Dissertação (Mestrado). Psicologia – Pontifícia Universidade Católica (Campinas).

Biffi, M., & Granato, T. M. M. (2017). Projeto de ter ou não filhos: uma revisão de literatua cientifica nacional e internacional. *Temas em Psicologia*, 25(1), 207-220.

Bonnet, C. (1993). Adoption at Birth: Prevention against Abandonment or Infanticide. *Child Abuse and Neglect*, 17, 501-513.

Borges, C. C., & Rocha-Coutinho, M. L (2008). Família e Relações Intergeracionais no Brasil Hoje: Novas Configurações, Crises, Conflitos e Ambiguidades. In: Gomes, C. (orgs). *Família: Diagnóstico e Abordagens Terapêuticas*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Catafesta, I.M. (1996). Potencialidade para a saúde ou algumas reflexões sobre a capacidade para a integração. In *D.W.Winnicott: na Universidade de São Paulo*. São Paulo, SP: Lemos.

César, F., Oliveira, A., & Fontaine, A. (2018). Modelos sociais de maternidade difundidos em páginas e grupos do facebook em Portugal. *Análise Psicológica*, 1(36), 47-59.

César, F., Costa, P., Oliveira, A., & Fontaine, A. (2018). "To suffer in Paradise": Feeliings mothers share on Portuguese facebook sites. *Frontiers in Psychology*.9:1797. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01797.

Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Throught Qualitative Analysis*. London, EN: Sage.

Chodorow, N. (1990). *Psicanálise da maternidade. Uma crítica de Freud a partir da mulher*. Rio de Janeiro, RJ: Rosa dos Tempos.

Coutinho, P. C. (2008). A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade. *Unisinos*, 12(1), 5-15.

Diniz, J.(1993). *Este meu filho que eu nunca tive. A adopção e os seus problemas.* Porto, PT: Afrontamento.

Donath, O (2015). Regreting Motherhood: a socialpolitical analysis. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 40(2): 343-367.

Dolto, F. (1985). *Seminário de psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Guanabara.

Dolto, F. (1989). *Sexualidade Feminina*. São Paulo, SP: Martins Fontes.

Dolto, F. (1996a). *Destinos de crianças*. São Paulo, SP: Martins Fontes.

Dolto, F. (1996b). *No jogo do desejo. Ensaios clínicos*. São Paulo, SP: Editora Ática.

Elias, S. A. T. (2012). Enfrentamento e Rupturas. O percurso da mulher em suas vicissitudes com a maternidade. *Encontro: Revista de Psicologia*, 15(23), 93-104.

Faraj, S. P., Martins, B. M. C., Santos, S. S., Arpini, D. M., & Siqueira, A. C. (2016). "Quero entregar meu bebê para adoção: o manejo de profissionais da saúde". *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1), 151-159.

Faulkner, S. (2013). Bad Mom(my) Litany: Spanking Cultutal Myths of Middle-Class Motherhood. *Cultural Studies. Critical Metodologies*, 20(10),1-9.

Fernandes, M. L., & Zack, L. (2014). O "canto do cisne" do Leonardo da Vinci russo: introdução à obra carcerária de Pavel A. Florenskij. *Revista Pistis Prax*, 6(1), 321-348.

Fonseca, C. (2012). Mães abandonantes: fragmentos de uma história silenciada. *Estudos Feministas*, 20(1), 13-32.

Freston, Y. (2000). *Mãe que Abandona o filho: quem é esta mulher?* In: 3ª Jornada Interdisciplinar de Adopção. Disponível em: http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/nov2000/pagina8e9-jul56.html. Acceso em: 23 set.2015.

Fustier, F. A., & Aubertel, F. A. (1998). A transmissão psíquica familiar pelo sofrimento. In A. Eiguer (Org.). *A Transmissão do Psiquismo entre Gerações*. São Paulo, SP: Unimarco.

Gaskell, G. (2002). Entrevistas Individuais e Grupais. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petropolis, RJ: Vozes.

Ghirardi, M. L. A. M. (2015). *Devolução de crianças adotadas: um estudo psicanalítico*. São, SP: Primavera, Editorial.

Ghosh, B. (2016). The Institution of Motherhood: A critical Understanding. In Samita Manna & S. Patra (Orgs*). The Instituition of Motherhood – Demystification and Denouement.* Levant Books: Kolkata (pp.17-29).

Giberti, E. (2010). *Adopción Siglo XXI. Leyes Y Deseos*. Buenos Aires, AR: Sudamericana.

Glaser, B. G., & Strauss, L. (1967) *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.* Chicago.: Aldine.

Granato, T. M., & Aiello-Vaisberg, T. (2013). Narrativas Interactivas Sobre o Cuidado Materno e Seus Sentidos Afectivos-Emocionais. *Psicologia Clínica*, 25(1), 17-35.

Granato, T. M., Corbett, E., & Aiello-Vaisberg, T. (2011). Narrativa Interativa e Psicanálise. *Psicologia em Estudo*, 16(1),157-163.

Granato,T. M., Russo, R. C, & Aiello-Vaisberg, T. (2009). O uso de narrativas na pesquisa psicanalítica do imaginário de estudantes universitários sobre o cuidado materno. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 17(1), 43-48.

Granato, T.M., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. (2011). Narrativas Interactivas na Investigação do Imaginário Coletivo de Enfermeiras Obstétricas sobre o Cuidado Materno. *Psicologia e Sociedade*, 23(n.spe.), 81-89.

Iaconelli, V. (2015). *Mal-estar na Maternidade. Do infanticídio à Função Materna*. São Paulo, SP: Annablume.

Jones, M. B. (1993). *Birthmothers: women who have relinquished babies for adoption tell their stories*. Chicago, Review Press, 1993.

Kaes, R (2001). *A transmissão da vida psiquica entre as gerações*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Leão, L. C. S., Silva, C. G. C., & Serrano, S. A. (2012). A entrega de um filho em adoção e as vicissitudes de ser mãe. *Psicologia para América Latina*, 23, 28-46.

Leão, F. E., Martins, B. M. C., Faraj, S. P., Siqueira, A. C., & Santos, S. S. (2014). Mulheres que entregam seus filhos para adoção. Um estudo documental. *Revista Subjetividades*, 14(2), 276-283.

Levinzon, G. K. (2016). Adoção e Transmissão Psíquica. In R. Levisky, I. C. Gomes & M. I. Fernandes (Orgs.). *Diálogos Psicanalíticos sobre Família e Casal. As Vicissitudes da Família Atual*. São Paulo, SP: Zagodoni Editora.

Levy, L., & Gomes, I. C. (2017). Grupos de preparação à adoção: dos pretendentes às crianças. In T. Ferés-Carneiro (org.). *Casal e Família. Teoria, pesquisa e clínica*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Prospectiva.

Lima, M.G.R. (2013). *Filhos? Só depois! Um retrato da mulher contemporânea*.São Paulo, SP: Zagodoni Editora.

Lucky, A. C, & Penso, M.A (2012). Ampliando o Olhar sobre a Adopção: a Perspectiva das Mulheres que entregam seus filhos. In M.A. Penso & T.M.C. de Almeida (Eds). *Direitos e Conflitos Psicocossociais. Acções e Interfaces Disciplinares*. São Paulo, SP: Roca.

Maia, C. J., & Vieira, E. J. P. (2009). “Mães desalmadas”: infanticídio e amor materno no norte de Minas na década de 1970. *Caderno Espaço Feminino*, 22(2), 61-86.

Mansur, L. H. B. (2003). Experiência de mulheres sem filhos: a mulher singular no plural. *Psicololgia, Ciência e Profissão*, 23(4), 2-11.

March, K. (2014). Birth Mother Grief and the Challenge of Adoption Reunion Contact. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(4), 409-419.

Marcílio, M. L. (2006). *História Social da criança abandonada.* São Paulo, SP: Hucitec.

Mariano, F. N., & Rossetti-Ferreira, M. C. (2012). Que perfil da família biológica e adotante e da criança adotada revelam os processos judiciais? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 11-19.

Marques, R. T. S. (2006). *Crianças acolhidas em Lar Residencial: Representações de Vinculação, Desenvolvimento, Competências Sociais e Comportamento*. Lisboa, 183p. Dissertação (Mestrado) – Psicologia, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Marques, R. T., Ishara, Y., & Motta, I. F. (2018). Talking about giving uo a child for adoption with nursing professionals. *Journal of Health Science*, 6, 249-253.

Martins, B. M. C., Faraj, S. P, Santos, S. S., & Siqueira, A. C. (2015). Entregar o filho para adoção é abandoná-lo? Concepções de profissionais da saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1294-1309.

Menezes, K. L., & Dias, C. M. S. B. (2011). Mães doadoras: motivos e sentimentos subjacentes à doação. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 11(3), 935-965.

Moore, J. (2017). Facets of Agency in Stories of Transforming from childless by choice to mother. *Journal of Marriage and Family*,1, 1-16. DOI:10.1111/jomf.12402.

Motta, I. F. (2006). *Orientação de pais. Novas perspetivas no desenvolvimento de crianças e adolescentes*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Motta, I. F. (2016). Psicoterapia na atualidade: comunicação, confiança e esperança. In R. Simon, K. Yamamoto & J. Levinson (Eds). *Novos avanços em psicoterapia psicanalítica.* São Paulo, SP: Zagodoni.

Motta, M. A. P. (2005a). *Mães Abandonadas: a entrega de um filho em adoção.* São Paulo, SP: Cortez.

Motta, M. A. P. (2005b). As mães que abandonam e as mães abandonadas. In L.S. Filho & S.S. Schettini (Eds). *Adoção: os vários lados dessa história*. Recife, BA: Bagaço.

Motta, M. A. P. (2014). Das Mães que Entregam seus Filhos em Adoção. Histórias de Amor ou de Horror. In. C. Ladvocat, & S. Diuana (Eds.). *Guia da Adoção. No jurídico, no social, no Psicológico e na Família*. São Paulo, SP: Roca.

Neves, A. S., Dias, A. S. F., & Paravidini, J. L. L. (2013). A Psicodinâmica conjugal e a contemporaneidade. *Psicologia Clínica*, 25(11), 73-87.

Nunes, S. A. (2011). Afinal, o que querem as mulheres? Maternidade e mal-estar. *Psicologia Clínica*, 23(2), 101-115.

Nuñez, C.F.P. (2014). As Mães Sabem Mais. Maternidade-Biológica ou Adotiva – e Seus Mitos. In. C. Ladvocat, & S. Diuana (Eds.). *Guia da Adoção. No jurídico, no social, no Psicológico e na Família*. São Paulo, SP: Roca.

Oliveira, N. H. D. (2009). *Recomeçar: família, filhos e desafios*. São Paulo, SP: Editora UNESP.

Outeiral, J. (2007). Famílias e contemporaneidade. *Jornal de Psicanálise*, 40(72). 63-73.

Padilha, M. I. C. S, & Borenstein, M. S. (2006). História da Enfermagem. Ensino, Pesquisa e Interdisciplinariedade. *Esc Anna Nery R. Enferm*agem, 10(3), 532-538.

Paiva, L. (2004). *Adopção. Significados e possibilidades*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Patias, N. D., & Buaes, C. S. (2012). “Tem que ser uma escolha da mulher”! Representações de maternidade em mulheres não-mães por opção. *Psicologia & Sociedade*, 24(2), 300-306.

Peiter, C. (2006). *Adoção. Vínculos e Rupturas: do abrigo à família adotiva*. São Paulo, SP: Zagodoni, Editora.

Petrini, J. C. (2005). Mudanças sociais e familiares na actualidade: reflexões à luz da história social e da sociologia. *Memorandum*, 8, 20-37. Retirado em 25/10/2017, do World Wide Web: http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/artigos 08/petrini01.htm.

Potvin, J. M. (2015). Mobilizing Motherhood: The Use of Maternal Myths in Popular Development Discourse. *Global Justice: Theory Pratice Rhetoric*, 8 (1), 23-43.

Resende, D. K. (2017). Maternidade; uma construção histórica e social. *Pretextos*, 2(4), 175-191.

Rios, M. G., & Gomes, I. C. (2009a). Estigmatização e Conjugalidade em casais sem filhos por opção. *Psicologia em Estudo*, 14(2), 311-319.

Rios, M. G., & Gomes, I. C. (2009b). Casamento contemporâneo: revisão de literatura acerca da opção por não ter filhos. *Estudos em Psicologia*, 26(2), 215-225.

Roudinesco, E. (2003). *A Família em Desordem*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor.

Rosinha, I. (2005). Abandono psicológico: Estudo exploratório. In E. Sá, C. Sottomayor, I. Rosinha & M.J. Cunha (Eds.), *Abandono e Adopção*. Coimbra, PT: Almedina.

Safra, (1999). O brincar sob a perspectiva winnicottiana. In Catafesta, I. F. M (org), *Um dia na Universidade dialogando com winnicott, Klein e Lacan sobre a criança e o*

adolescente. São Bernando do Campo, SP: UMESP – Curso e Pó-Graduação em Psicologia da Saúde.

Safra, G. (2004). *A pó-ética na clínica contemporânea*. Aparecida, SP: Ideias & Letras.

Said, E. (1989). *Identity, Negation and Violence*. New York, USA: New Left Review.

Santos, B. S. (1987). *Um discurso sobre as ciências*. São Paulo, SP: Cortez Editora.

Santos, L. (2001). Mulheres que entregam seus filhos para adoção: os vários lados dessa história. In F. Freire (org.), *Abandono e Adoção: contribuições para uma cultura da adoção*. Curitiba, SC: Terra dos Homens.

Santos, L. F. C. L. (2012). *Uma História Da Enfermagem Em Portugal (1143-1973). A Constância Do Essencial Num Mundo Em Evolução Permanente*. Lisboa, 500p. Dissertação (Mestrado) – Enfermagem, Universidade CatólicaPortuguesa.

Scavone, L. (2001). Maternidade: transformações na família e nas relações de género. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*. 5(8), 47-60.

Selbach, P. T. S. (2009). *Desafios da prática pedagógica universitária face a reestruturação curricular: um estudo com professores do Curso de Enfermagem*. São Luis, MA: EDUFMA.

Silva, S. C., Dessen, M. C., & Dessen, M. A. (2009). Utilizando Entrevistas e Questionários na Pesquisa com Família. In. L. Weber & M. A. Dessen (Orgs.), *Pesquisando a Família. Instrumentos para Coleta e Análise de Dados*. Curitiba, SC: Juruá Editora.

Silveira, D. T., & Gerhard, T. E. (2009). *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre, SC: UFRGS.

Soejima, C. S., & Weber, L.N.D. (2008). O que leva uma mãe a abandonar um filho? *Aletheia*, 28, 174-187.

Souza, C. M. B. (2008). Família na contemporaneidade: mudanças e permanências. *Caderno CRH*, 21(54), 623-625.

Souza, H. P., & Casanova, R. P.S (2011). *Adopção : o Amor faz o Mundo Girar mais Rápido*. Curitiba, DF: Juruá.

Souza, A. T., & Rocha, Z. J. B. (2009). No princípio era o mythos : articulações entre Mito, Psicanálise e Linguagem. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 199-206.

Stevens, C. (2013). Ressignificando a Maternidade : Psicanálise e Literatura. *Revista Género*, 4, 1-15.

Strauss, A., & Corbin, J. (2008) *Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto Alegre, PA : Artmed.

Travassos-Rodriguez, F., & Féres-Carneiro, T. (2013). Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. *Tempo Psicanalítico*, 45(1), 111-121.

Turato, E. R. (2003). *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa*. *Construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas*. Petropolis, RJ: Rio de Janeiro.

Valentim, G. V., & Cortez, A. F. L. (2014). Mães que entregam os filhos para adoção : uma reflexão sobre o mito do amor materno. In *Perspectivas Femininistas de Género: Desafios no campo da militância e das práticas* (791-807). Recife, PE: Universidade Federal Rural de Pernambuco.

Venâncio, R. P. (2000). *Famílias abandonadas: Assistência à criança de camadas populares no Rio de Janeiro e em Salvador – séculos XVIII e XIX*. Campinas, SP: Papirus.

Velho, C. S. M. V. (2016). *Bem - estar, regulação de necessidades psicológicas e processo psicoterapêutico: integrando a perspetiva dos pacientes.* Lisboa, 237p. Tese (Doutoramento) – Psicologia, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Wille, M., & Maffei, A. (2014). Mães que entregaram seus filhos para adoção. In *Livro dos Anais da I Mostra de Iniciação Científica Curso de Psicologia da FSG. Vol. 1, n.1* (p.370-394). Faculdade Serra Gaúcha, SC.

Winnicott, D. W. (1975). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro, RJ:Imago Editora. (obra original publicada em 1971).

Winnicott, D. W. (1983). *O Ambiente e os Processos de Maturação.* Porto Alegre: Artmed. (obra original publicada em 1965).

Winnicott, D. W. (1988). *A Natureza Humana*. Rio de Janeiro, RJ: Imago Editora.

Winnicott, D. W. (1989). *Tudo começa em casa.* Rio de Janeiro, RJ: Imago Editora. (obra original publicada em 1963).

Winnicott, D. W. (1994) O Jogo dos Rabiscos. In Winnicott (orgs). *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre, SC : Artes Médicas. (obra original publicada em 1964).

Winnicott, D.W. (2000). O ódio na contratransferência. In *Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas por D.W.Winnicott*. Rio de Janeiro, RJ: Imago Ed. (obra original publicada em 1947).

ANEXOS

ANEXO A - Roteiro da Entrevista Semi-Dirigida

1. Dados pessoais (Identificação, Idade, Sexo, Escolaridade, Profissão)

2. História de vida

3. Situação Familiar atual

4. O que entende por família?

5. Existe uma família ideal?

6. O que é ser mãe?

7. Entrega de um filho para adoção e a profissão

ANEXO B - Narrativas Interativas (Brasil)

História 1

Eram 05.00 da manhã e Ana já estava no ponto aguardando o ônibus que a levaria ao trabalho. Começou a sentir dores muito fortes e percebeu que seu bebê estava para nascer. Pensou em tomar um táxi, mas não tinha dinheiro para isso. Porém foi imediatamente socorrida pelas pessoas que se encontravam no ponto, que acenaram para os carros, tendo um deles se disposto a ajudá-la. Como não tinha convênio médico, pediu que a levassem ao pronto-socorro do hospital público mais próximo. Apesar da superlotação, dada a sua condição, foi imediatamente atendida. Passado pouco tempo, tinha tido o bebê. Pediu às enfermeiras e ao médico para não o ver e nem sabia se era menino ou menina. Quando apareceu a psicóloga para falar com ela, disse que não queria permanecer com o bebê e desejava entregá-lo para a adoção. A psicóloga pediu para que Ana lhe comunicasse os motivos que a levaram a tomar esta decisão. Ana contou então que…..

História 2

Maria começou a sentir dores muito fortes e percebeu que seu bebê estava para nascer. Encontrava-se na Universidade. Dirigiu-se rapidamente ao estacionamento a fim de pegar seu carro, mas mudou de ideia pensando ser mais prudente pegar um táxi do que ir dirigindo. Chegando ao hospital do seu convênio disse como se sentia e foi prontamente atendida. Passado pouco tempo, tinha tido o bebê. Pediu às enfermeiras e ao médico para não o ver e nem sabia se era menino ou menina. Quando apareceu a psicóloga para falar com ela, disse que não queria permanecer com o bebê e desejava entregá-lo para a adoção. A Psicóloga pediu para que Maria lhe comunicasse os motivos que a levaram a tomar esta decisão. Maria contou então que…….

ANEXO C - Narrativas Interativas (Portugal)

História 1

Eram 05.00 da manhã e Ana já estava na paragem, esperando o autocarro que a levaria ao trabalho. Começou a sentir dores muito fortes e percebeu que o seu bebé estava para nascer. Pensou em apanhar um táxi, mas não tinha dinheiro para isso. Porém foi imediatamente socorrida pelas pessoas que se encontravam na paragem do autocarro, que acenaram aos carros, tendo um deles disposto a ajudá-la. Como não tinha seguro de saúde pediu que a levassem ao serviço de urgência do hospital público mais próximo. Apesar da sobrelotação, dada a sua condição, foi imediatamente atendida. Passado pouco tempo tinha tido o bebé. Pediu às enfermeiras e ao médico para não o ver e nem sabia se era menino ou menina. Quando apareceu a psicóloga para falar com ela disse que não queria permanecer com o bebé e desejava entregá-lo para a adopção. A Psicóloga pediu para que Ana lhe comunicasse os motivos que a levaram a tomar esta decisão. Ana contou então que…..

História 2

Maria começou a sentir dores muito fortes e percebeu que seu bebé estava para nascer. Encontrava-se na Universidade. Dirigiu-se rapidamente ao estacionamento a fim de entrar no seu carro, mas mudou de ideia, pensando ser mais prudente apanhar um táxi do que ir a conduzir. Ao chegar ao hospital privado, comparticipado pelo seu seguro de saúde, disse como se sentia e foi prontamente atendida. Passado pouco tempo tinha tido o bebé. Pediu às enfermeiras e ao médico para não o ver e nem sabia se era menino ou menina. Quando apareceu a psicóloga para falar com ela disse que não queria permanecer com o bebé e desejava entregá-lo para a adopção. A Psicóloga pediu para que Maria lhe comunicasse os motivos que a levaram a tomar esta decisão. Maria contou então que…….

ANEXO D - Parecer Consubstanciado do CEP

USP- INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A entrega de um filho para adopção: estudo clínico-qualitativo na perspectiva dos profissionais envolvidos com mulheres que entregam os filhos para adopçao

Pesquisador: Rita Tropa Alves dos Santos Marques
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 62247416.0.0000.5561
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO
Patrocinador Principal: Universidade de São Paulo

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.863.715

Apresentação do Projeto:
Trata-se de projeto de pesquisa apresentado por Rita Tropa Alves dos Santos Marques com participação da Professora Ivonise Fernandes da Motta a ser realizada no âmbito do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP e intitulada "A entrega de um filho para adopção e o mito do amor materno: estudo clinico-qualitativo na perspectiva dos profissionais envolvidos com mulheres que entregam os filhos para adopção". Segundo a pesquisadora, o interesse pela realização da pesquisa "adveio do trabalho realizado ao longo de vários anos, numa casa de acolhimento temporária para crianças, situada em Lisboa, Portugal". Serão entrevistados 20 profissionais da área de saúde, sendo 10 brasileiros e 10 portugueses, caracterizando-se como critério de inclusão, serem "profissionais de saúde que tenham contacto, no âmbito da sua actividade profissional com mulheres que entregam os filhos para a adopção" e critério de exclusão, serem "profissionais de saúde que no âmbito da sua actividade profissional não tenham contacto com mulheres que entregam os filhos para adopção"

Objetivo da Pesquisa:
A pesquisadora afirma que seu "estudo tem como objectivo investigar de que modo o mito do amor materno afecta as ideias e concepções presentes em relação à entrega de um filho para a adopção, nos profissionais directamente envolvidos com estas mulheres. Metodologicamente, a

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes,1721 - Bl. "G" sala 27
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-030
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-4182 **E-mail:** ceph.ip@usp.br

pesquisa configura-se como pesquisa qualitativa, baseada no método clínico. Como procedimento será realizada uma entrevista individual semi-dirigida a 20 profissionais (10 profissionais brasileiros e 10 portugueses) que tenham contacto com estas mulheres. Posteriormente, será solicitado a cada um destes profissionais que completem, individualmente, duas histórias maternas fictícias, sobre a entrega de um filho para adopção, elaboradas especialmente para este estudo, produzindo-se uma narrativa interactiva. Pretende-se que o estudo/análise das concepções em relação à entrega de um filho para adopção possa actuar preventivamente, no modo de actuação dos profissionais de saúde, desconstruindo preconceitos e discriminações em relação ao acto de entrega. Com a presente pesquisa visa-se uma actuação preventiva junto das crianças, contribuindo para que possam ter um projecto de vida mais sustentado. Em relação às mulheres, minimizando-se os efeitos negativos que estas decisões podem desencadear na sua vida psíquica."

Objetiva-se, em suma, investigar de que modo o mito do amor materno afeta as ideias e concepções presentes em relação à entrega de um filho para adoção, nos profissionais diretamente envolvidos com mulheres que entregam os filhos para adoção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Relativamente aos riscos e benefícios decorrentes da realização da pesquisa a interessada afirma textualmente o seguinte:

"Riscos:

A pesquisadora estará sensível aos eventuais riscos para os sujeitos envolvidos, nomeadamente o eventual contato com conteúdos associados a uma carga emocional com que os participantes podem ter dificuldade em lidar. A fim de evitar quaisquer danos ou agravos provocados por semelhante situação, a pesquisadora referenciará aqueles sujeitos que demonstrem demanda para acompanhamento posterior para o serviço de atendimento clínico de Psicologia, do IPUSP, onde irá ocorrer a pesquisa. Adicionalmente, a realização das entrevistas e outros contactos com os sujeitos serão realizados em um lugar a ser indicado por estes, de forma a garantir o seu bem-estar e redução de eventuais riscos.

Benefícios:

Pesquisa com interesse e relevância social. Pretende-se que o estudo/análise das concepções em relação à entrega de um filho para adopção possa actuar preventivamente, no modo de actuação dos profissionais de saúde, desconstruindo preconceitos e discriminações em relação ao acto de entrega. Com a presente pesquisa visa-se uma actuação preventiva junto das crianças, contribuindo para que possam ter um projecto de vida mais sustentado. Em relação às mulheres,

minimizando-se os efeitos negativos que estas decisões podem desencadear na sua vida psíquica."
Note-se que serão entrevistados 10 profissionais portugueses, sem que se tenha previsto a forma de encaminhamento dos mesmos em caso de desconforto, uma vez que não se imagina que os mesmos se desloquem ao Brasil apenas para receber acompanhamento no IPUSP. Lembre-se, em acréscimo, que as despesas decorrentes da participação na pesquisa devem ser reembolsados pelo pesquisador, o que reforça, pragmaticamente, a conveniência de se prever uma instituição portuguesa de encaminhamento em caso de desconforto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Do ponto de vista ética, considerando-se o roteiro da entrevista apresentado, não há questões éticas a impedir a realização da pesquisa em si.
A pesquisadora informa que a única instituição envolvida na pesquisa é a USP e justifica assim, a não submissão da questão ética a uma instituição portuguesa equivalente ao CEPH brasileiro.
Trata-se de questão que efetivamente pode ser suprida, uma vez que os profissionais lusitanos sejam cientificados da análise da questão pelo CEPH-IP-USP (como consta do TCLE, aliás) e consintam em participar, por sentirem-se confortáveis com a análise aqui realizada. Diferente seria a conclusão, todavia, se a pesquisa fosse dirigida a pessoas sem formação profissional.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
O TCLE está redigido de modo claro e direto, em forma de convite. Não consta a previsão de reembolso das despesas eventualmente existentes em decorrência da participação na pesquisa. Como o TCLE será apresentado a profissionais portugueses, é conveniente que se inclua nos telefones da pesquisadora e do CEPH o código internacional de chamadas telefônicas do Brasil (+55).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
O projeto está aprovado, entretanto a pesquisadora deverá adequar o TCLE para:
- prever o reembolso das eventuais despesas decorrentes da participação na pesquisa;
- incluir nos telefones da pesquisadora e do CEPH o código internacional de chamadas telefônicas do Brasil (+55).

Esclarecer:
- o método de recrutamento dos participantes brasileiros e lusitanos;
- Informar o método de encaminhamento se houver demanda dos participantes lusitanos.
- Incluir no cronograma do projeto editado o período da coleta de dados.

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes,1721 - Bl. "G" sala 27
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-030
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-4182 **E-mail:** ceph.ip@usp.br

O TCLE deverá ser reformulado e poderá ser notificado ao CEPH por meio da Plataforma Brasil, antes do início da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Se o projeto prevê aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS. Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEPH de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEPH antes de ser implementada. De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS o relatório final do projeto desenvolvido, conforme preenchimento de Protocolo disponível na página do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP, do site do IPUSP. Em seguida, o protocolo preenchido deverá ser enviado ao CEPH pela Plataforma Brasil, ícone Notificação, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_777933.pdf	12/11/2016 23:28:01		Aceito
Outros	iten7.docx	12/11/2016 23:22:08	Rita Tropa Alves dos Santos Marques	Aceito
Declaração do Patrocinador	iten6.docx	12/11/2016 23:21:12	Rita Tropa Alves dos Santos Marques	Aceito
Declaração de Pesquisadores	iten4.docx	12/11/2016 23:19:51	Rita Tropa Alves dos Santos Marques	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	iten5.docx	12/11/2016 23:18:35	Rita Tropa Alves dos Santos Marques	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto1.docx	12/11/2016 23:06:51	Rita Tropa Alves dos Santos Marques	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projectodepesquisaplataformabrasil.docx	12/11/2016 22:42:32	Rita Tropa Alves dos Santos Marques	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE.docx	18/08/2016	Rita Tropa Alves	Aceito

USP- INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.863.715

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15:38:51	dos Santos Marques	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 13 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Helena Rinaldi Rosa
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes,1721 - Bl. "G" sala 27
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-030
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-4182 **E-mail:** ceph.ip@usp.br

ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Brasil)

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa do curso de doutorado do Programa em Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo (USP), intitulada "A entrega de um filho para a adoção e o mito do amor materno: estudo clinico-qualitativo na perspetiva dos profissionais envolvidos com mulheres que entregam os filhos para adoção". A pesquisa se refere ao estudo de que modo o mito do amor materno afeta as ideias e conceções presentes em relação à entrega de um filho para adoção, nos profissionais diretamente envolvidos com mulheres que entregam os filhos para adoção. Sua participação consistirá em uma entrevista e em seguida será solicitado que dê continuidade a duas histórias que abordarão questões referentes ao tema. O(A) senhor(a) tem o direito de se recusar a responder as perguntas ou algumas delas se assim desejar. A participação do(a) senhor(a) na pesquisa não é obrigatória e depende do seu consentimento, podendo este ser retirado a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Sua participação é voluntária e não implicará em nenhum custo para o(a) senhor(a). As informações fornecidas contribuirão com a ampliação do conhecimento científico a respeito do tema desta pesquisa, na área de Psicologia. Este termo apresenta duas vias de igual teor, de modo que uma delas ficará com o(a) senhor(a) e a outra com a pesquisadora devidamente arquivada, depois de assinada. Ao assiná-lo, está consentindo em participar e autorizando a divulgação das informações coletadas, que preservarão o sigilo absoluto sobre a sua identidade, de acordo com as normas da CONEP. O(A) senhor(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Rita Tropa Marques, a qualquer momento para o esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa, pelo telefone (11) 99290-0421, ou pelo contato eletrônico ritatropa@hotmail.com; ou ainda por meio do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos no IPUSP - Av. Professor Mello de Moraes, 1721 – Bloco G, 2º andar, sala 27, CEP 05508-030 – Cidade Universitária, São Paulo – SP, endereço eletrônico: ceph.ip@usp.br - Telefone: (11) 3091-4182, para questões éticas.

Eu, _____ declaro que estou ciente dos objetivos e procedimentos da pesquisa e consinto em participar dela, com a condição de poder desistir a qualquer momento, assim como autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas na entrevista, que serão mantidas sob sigilo absoluto.

São Paulo, ____ de _____ de 2017

_____

Assinatura do participante

_____

Assinatura da pesquisadora

ANEXO F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Portugal)

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa do curso de doutorado do Programa em Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo (USP), intitulada "A entrega de um filho para a adopção e o mito do amor materno: estudo clinico-qualitativo na perspectiva dos profissionais envolvidos com mulheres que entregam os filhos para adopção". A pesquisa se refere ao estudo de que modo o mito do amor materno afecta as ideias e concepções presentes em relação à entrega de um filho para adopção, nos profissionais directamente envolvidos com mulheres que entregam os filhos para adopção. Sua participação consistirá em uma entrevista e em seguida será solicitado que dê continuidade a duas histórias que abordarão questões referentes ao tema. O(A) senhor(a) tem o direito de se recusar a responder as perguntas ou algumas delas se assim desejar. A participação do(a) senhor(a) na pesquisa não é obrigatória e depende do seu consentimento, podendo este ser retirado a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Sua participação é voluntária e não implicará em nenhum custo para o(a) senhor(a). As informações fornecidas contribuirão com a ampliação do conhecimento científico a respeito do tema desta pesquisa, na área de Psicologia. Este termo apresenta duas vias de igual teor, de modo que uma delas ficará com o(a) senhor(a) e a outra com a pesquisadora devidamente arquivada, depois de assinada. Ao assiná-lo, está consentindo em participar e autorizando a divulgação das informações coletadas, que preservarão o sigilo absoluto sobre a sua identidade, de acordo com as normas da CONEP. O(A) senhor(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Rita Tropa Marques, a qualquer momento para o esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa, pelo telefone (11) 99290-0421, ou pelo contato eletrônico ritatropa@hotmail.com; ou ainda por meio do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos no IPUSP - Av. Professor Mello de Moraes, 1721 – Bloco G, 2º andar, sala 27, CEP 05508-030 – Cidade Universitária, São Paulo – SP, endereço eletrônico: ceph.ip@usp.br - Telefone: (11) 3091-4182, para questões éticas.

Eu, _____ declaro que estou ciente dos objetivos e procedimentos da pesquisa e consinto em participar dela, com a condição de poder desistir a qualquer momento, assim como autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas na entrevista, que serão mantidas sob sigilo absoluto.

Lisboa, ____ de _____ de 2017

_____

Assinatura do participante

_____

Assinatura da pesquisado