



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DOUTORADO EM ENFERMAGEM

O SIGNIFICADO DA MATERNIDADE

PARA AS MULTÍPARAS

DEISE DE OLIVEIRA RIBEIRO

RIO GRANDE

2019

**O SIGNIFICADO DA MATERNIDADE
PARA AS MULTÍPARAS**

DEISE DE OLIVEIRA RIBEIRO

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Giovana Calcagno Gomes

RIO GRANDE

2019

Ficha catalográfica

R484s Ribeiro, Deise de Oliveira.

O significado da maternidade para as múltiparas / Deise de Oliveira Ribeiro. – 2019.

151 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2019.

Orientadora: Dra. Giovana Calcagno Gomes.

1. Paridade 2. Número de Gestações 3. Taxa de Fecundidade
4. Planejamento Familiar 5. Enfermagem I. Gomes, Giovana Calcagno II. Título.

CDU 314.336

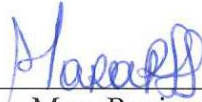
FOLHA DE APROVAÇÃO

DEISE DE OLIVEIRA RIBEIRO

O SIGNIFICADO DA MATERNIDADE

PARA AS MULTÍPARAS

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do **Título de Doutor** em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 09 de outubro de 2019, atendendo as normas de legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Dra. Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG

BANCA EXAMINADORA



Dra. Giovana Calcagno Gomes – Presidente



Dra. Adriane Maria Netto de Oliveira – Efetivo do PPGenf FURG

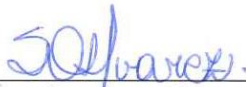


Dra. Danièle Ferreira Acosta – Efetivo Externo ao PPGenf FURG

Dr. Bruna Goulart Gonçalves – Efetivo Externo à FURG



Dra. Marlene Teda Pelzer – Suplente do PPGenf FURG



Dra. Simone Quadros Alvarez – Suplente Externo à FURG

DEDICATÓRIA

*Aos Enfermeiros em Formação na FURG.
À minha filha Ester.*

AGRADECIMENTOS

*A Deus, que é bom em todo o tempo.
Às mulheres da minha família materna que me antecederam, minha força.
Às amigas, que me mostram a cada dia a força das mulheres.
À minha orientadora, fonte de apoio desse trabalho.
Aos professores e colegas da Escola Francisco Caruccio, por me inspirarem.
Aos meus Mestres que serviram como exemplo de responsabilidade com o ensino público.
À Universidade Federal de Rio Grande, por mais esta oportunidade de crescimento.
Aos colegas da Escola de Enfermagem que me apoiaram nessa etapa.
Ao Grupo Bolsistas Capes, pela parceria, motivação e cuidado.
À banca examinadora, múltiplas e todos os demais que contribuíram com este trabalho.
A mim mesma, por me pegar no colo e não me deixar desistir.*

EPÍGRAFE

“Querer-se livre é também querer os outros livres.”
(BEAUVOIR, 2005, p.63)

RESUMO

RIBEIRO, Deise de Oliveira. **O significado da maternidade para as múltiparas.** 2019. 151p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A multiparidade pode ser considerada um problema de saúde pública, uma vez que o elevado número de gestações pode ter relação direta com altos índices de agravos à saúde materno-infantil. O planejamento ineficiente do número de filhos pode ser determinante para a baixa qualidade do cuidado prestado à prole, gerando maior risco de acidentes e doenças na infância. O presente estudo teve como objetivo compreender o significado da maternidade para as múltiparas. O marco teórico de referência é a corrente filosófica existencialista de Simone de Beauvoir que discute acerca da construção social da feminilidade, da paridade e da fecundidade. Como percurso metodológico, foram realizadas entrevistas abertas em profundidade com 20 múltiparas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família ou com filho internado na Unidade de Pediatria do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior. Os dados foram analisados pelo método da Análise de Conteúdo de Bardin. Foram respeitados os aspectos éticos de acordo com a Resolução 466/2012 e projeto aprovado mediante parecer do Comitê de ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande sob parecer número 233/2018. Como resultados, elas tinham de cinco a onze filhos e foram relatadas as histórias de 136 gestações, eram mulheres de 25 a 74 anos de idade e com nível de escolaridade de não-alfabetizadas até pós-graduandas. Obtiveram-se três categorias: Causas, Consequências e Significado da Multiparidade. Sobre as causas da multiparidade surgiram: gestações planejadas, 35,3%; a instabilidade na rotina ou no relacionamento, 31,6%; a desinformação acerca de contracepção, 19,8%; e, não lembram, 13,2%. Assim, dentro dessas três grandes causas podem-se agrupar subcategorias, apresentadas como gestações planejadas: a necessidade de independência por conflitos na adolescência; elaboração do luto por morte de outro filho ou desmame e filhos planejados para completar a família idealizada. O segundo grupo das subcategorias são as causas relacionadas à instabilidade na rotina/relacionamento, que dificultava o planejamento familiar e também a geração de filhos para evitar a solidão da relação instável. O terceiro grupo é a desinformação, onde aparece descuido com os contraceptivos, gravidezes geradas em estupros e falta de conhecimento sobre planejamento familiar. A segunda categoria, as consequências da multiparidade, mostrou a violência sofrida pelas mulheres e suas dificuldades na vida cotidiana com os filhos, além de prejuízos para o autocuidado da mulher. A terceira e última categoria é a que trata do significado da multiparidade, mostrando através da transgeracionalidade o desejo em reproduzir o vivido no contexto familiar, em que 95% tinham múltiparas na família e também precisavam da ressignificação da maternidade, explicando o fenômeno através da necessidade de ter o amor materno não experimentado ou reproduzido. A maioria, treze mulheres, não tinha uma figura materna positiva, já que quatro eram usuárias de drogas e três referiram querer uma família grande igual a de origem. Concluiu-se que a multiparidade é determinada por vários fatores que limitam a liberdade de escolha da mulher e a levam a ter mais filhos que o esperado por ela. O entendimento das causas, consequências e do significado da multiparidade para as mulheres pode fornecer instrumentos para subsidiar o trabalho com o Planejamento da Vida Reprodutiva nos serviços de saúde e nas escolas e, assim, oferecer à população mais possibilidades de escolhas no campo da reprodução.

DESCRITORES: Paridade. Número de Gestações. Taxa de Fecundidade. Planejamento Familiar. Enfermagem.

RIBEIRO, Deise de Oliveira. **The meaning of motherhood for multiparous women.** 2019. 151p. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing, Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande. Rio Grande.

Multiparity can be considered how a public health problem, since the high number of pregnancies may be directly related to high rates of maternal and child health problems. Inefficient planning of the number of children may be determinant for the poor quality of care provided to the offspring, leading a higher risk of accidents and diseases in the childhood. The present study aimed to understand the meaning of motherhood for multiparous women. The theoretical march of reference is existentialist philosophical current of Simone de Beauvoir about the social construction of femininity, parity and fecundity. How the methodological approach were realized open interviews in depth with 20 multiparous women of the Family Health Strategy or with child admitted in the Pediatric Unit of Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior University Hospital. Data were analyzed by Content Analysis method of the Bardin. Ethical aspects were respected in accordance with Resolution 466/2012 and project approved by Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande seem number 233/2018. As results they had between five to eleven children and were related the stories of 136 pregnancies, were women with aged between 25 to 74 years and with level of education from non-literate to pos-graduate students. Three categories were obtained: Causes, Consequences and Meaning of Multiparity. About the causes of multiparity emerged: planned pregnancies, 35.3%; instability in routine or relationship, 31.6%; lack of information about contraception, 19,8%; and do not remember, 13.2%. Thus, within these three major causes can be grouped subcategories, presented as planned pregnancies: the need for independence by conflicts in adolescence; elaboration the death of another child or weaning and children planned to complete the idealized family. The second group of subcategories are the causes related to the instability in the routine / relationship, which made family planning difficult and also the generation of children to avoid the loneliness of the unstable relationship. The third group is lack of information, where carelessness appears with contraceptives, pregnancies induced for rape and lack of knowledge about family planning. The second category, the consequences of multiparity, showed the violence suffered by women and their difficulties in daily life with their children, as well as the prejudices for the women's self-care. The third and last category is that's what it about the meaning of multiparity, showing through transgenerationality the desire to reproduce the lived in the family context, 95% had multiparous in the family and also needed the resignification of motherhood, explaining the phenomenon through the need to have the maternal love untested or reproduced. The most, thirteen women, did not have a positive maternal figure, four were drug users and three reported wanting a great family equal to their origin. It was concluded that multiparity is determined by several factors that limit the freedom of choice of the women and lead to having more children than expected by her. Understanding the causes, consequences and significance of multiparity for women can provide instruments to support work with Reproductive Life Planning in the Health Services and Schools, and thus offer the population more choice in the field of reproduction.

DESCRIPTORS: Parity. Gravidity. Fecundity Rate. Family Planning. Nursing.

RIBEIRO, Deise de Oliveira. **El significado de la maternidad para las mujeres múltiparas**. 2019. 151p. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Río Grande, Río Grande.

La multiparidad puede considerarse un problema de salud pública, ya que la gran cantidad de embarazos puede estar directamente relacionada con las altas tasas de problemas de salud materno-infantil. La planificación ineficiente del número de niños puede ser determinante para la baja calidad de la atención prestada a la descendencia, lo que aumenta el riesgo de accidentes y enfermedades en la infancia. El presente estudio tuvo como objetivo comprender el significado de la maternidad para las mujeres múltiparas. El marco teórico de referencia es la corriente filosófica existencialista de Simone de Beauvoir sobre la construcción social de la femineidad, la paridad y la fecundidad. Como enfoque metodológico, se realizaron entrevistas abiertas en profundidad con 20 mujeres múltiparas inscritas en la Estrategia de Salud Familiar o con un niño ingresado en la Unidad de Pediatría del Hospital Universitario Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior. Los datos fueron analizados por el método de análisis de contenido de Bardin. Los aspectos éticos se respetaron en conformidad con la Resolución 466/2012 y el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Río Grande parecer número 233/2018. Como resultado, ellos tuvieron entre cinco y once hijos y contaron las historias de 136 embarazos. Eran mujeres de 25 a 74 años nivel educativo de estudiantes no alfabetizados hasta estudiantes graduados. Se obtuvieron tres categorías: causas, consecuencias y significado de multiparidad. Sobre las causas de multiparidad surgieron: embarazos planificados, 35,3%; inestabilidad en la rutina o relación, 31.6%; desinformación sobre anticoncepción, 19,8%; y no lo recordaban, 13.2%. Así, dentro de estas tres causas principales se pueden agrupar las subcategorías, presentadas como embarazos planificados: la necesidad de independencia por conflictos en la adolescencia; llorando la muerte de otro niño o destete y niños planeados para completar la familia idealizada. El segundo grupo de subcategorías son las causas relacionadas con la inestabilidad en la rutina / relación, lo que dificultó la planificación familiar y también la generación de niños para evitar la soledad en relaciones inestables. El tercer grupo es la información errónea, donde el descuido aparece con anticonceptivos, embarazos inducidos por violación y falta de conocimiento sobre la planificación familiar. La segunda categoría, las consecuencias de la multiparidad, mostró la violencia sufrida por las mujeres y sus dificultades en la vida diaria con sus hijos, así como el daño al autocuidado de las mujeres. La tercera y última categoría se ocupa del significado de multiparidad, mostrando a través de la transgeneracionalidad el deseo de reproducir lo vivido en el contexto familiar, en el que 95% tenía múltiparas en la familia y también necesitaban la resignificación de la maternidad, explicando el fenómeno a través de la necesidad de tener el amor materno no probado o reproducido. La mayoría, trece mujeres, no tenían una figura materna positiva, ya que cuatro eran usuarias de drogas y tres informaron que querían una familia numerosa propia. Se concluyó que la multiparidad está determinada por varios factores que limitan la libertad de elección de las mujeres y conducen a tener más hijos de lo esperado por ella. Comprender las causas, las consecuencias y el significado de la multiparidad para las mujeres puede proporcionar herramientas para apoyar el trabajo con la planificación de la vida reproductiva en los servicios de salud y las escuelas, y así ofrecer a la población más opciones en el campo de la reproducción.

DESCRIPTORES: Paridad. Número de Embarazos. Índice de Fecundidad. Planificación Familiar. Enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da população do estudo	57
Tabela 2 –Causas da Multiparidade	59

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVO.....	22
3 REVISÃO DE LITERATURA	23
3.1 Fecundidade em uma visão global	23
3.2 Política de planejamento familiar no Brasil	32
3.3 O papel da enfermagem frente à multiparidade	37
3.4 A influência do gênero nas práticas reprodutivas	39
4 MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA	42
5 METODOLOGIA	51
5.1 Local do estudo	51
5.2 Participantes do estudo	52
5.3 Coleta de dados	52
5.4 Análise dos dados	53
5.5 Aspectos éticos	54
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
6.1 CAUSAS DA MULTIPARIDADE	58
6.1.1 A necessidade de independência na adolescência	61
6.1.2 Desinformação acerca do uso de métodos contraceptivos	64
6.1.3 Instabilidade na rotina ou no relacionamento	70
6.1.4 Evitar a solidão	74
6.1.5 Luto por morte	75
6.1.6 Luto pelo desmame	77
6.1.7 Completar a família idealizada	78
6.1.8 A gravidez como consequência da violência	83
6.1.9 Influência do homem no planejamento familiar	87
6.2 CONSEQUÊNCIAS DA MULTIPARIDADE	93
6.2.1 Violência Psicológica	93
6.2.2 Violência Obstétrica	94
6.2.3 Vivências cotidianas com os filhos: Rede de apoio das multíparas	99
6.2.4 Vivências cotidianas: Participação do homem na rotina	101
6.2.5 Vivências cotidianas: Atividades de lazer da família	104
6.2.6 Vivências cotidianas: Provisão da alimentação da família	105
6.2.7 Vivências cotidianas: Realização dos cuidados de higiene dos filhos	106
6.2.8 Vivências cotidianas: Escolarização dos filhos	106
6.2.9 Vivências cotidianas: Imposição de limites e atenção aos filhos	108
6.2.10 Trabalho e escolarização da mulher	113
6.2.11 Autocuidado da mulher	113
6.2.12 Aspectos da vivência da maternidade	116
6.3 O SIGNIFICADO DA MULTIPARIDADE	120
6.3.1 Transgeracionalidade	120
6.3.2 Ressignificação da Maternidade	122
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS	135
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	146
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	147
APÊNDICE C – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEPAS FURG	149
APÊNDICE D – PARECER DE APROVAÇÃO DO NUMESC	150
APÊNDICE E– AUTORIZAÇÃO GEP HU	151

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema iniciou-se em uma aula de educação artística de uma escola pública municipal de Pelotas, onde estávamos em uma discussão sobre pobreza, violência e outros temas sociais. Éramos adolescentes entre 12 a 16 anos. Em meio a muita balbúrdia, sugerimos que a origem desses problemas era o grande número de filhos que pessoas sem condições financeiras ou emocionais têm. Então, confrontada com o questionamento da turma, a professora nos indagou: “Por que vocês acham que as pessoas têm tantos filhos, se não conseguem alimentá-los e cuidá-los com qualidade?” Alguém respondeu: “Deve ser porque eles não têm nada melhor para fazer!” Um vazio ecoou na sala e, após discussão, não conseguimos alcançar a complexidade da questão.

Cursando a graduação em enfermagem, pude trabalhar como bolsista do Programa de Planejamento Familiar no Hospital Universitário e ali entender um pouco do questionamento da professora do ensino fundamental. Lá observei que mulheres com uma melhor expectativa de trabalho e escolaridade têm menos filhos e buscam os programas de distribuição de métodos contraceptivos. Entretanto, havia um público que eu nunca tivera contato, não as conhecia. Questionava-me quem eram essas mulheres que não procuravam esse serviço.

Atuando como professora de enfermagem nos serviços de saúde, observei que alguns enfermeiros estigmatizam as mulheres multíparas e, muitas vezes, não lhes é oferecido um atendimento adequado. Isso parecia ocorrer devido ao julgamento prévio de que a escolha pela multiparidade é um ato irresponsável. Esse preconceito é mais evidente, principalmente, quando essas mulheres procuram os serviços de saúde devido ao adoecimento das crianças. Muitos enfermeiros entendem que esse adoecimento pode estar relacionado às dificuldades que a multípara, hipoteticamente, teria para cuidar da criança, devido ao número de filhos que exigem a atenção dela. Visando compreender como intervir nesse fenômeno e instrumentalizar enfermeiros para que conheçam melhor tal realidade, surgiu a presente proposta de trabalho.

1. INTRODUÇÃO

“Foi pelo trabalho que a mulher cobriu em grande parte a distância que a separava do homem. Só o trabalho pode assegurar-lhe uma liberdade concreta.” (BEAUVOIR, 2016, v.2, p.503)

Falar de multiparidade é falar da própria existência humana, da sua reprodução e manutenção da espécie. A decisão por ter ou não filhos, o número da constituição da família é inerente à maturidade sexual do ser humano. O desenvolvimento da sexualidade passa por esse elemento fundamental: da decisão ou não pela procriação e seu número.

Desde a mais tenra infância, na descoberta da sexualidade, homens e mulheres iniciam o entendimento da procriação, buscando saber de onde vieram e como nascem os bebês. A concepção de reprodução se complexifica na medida da evolução do entendimento sobre o assunto. Inicialmente, o planejamento familiar pode inclusive ser identificado em brincadeiras infantis, através dos jogos de adivinhação para saber o número de filhos que a pessoa terá. Todas as etapas evidenciam desde o início um primitivo conceito do tamanho da família.

No desenvolvimento da sexualidade surgem as expectativas infantis em relação ao futuro e muitas mulheres iniciam seu planejamento familiar ainda quando crianças. Em relatos informais nas maternidades, múltiparas relatam que foi na infância onde surgiu a vontade de ter uma grande prole. Assim, o sonho de menina se concretizou na fase adulta, ainda que com um planejamento familiar pouco pensado.

Nesse contexto de construção histórica da sexualidade feminina, entende-se que o referencial de Simone de Beauvoir possa explicar o fenômeno da multiparidade, pois tem como pano de fundo os conceitos de psicanálise de Sigmund Freud que analisa o desenvolvimento sexual desde a infância, associando à sua construção social. O feminismo de Simone de Beauvoir poderá revelar a essência da multiparidade, como algo esperado da mulher e correspondido em número de filhos. O referencial utiliza principalmente a sua obra “O Segundo Sexo” volume I e II, escrito pela primeira vez em 1958, sendo um marco do feminismo no mundo, e com nova edição em 2016. Compreender esse fenômeno, no âmbito da mente feminina, auxiliará a enfermagem a atuar em planejamento familiar, instrumentalizada de conhecimentos específicos sobre as relações que envolvem a escolha pelo número de filhos.

Além disso, o referencial existencialista de Simone de Beauvoir (2016) sustenta que a partir da *existência* humana teremos uma construção bio-psico-sócio-cultural chamada a *essência*. Para essa filósofa, somos reflexo dessa construção associada às nossas escolhas. Nesse sentido, o referencial poderá defender que a escolha pela multiparidade é, principalmente, uma construção social onde segundo a autora “Ninguém nasce mulher, torna-se” (BEAUVOIR, 2016, V.2, p.11).

Há uma questão de gênero fortemente ligada na decisão pelo número de filhos, pois muitas mulheres possuem intrinsecamente uma ordem biológica e social de procriadoras e quem não segue tal ordem parece falhar com o objetivo primário de vida. Entretanto, com o desenvolvimento e a inserção da mulher no mercado de trabalho, essa ordem natural tem mudado, gerando uma redução no número de filhos por casal. Para Pitolin (2013), o entendimento do fenômeno da multiparidade inclui, entre outras questões, a desigualdade de poder de gênero, a redução do potencial de autonomia de algumas múltiparas para organizarem suas vidas, além de questões culturais e religiosas.

Existe um considerável número de mulheres que decide conscientemente ter cinco filhos ou mais e essa decisão não decorre da falta, esquecimento ou desinformação acerca do uso de métodos anticoncepcionais. Essa decisão parte de sua história pessoal, expectativas em relação ao futuro e o significado atrelado a cada gestação. Assim, a multiparidade é uma realidade. Segundo Brasil (2012), multiparidade significa ter tido cinco ou mais partos e é considerada fator de risco materno, tendo em vista sua associação com resultados adversos na gestação, como placenta prévia e macrossomia fetal.

Estudo realizado por Soares et al. (2013) em Curitiba, apontou que em relação às intenções reprodutivas de mulheres com cinco ou mais filhos, para 51% delas, esse era o número ideal de filhos e, para 40,4% o, marido preferia ter um número maior de filhos. As pesquisadoras observaram que a manutenção da alta fecundidade não parece ter sido uma escolha refletida e planejada com autonomia e autodeterminação pela maioria das mulheres entrevistadas. As motivações referidas envolvem: desejos e sonhos anteriores ao casamento, instinto maternal, o fato de gostar de crianças, de gostar de famílias grandes ou ter vivido em famílias com muitos irmãos, destacando-se assim o aspecto cultural da multiparidade. Muitas mulheres veem como vantagens de ter uma prole numerosa, a satisfação pessoal, felicidade, o aprendizado de solidariedade e a convivência com as diferenças. Ressaltam ainda a possibilidade de não ficarem sozinhas

no processo de envelhecimento e a oportunidade dos filhos ajudarem os pais no futuro (SOARES et al., 2013).

As múltiparas, muitas vezes, são estigmatizadas por não realizarem o planejamento familiar socialmente esperado. Há um entendimento empírico de que um elevado número de filhos denote uma falta de preocupação com o futuro e a saúde das crianças. Segundo Pitilin (2013), os profissionais de saúde acabam responsabilizando a mulher pelo controle da sua fertilidade, sem um investimento paralelo em transformações sociais que permitam às mulheres uma gama de alternativas e um maior poder de escolha na vida e no campo da reprodução. Sendo assim, conhecer suas vivências, seu contexto sócio-cultural, favorecerá que profissionais de saúde possam desenvolver uma abordagem destituída de rótulos e preconceitos.

Estudo que buscou analisar a gravidez pela perspectiva de jovens mães múltiparas nas favelas de Belo Horizonte/MG mostrou normas culturais contraditórias que recriminam práticas sexuais na adolescência, mas vê a maternidade como ritual de passagem para a vida adulta (SANTOS, 2012). Com base em críticas sobre a insuficiência de programas de planejamento familiar e das consequências para sua saúde e futuro econômico, este artigo mostra que a maternidade é uma atividade bem sucedida por meio da qual essas jovens preenchem o ideal coletivamente reconhecido de se tornar mulher, além de carregar um senso de realização pessoal.

Tese de doutorado da Universidade de São Paulo utilizou método qualitativo para saber sobre a decisão das mulheres curitibanas pela multiparidade e apontou como desvantagens as dificuldades financeiras com educação, saúde e segurança para criação dos filhos. Soares (2009) concluiu que a vulnerabilidade à pobreza não se limita em considerar apenas a privação de renda, mas também a dinâmica da vida familiar, o acesso a serviços públicos, a possibilidade de obter trabalho com qualidade e remuneração adequada, tendo um elevado número de filhos para criar.

Outro estudo que objetivou estimar a prevalência de gravidez planejada e analisar os aspectos a ela associados, em Marília/SP, mostrou que apenas 33,3% das gestações foram planejadas. Os aspectos positivamente associados ao planejamento da gravidez foram: idade da mulher, idade do parceiro, coabitação com parceiro, ter engravidado anteriormente e ter vivenciado um abortamento anterior (BORGES et al., 2011). Tais dados mostraram que o planejamento da gravidez ainda não é evento frequente e está determinado, sobretudo, pelos contextos de vida pessoal e afetiva das

mulheres, bem como por sua trajetória reprodutiva e não somente pelo uso de métodos contraceptivos ou nível de escolaridade, como tradicionalmente se tem pensado.

Em contrapartida, a escolha do número de filhos, além de envolver ideias e valores individuais, é influenciada também pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde reprodutiva de qualidade. Diferentes pesquisas apontam a existência de barreiras políticas e gerenciais que dificultam a operacionalização da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Essas barreiras são a escassez de recursos, a limitação da cobertura, a irregularidade da qualidade, a desigualdade no acesso a serviços de saúde reprodutiva, o desconhecimento e descumprimento das leis e as dificuldades de integração gerencial entre as diversas esferas da administração pública no âmbito da descentralização do sistema de saúde (SCHOR et al., 2000; COSTA et al., 2006; OSIS et al., 2006).

A Política de Saúde Sexual e Reprodutiva, no Brasil, iniciou no século XIX com os programas de pré-natal que tinham como foco a redução da mortalidade infantil através do cuidado à saúde da gestante e do recém-nascido. Por muito tempo a atenção à mulher centrou-se na funcionalidade materna. Só a partir dos anos 60 iniciou-se a implantação de programas de planejamento familiar. Em 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e nele incluído o Programa de Planejamento Familiar (BRASIL, 2010). Esse Programa deu origem ao PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher). O direito ao planejamento familiar foi inserido na Constituição Federal em 1996, com a promulgação da lei 9263. Essa lei garante aos cidadãos o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, enfatizando o planejamento familiar com apoio do Estado, através do Sistema Único de Saúde - SUS.

A fecundidade no Brasil, 30 anos depois da criação do PAISM, foi de 2,14 filhos por mulher em 2004 para 1,74 em 2014, representando uma queda de 18,6% na taxa de fecundidade, conforme a projeção da população por sexo e idade (IBGE, 2015). Essa queda iniciou-se na segunda metade dos anos 1960 e está implicando numa desaceleração do ritmo de crescimento da população brasileira. A taxa de fertilidade total é definida, de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), juntamente com a Organização Mundial da Saúde (OMS), como o número de crianças que em média cada mulher teria ao longo do período fértil, ou seja, de 15 a 49 anos de idade, em um determinado ano ou período, para um determinado país, território ou área geográfica (OPAS, 2015).

Embora se observe uma tendência à homogeneização das taxas de fecundidade em níveis muito baixos em todas as regiões brasileiras, ainda existem diferenciais entre grupos populacionais que precisam ser identificados, com vistas à superação de prováveis iniquidades sociais em saúde reprodutiva. A persistência das desigualdades sociais de gênero constitui um impedimento para a liberdade reprodutiva e sexual das mulheres brasileiras e para a melhoria das condições de vida em geral (SOARES e SCHOR, 2013). Ocorre que, embora a taxa brasileira seja 1,7 filhos por mulher, ainda há muita desigualdade, pois algumas famílias têm apenas um ou nenhum filho, enquanto outras têm mais de cinco e vivem em condições muito precárias.

Assim, uma parcela de mulheres brasileiras encontra-se ainda fora do processo de queda da fecundidade, porque assim o deseja, ou porque não teve oportunidade de exercer esse controle. Isso cria a necessidade de políticas e projetos que favoreçam estes subgrupos populacionais, garantindo-lhes os direitos reprodutivos, sociais e de saúde. Conhecer estes subgrupos permitiria a escolha de estratégias de saúde mais adequadas para lhes garantir esses direitos (SOARES, 2009).

A multiparidade traz riscos à saúde humana, conforme discutido no estudo de Kosuki, Sonneveldt e Walker (2013), em 47 países, que encontrou uma associação estatisticamente significativa entre a alta paridade e a mortalidade infantil. Filhos de mães com alta taxa de fecundidade têm, estatisticamente, aumento significativo do risco de morte em comparação a crianças de mães com baixa fecundidade. No estudo citado, a cada aumento de unidade na ordem de nascimento, uma proporção maior de mortalidade infantil aparece.

Em pesquisa realizada por Brown et al. (2015), foi constatado que os programas de planejamento familiar têm contribuído para o declínio da mortalidade materna e neonatal através de uso de anticoncepcionais. Isso ocorre tanto pela redução de partos indesejados quanto pela redução de partos de alto risco. Dados de Pesquisas Demográficas e de Saúde, conduzidas entre 1985 e 2013 em 57 países em desenvolvimento mostrou contribuições dos programas de planejamento familiar para o crescimento econômico, melhoria educacional (taxa de conclusão do ensino médio) e declínios do risco de nascimentos devido a intervalos de parto curto (menos de 24 meses), diminuição da taxa de fecundidade e aumento da idade materna (BROWN et al., 2015).

Estudo acerca da atenção ao planejamento familiar e risco reprodutivo evitável aponta a ocorrência de partos nos extremos da idade reprodutiva (menos de 18 anos ou

mais de 35 anos), o intervalo interpartal menor que dois anos e a multiparidade (acima de quatro partos) como riscos preveníveis por meio de orientação e aconselhamento no campo do planejamento familiar. As repercussões negativas à saúde que poderão advir da presença dos referidos fatores de risco reprodutivo são discutidas na literatura científica. Os autores referiram que as múltiparas apresentam maior risco de hemorragias cerebrovasculares e mortalidade (NASCIMENTO et al., 2009; JUNG et al., 2010; MADENI, HORIUCHI e JITSUZAKI, 2010).

Outro estudo em 10 países mostrou que a busca pelos serviços de saúde materna e infantil é menor quanto mais filhos tem a mulher. As intervenções diretamente ligadas à mortalidade, como a vacinação, são menores e poderia ser uma explicação parcial para as taxas de mortalidade infantis mais elevadas associadas à alta paridade (SONNEVELDT, PLOSKY e STOVER, 2013).

Nos Emirados Árabes, especificamente em Abu Dhabi, 1.198 múltiparas foram pesquisadas e verificaram-se diferentes complicações relativas ao aumento da paridade: diabetes gestacional, anemia, parto prematuro, má apresentação, hemorragia pós-parto, aborto e macrossomia fetal (VASWANI e SABHARWAL, 2013). Os autores defendem, entretanto, que serviços de saúde de alta qualidade podem influenciar na baixa mortalidade, assim como cuidados pré-natais e atendimento adequado ao trabalho de parto sem indução de ocitócitos. Assim, apenas determinar a multiparidade como fator de risco pode ser inverídico, pois é um tema amplo de muitas variáveis, devendo-se analisar toda a rede de prestação de cuidados nos serviços de saúde desses países.

Grande multiparidade tem sido associada a desfechos obstétricos adversos, como hemorragia pós-parto e pré-eclâmpsia. No entanto, ao estudar quase mil múltiparas (922), no Hospital Mount Sinai (EUA), verificou-se que não houve diferenças estatisticamente significativas para hipertensão crônica ou Diabetes entre os dois grupos. Contrapondo a todos os estudos citados, nesse não houve diferença significativa nos resultados adversos, compostos ou individuais, ou aumento nas complicações com paridade crescente. Este é o maior estudo até hoje em uma população urbana dos EUA que examina os riscos. Não pareceu existir risco aumentado de complicações no parto com o aumento da paridade. Esses achados sugerem que, uma vez que atingem uma grande multiparidade e continuam a ter filhos, podem representar uma população autosselecionada de pacientes que podem ter outros partos não complicados (BIGELOW et al., 2019).

Quanto maior o número de partos ocorridos na vida reprodutiva, mais riscos à saúde as mulheres estão expostas. Tais correlações são mostradas em estudos acerca da gravidez recorrente e sua associação com a vulnerabilidade social: ligações diretas entre maternidade/paternidade e vulnerabilidades socioeconômicas; riscos obstétricos e perinatais; aborto inseguro; acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva; conhecimentos e utilização de métodos contraceptivos; questões sócio-antropológicas sobre sexualidade e reprodução, entre outros (ALVES, BRANDÃO, 2009; SILVA et al., 2011).

No Paraná, um estudo acerca da relação entre o número de gestações e a mortalidade materna apontou a baixa escolaridade, a idade igual ou acima de 30 anos e o pré-natal com menos de quatro consultas. A proporção de mortes por causas obstétricas indiretas, hemorragias e aborto, foi maior entre as multigestas e, cerca de 90% dos óbitos deste grupo foi considerado evitável. Os autores concluíram que o monitoramento das multigestas com idade avançada e em desvantagem social, bem como ações efetivas de planejamento familiar e serviços obstétricos qualificados para gestação de alto risco são medidas que podem contribuir para a redução da mortalidade materna (SOARES, TAVARES e SCHOR, 2008).

Frente a esses riscos para a saúde materna e infantil é de suma importância conhecer as motivações da multiparidade e assim poder implementar programas e políticas eficazes que garantam os direitos reprodutivos e o acesso à saúde dos indivíduos que queiram regular sua fecundidade ou necessitem de assistência à saúde reprodutiva. Estudos e informações referentes aos padrões de fecundidade podem contribuir para a elaboração de políticas públicas, nas áreas da demografia, da economia e da saúde, especialmente no campo dos direitos reprodutivos e sexuais.

Simmonds e Likis (2011) referem que uma ampla base de conhecimentos em enfermagem e uma variedade de competências e habilidades são necessárias para executar estratégias de prevenção da gravidez, quando indesejada. Os aspectos essenciais da assistência, nesses casos, são: a necessidade de evitar preconceitos e julgamento, a garantia de confidencialidade e o reconhecimento das necessidades específicas das populações vulneráveis. Respeitar os direitos dos clientes e sua autonomia é padrão de enfermagem para a prática ética. Uma competência essencial para os profissionais de saúde é a capacidade de identificar as crenças pessoais que possam interferir no planejamento da gravidez. Engajar-se em um processo de

clarificação dos valores de forma reflexiva pode ajudar os enfermeiros a desenvolver essa habilidade (SIMMONDS e LIKIS, 2011).

A vivência da maternidade é diferente para cada mulher e é influenciada por diversos fatores a serem estudados e explorados. Essas variáveis interferem na sua decisão para o uso de métodos contraceptivos. O profissional de enfermagem, ao reconhecer essas dimensões, consegue oferecer uma assistência à saúde dessas mulheres com melhor qualidade.

Nessa perspectiva, conhecer a motivação de mulheres para o elevado número de filhos proporcionará um maior entendimento acerca das suas vivências pessoais e, assim, auxiliar em sua tomada de decisão no processo de planejamento familiar. Acredita-se que a realização de pesquisas em enfermagem com múltiparas é relevante, pois possibilita uma melhor compreensão da sua experiência no processo de gerar, parir e cuidar de filhos, subsidiando as intervenções da enfermagem nessas situações.

A multiparidade sugere uma maior atenção do enfermeiro, uma vez que esse profissional poderá estabelecer ações de prevenção, planejamento de ações específicas de cuidado e avaliações mais objetivas, tanto da criança como da dinâmica familiar, tornando-se fonte efetiva de apoio e suporte. Visando uma maior instrumentalização no auxílio a essas famílias na tomada de decisão sobre o seu planejamento familiar, esse estudo busca responder a seguinte questão de pesquisa: **“Qual o significado da maternidade para as múltiparas?”** Espera-se com esse estudo auxiliar na construção de conhecimentos que qualifiquem o trabalho da enfermagem junto a essas mulheres.

2. OBJETIVO

-Compreender o significado da maternidade para as multíparas.

A partir deste objetivo, este estudo defende a seguinte TESE:

Existe um significado relevante construído ao longo da história das mulheres para que decidam ter cinco filhos ou mais. Esse significado vai além da percepção empírica de que suas gestações derivam apenas da falta de uso do anticoncepcional, sendo uma construção social relacionada ao gênero feminino. Tal significado é decisivo na sua tomada de decisão em ser multípara.

3. REVISÃO DE LITERATURA

“Se as dificuldades são mais evidentes na mulher independente é porque ela não escolheu a resignação e sim a luta.” (BEAUVOIR, 2016, v. 2, p. 510)

A presente revisão de literatura aborda primeiro a fecundidade em diferentes culturas pelo mundo. A seguir, traz a política de planejamento familiar no Brasil, o papel da enfermagem frente à multiparidade e, por último, influência do gênero nas práticas reprodutivas.

Este capítulo foi elaborado a partir da busca realizada em março de 2018 na NCBI (Centro Nacional de Informação Biotecnológica dos Estados Unidos da América) com termos “women” e “fecundity rate” que resultou em 450 artigos sobre o tema. A NCBI foi a base de escolha por apresentar maior número de artigos com esses termos. Após a leitura dos resumos, foram selecionados 60 para leitura mais aprofundada, os quais tratavam do aspecto cultural da fertilidade ao redor do mundo. Posteriormente, os termos “grandmultiparity” resultaram em 20 artigos sobre os riscos da multiparidade para a saúde da mulher. No total foram utilizados 50 artigos de 2013 a 2018, além de artigos provenientes de leituras livres acerca da temática.

3.1 A FECUNDIDADE EM UMA VISÃO GLOBAL

Em muitos países, principalmente os desenvolvidos, observa-se o fenômeno do declínio da fecundidade com o número de nascimentos abaixo da taxa de reposição de gerações, ou seja, menos de dois filhos por casal. Isso resulta em envelhecimento da população e diminuição da força de trabalho jovem.

Pesquisa realizada sobre a preocupante redução da taxa de fertilidade do Chile encontrou como principais causas: o uso de métodos contraceptivos, introduzidos no país na década de 1960-1969; a mudança de papéis femininos, que adquiriram um nível educacional superior e melhores oportunidades de trabalho/renda fora do lar; a difícil tarefa de vencer o trabalho, suas demandas, horários e o cuidado de uma criança (STEFANELLI et al, 2016). A jornada tripla de trabalho, cuidados com a casa e crianças tem levado muitas mulheres a desistirem de engravidar.

Uma rede social de apoio, maior participação do pai na atenção aos filhos e divisão de tarefas pode criar um ambiente social mais favorável à criação de filhos.

Soma-se a isso a elaboração de Políticas Públicas que auxiliem a família no cuidado das crianças como creches, aumento da licença paternidade, entre outras.

Os adultos produtivos de meia-idade se transformam em uma grande bolha de aposentados e o pequeno grupo de crianças torna-se um grupo menor de trabalhadores em idade ativa, ameaçando derrubar a renda total da sociedade. Isso potencialmente cria uma crise fiscal, à medida que os custos com pensão e assistência médica aumentam em relação aos ganhos. Aumentar a poupança para o cuidado dos idosos parece uma alternativa viável frente ao futuro que se aproxima. Frente a essas dificuldades muitos países desenvolvidos, como França, Suécia e Alemanha estão criando programas de incentivo à fertilidade, como aumento da licença maternidade, adequação do horário de trabalho com horários escolares e ampliação das creches (STEFANELLI et al., 2016).

A gravidez adiada é uma realidade em muitos países desenvolvidos. Porém, adiada não é sinônimo de planejada. Estudo dos EUA descobriu alguns motivos para o adiamento: ter vários (as) parceiros (as) antes do casamento, coabitação não conjugal e dificuldade em encontrar um parceiro (a). A preocupação do estado com esse fenômeno estimulou pesquisa na Suécia sobre o tema, que teve como principal resultado o desconhecimento por parte da população, mesmo com grau de instrução maior, sobre os reais riscos da paternidade/maternidade adiada (ERIKSSON et al., 2013). O nível de exigência para escolher o progenitor/progenitora da prole e também a independência financeira/emocional de um parceiro ou parceira pode estar dificultando adultos jovens na decisão de ter filhos.

Para muitos participantes, não ter filhos pode ser compensado com uma melhor qualidade de vida, sucesso na carreira e com o convívio diário com animais de estimação. Sentem-se felizes com a idéia de adoção ou tão somente serem tios. Alguns ainda se autodeclararam egocêntricos. Entretanto, em relação aos riscos associados à idade materna avançada, os entrevistados mencionaram o aborto espontâneo e o parto prematuro, enquanto outros tinham idéias vagas sobre o aumento dos riscos. Por outro lado, alguns homens acentuaram a percepção empírica de um papel insignificante da idade paterna, mas referiram o medo de ser infértil. Nota-se com esse estudo que, apesar do elevado grau de instrução dos pesquisados, muitos não têm conhecimento da limitação da fecundidade com o passar da idade e não possuem um planejamento ou realmente não desejam ter filhos (ERIKSSON et al., 2013).

Isso indica que mulheres jovens altamente educadas e os homens, na Suécia contemporânea, têm muitas prioridades concorrentes ao planejar e estabelecer metas

para suas vidas. Eles descrevem a fertilidade como uma capacidade recuperável através de reprodução assistida e a paternidade adiada como uma adaptação racional às mudanças sociais. Esses achados mostram a necessidade de mais informações sobre as limitações da reprodução humana e também que a sociedade organize modelos que tornem possível gerar filhos, em uma época em que são mais jovens. Uma ferramenta útil para solução da falta de planejamento é o *Reproductive Life Plan* (RLP) ou Plano de Vida Reprodutiva (PVR) e a criopreservação de óvulos (ERIKSSON et al., 2013).

O PVR é uma ferramenta de promoção da saúde recomendada pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA para melhorar a saúde pré-conceptiva e diminuir gravidezes não intencionais e resultados adversos da gravidez. A recomendação é que os profissionais de saúde usem o PVR para rastrear mulheres e homens sobre suas intenções de ter ou não ter filhos a curto e longo prazo e seu risco de conceber. O PVR tem o potencial para uso em muitas áreas do mundo e consiste em um conjunto de questões não normativas sobre ter ou não ter filhos com foco incentivar mulheres, homens e casais a refletirem sobre suas intenções reprodutivas e encontrarem estratégias para o planejamento familiar bem-sucedido no contexto de objetivos, valores da vida pessoal e isso inclui ter o número desejado de filhos, evitar gravidez indesejada e problemas de saúde que possam ameaçar a reprodução (STERN et al., 2015).

As mulheres que recebem aconselhamento baseado em PVR aumentam seu conhecimento sobre fertilidade e adquirem melhores conhecimentos para tomar sua decisão quanto ao número de filhos que desejam ter. O aconselhamento envolve riscos de infertilidade no caso da maternidade tardia, espaçamento entre os nascimentos e número de filhos desejados. O questionário/orientação é realizado anualmente para avaliar junto com as mulheres se as suas intenções reprodutivas mudaram (STERN et al., 2015).

Trata-se de uma visão ampliada de que planejamento familiar não é meramente distribuição de contraceptivos, podendo ser realizado com adolescentes que ainda nem iniciaram a vida sexual, mas que conseguem estabelecer um plano para o futuro. O fato de o PVR ser dinâmico ao ser aplicado anualmente, facilita que, com as mudanças da vida, possa ser reelaborado conforme a necessidade do homem ou da mulher.

Na Alemanha, país que está com declínio da fecundidade, as dificuldades experimentadas por novos pais afetaram a decisão de gerar o segundo filho. Pessoas cujo bem-estar subjetivo diminui após o nascimento de um filho são menos propensas a ter outro filho do que aquelas cujo bem-estar subjetivo permanece no nível pré-natal,

principalmente em países com maior grau de instrução e que esperaram mais para ter um filho. A natureza contínua e intensa da criação de filhos no primeiro ano foi estressante para a maioria dos pais, especialmente para aqueles que tinham conhecimento limitado sobre os cuidados com os bebês e pouco apoio social (MARGOLIS e MYRSKYLÄ, 2015).

O grau de perfeccionismo de cada casal pode resultar em alta exigência no atendimento correto das necessidades da criança e, assim, levar ao esgotamento e à desistência de ter mais filhos. Um papel importante que o profissional enfermeiro pode desenvolver em programas de pré-natal é o de fornecer orientações e subsídios para família poder se instrumentalizar no cuidado com o bebê.

Segundo análise realizada por Roser (2018), as mulheres com melhor educação recusam mais as oportunidades do que as mulheres menos instruídas, porque, para essas, o sacrifício para ter filhos é maior. Segundo ele, quanto maior o grau de instrução, menor é o número de filhos. O alto número de procriação de crianças no passado ocorreu devido às famílias que queriam muitos filhos para trabalhar na agricultura. Porém, com as políticas de restrição do trabalho infantil, houve uma baixa nas taxas de fertilidade (ROSER, 2018).

Uma vez que o ônus do parto e da educação das crianças é suportado majoritariamente pelas mulheres, não é de surpreender que as taxas de fecundidade tendam a ser altas onde as mulheres têm um status social mais baixo e poucas oportunidades fora do lar. É somente quando é dada maior importância aos interesses das mulheres que isso muda. A melhor educação das mulheres e o aumento das oportunidades de emprego tanto mudaram o seu papel social, como aumentaram o status delas na sociedade. Quando as mulheres possuem o poder de escolha e reflexão entre a maternidade e a sua vida profissional, acabam escolhendo a segunda opção e adiando ou reduzindo o número de filhos. Assim, quando não lhe é oportunizado pensar e escolher, tendem a dedicar-se mais à maternidade (ROSER, 2018).

Em relação ao gênero, verifica-se que homens e mulheres são geralmente expostos a riscos em função do seu papel na produção ou na reprodução. No entanto, pela sua natureza, as mulheres vêm sendo expostas à fadiga devido à realização de tarefas repetitivas, tendo sua qualidade de vida na família e na sociedade afetada (FORGET e LEBEL, 2001). A divisão de tarefas entre homens e mulheres, além do apoio de familiares nas responsabilidades com as crianças, poderiam aumentar a disposição dessas para uma maior paridade.

Outros fatores importantes para o adiamento temporário ou permanente de mais filhos na Alemanha, que despontaram no estudo de Margolis e Myrskylä (2015) foram a amamentação, a privação do sono, a depressão, o isolamento doméstico e o rompimento do relacionamento. Pesquisas adicionais sobre baixa fertilidade devem abordar as maneiras pelas quais as experiências parentais ao longo da vida afetam o comportamento de fertilidade. Afinal, ter filhos é uma escolha, na maioria dos contextos, e os adultos podem revisar seus planos à medida que aprendem em primeira mão sobre como é ser pai ou mãe (MARGOLIS e MYRSKYLÄ, 2015).

A privação do sono e a depressão, citadas acima, merecem atenção da equipe de saúde que atende essa família, através de acompanhamento psicológico e orientações sobre o sono do bebê e amamentação. Uma melhora na qualidade de vida da família, nesse momento temporário de crise, pode prevenir demais agravos à saúde.

Contrapondo essa realidade, em Uganda, na África, a taxa de fertilidade é mais de seis filhos por mulher, mesmo com a instituição de Programas de Planejamento Familiar há 20 anos. Esse país é o penúltimo no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano. Estudo em 18 aldeias rurais ugandesas buscou examinar o que influencia essa alta paridade. Como resultados, apareceram a necessidade da manutenção da linhagem familiar para a continuidade da existência do clã, também em substituição dos filhos mortos, dada a elevada mortalidade infantil no país. As religiões locais (islamismo e o catolicismo) pregam que é abominável interferir na vontade de Deus e somente Ele deve ser responsável por limitar os nascimentos. Nessas comunidades é comum o uso de simpatias para evitar a gravidez e mitos relacionados ao uso de métodos contraceptivos, como infertilidade, câncer e malformações fetais (KABAGENYI et al., 2016). Nesse contexto de restrição religiosa visualiza-se o trabalho da enfermagem com a orientação do cuidado à saúde das crianças, a desmistificação de crenças sobre os métodos contraceptivos, a orientação do espaçamento das gravidezes através da amamentação prolongada ou uso de métodos naturais de contracepção.

Nessas culturas espera-se o nascimento do filho homem e há uma valorização dos casais que têm gêmeos. Há uma crença de que quando uma mãe tem partos com gêmeos, eles não devem parar em gêmeos, devem gerar posteriormente outro filho. Além disso, ocorre também a competição entre as esposas em uma união poligâmica. A mulher mais amada é a que tem mais filhos que a outra. Quando uma mulher não tem a quantidade de filhos que o homem deseja, ela pode ser expulsa do lar conjugal, pois foi pago um preço pela noiva e ela deve produzir crianças. O medo da violência doméstica

ou de serem perseguidas socialmente por ter poucos filhos, leva as mulheres a alta paridade. Muitas são espancadas pela esterilidade, atraso em conceber e uso de contraceptivos. Além disso, o uso dos métodos está culturalmente associado á ideia de que esta mulher é adúltera ou prostituta (KABAGENYI et. al., 2016).

Nessa realidade as mulheres arriscam suas vidas com o curto intervalo interpartal a preço de competirem umas com as outras. Corresponder a expectativa dos homens vale mais que a própria vida. A mulher é comprada assim como o gado e possui um valor mensurável que pode ser cobrado em filhos. A perseguição social por ter poucos filhos mostra a construção da imagem da feminilidade do local. É a total perda de direito ao próprio corpo, sendo proibidas de usar contraceptivos. O seu uso pode indicar que ela tem múltiplos parceiros e está evitando engravidar por não conseguir identificar o progenitor. Assim, instituiu-se uma cultura machista e misógina onde pouco importa a vida e o desejo das mulheres.

Existem casais que são acumuladores de crianças: a substituição é a resposta à *experiência* de uma morte infantil, enquanto a acumulação é a resposta à *expectativa* de mortalidade infantil. No ambiente de alta mortalidade do passado, os investimentos na educação de crianças tiveram baixo retorno, pois havia um alto risco de que a criança não sobrevivesse. Os pais, portanto, não queriam gastar recursos na educação de crianças que correm alto risco de morte prematura e, portanto, podem não se beneficiar dessa educação. Com pouco incentivo para o futuro incerto de seus filhos, os pais, em vez disso, esperavam maximizar a contribuição das crianças para a casa, aumentando a quantidade (ROSER, 2018).

Um estudo transversal com 136 mulheres múltíparas no país africano de Gâmbia trouxe os motivos mais comuns apontados para a gravidez: o desejo de mais filhos, superação da morte de outro filho ou a gravidez como um acidente. Tradicionalmente, a Gâmbia é, em grande parte, uma sociedade agrária que pratica a agricultura de subsistência. Portanto, ter uma família grande ajuda no trabalho agrícola. Dessas mulheres, 80% tinham conhecimento dos métodos contraceptivos, no entanto, muitas não usavam nenhum desses recursos pela preocupação com os efeitos colaterais. Também é pertinente notar que mais de 45% acreditavam que o uso de contraceptivos era contra o dogma religioso (o islamismo é a religião predominante no país) e 37% achavam que o uso de contraceptivos levaria a doenças graves (IDOKO, NKENG e ANYAWU, 2016).

O Sudão do Sul, país africano que sofre com a guerra há quase 50 anos, tem uma das maiores taxas de mortalidade materna e as menores taxas de utilização de anticoncepcionais no mundo. Lá existe uma enorme pressão social sobre os casais para terem filhos, pois o casamento é considerado incompleto até que uma criança tenha nascido e o marido pode deixar sua esposa caso ela seja infértil. Uma mulher que não concebe é considerada vergonhosa. Entretanto, os maridos preocupam-se em procurar tratamento para fertilidade ou aderir a poliginia (tipo de poligamia onde o homem é casado com várias mulheres) se não conseguirem ter filhos com a primeira esposa, para levar adiante o nome da família e fortalecer a proteção do território durante a guerra. Nesse modelo, as mulheres moram em cabanas separadas e se revezam no preparo do alimento. Elas devem respeitar umas às outras, caso contrário, o marido as espancará. No que tange ao cuidado à mulher, os maridos se preocupam em levá-las ao hospital, quando doentes, e acreditam que descanso, relaxamento e conforto fazem com que as mulheres tenham mais filhos (ELMUSHARAF, BYRNE e O'DONOVAN, 2017).

O parto é considerado um retorno sobre o investimento do dote pago no casamento e o nascimento é celebrado com festa e presentes à família. A comunidade enfrenta e resolve problemas juntos, pois o tamanho da família é fortalecido pela presença de múltiplas redes sociais de apoio (amigos, vizinhos, chefes de tribos e comerciantes locais). Outro motivo para a alta fecundidade é a compensação pela incerteza do número de crianças que sobrevivem até a idade adulta (ELMUSHARAF, BYRNE e O'DONOVAN, 2017).

Com um índice total de fertilidade de 6,7 filhos por mulher, taxa de mortalidade materna mais alta do mundo, violência sexual e de gênero e a menor taxa de prevalência contraceptiva no mundo, os índices de saúde da mulher na Somália são alarmantes. Pesquisa com 21 mulheres em grupos focais mostrou que essas não conseguem espaçar as gestações com o aleitamento, pois desmamam os filhos cedo para trabalhar e assim engravidam novamente. Realizam abortos às escondidas, pois muitas precisam da aprovação do marido para adotar um método de contracepção. Para os homens, ter um grande número de crianças é geralmente visto como uma fonte de prosperidade sociocultural e eles esperam que suas mulheres deem à luz todos os anos. As esposas temem que eles se casem com outra mulher, então cumprem o esperado. Quanto à religiosidade, no Islã sunita só não é permitido aos casais o uso de métodos permanentes de contracepção, como laqueadura e vasectomia (GURE, YUSUF e FOSTER, 2015).

Na Etiópia, segundo país mais populoso da África e onde a idade média para um primeiro casamento e primeiro parto é de 16 anos e 19 anos, um estudo com 602 mulheres mostrou que apenas seis em dez realizam planejamento familiar. Setenta por cento das mulheres acreditam que ter vários filhos compensa a alta mortalidade infantil e 62% acreditam que ter mais filhos melhora a renda familiar. Além disso, 56,4% considera que o uso de contraceptivos pode causar infertilidade. Mais da metade das entrevistadas acredita que é um pecado usar contraceptivos de acordo com sua fé religiosa. Quase dois terços das participantes pensam que as mulheres que usam métodos contraceptivos podem ser abandonadas por seus maridos ou ter conflito com os mesmos. Um número significativo (71,4%) das participantes acredita que o parceiro deve aprovar o uso do contraceptivo. As pessoas que não o utilizam referem não ter interesse em usá-lo no futuro. Geralmente, as mulheres mais jovens tem maior probabilidade de usar contraceptivos e metade delas utiliza sem consultar seus maridos. O estudo foi realizado em uma comunidade rural de mulheres casadas e muçulmanas e 90% eram incapazes de ler e escrever (ALEMAYEHU et al., 2016).

A Taxa de Fecundidade Total (TFT) é um dos principais indicadores de saúde para entender o crescimento e a estabilidade da população. A taxa de fecundidade influencia diretamente a saúde materna, o status socioeconômico da sociedade e, em geral, da economia de uma nação. Na Índia, o analfabetismo feminino, a taxa de mortalidade infantil, o registro de cuidados pré-natais, o tamanho da família, a idade mediana da mulher ao nascimento dos filhos, explicam 70% da TFT do país (KUMAR et al, 2017).

Contrastando com essa realidade, em países desenvolvidos como a Suécia, o controle da fertilidade já pode ser realizado por meio de aplicativos de celulares. Estudo com 1.233 mulheres férteis, que usam o aplicativo de celular mostrou grande eficácia e taxa de gravidez de 7,5% ao ano. O aplicativo parece melhorar a eficácia dos métodos baseados na percepção da fertilidade e pode ser usado para prevenir a gravidez se os casais se protegerem nos dias férteis. Os usuários são lembrados, através do aplicativo, que existe risco de gravidez nos dias vermelhos e assim eles usam outros métodos contraceptivos combinados, como preservativo, abstinência ou coito interrompido (SCHERWITZL et al., 2016).

Em Ruanda, casais que discordam sobre o número desejado de filhos têm mais filhos do que casais que concordam. Uma explicação simples para esse fenômeno é que, nesses casos, um parceiro está pressionando o outro para ter mais filhos. A pesquisa

sobre o envolvimento dos homens em programas de saúde sexual e reprodutiva em todo o mundo revela grandes *déficits* nos programas de saúde reprodutiva para educar e envolver os homens nos diálogos de planejamento familiar (NDAHINDWA et al., 2014).

Nesse mesmo país, ter muitos filhos é um símbolo de status e segurança devido à alta mortalidade infantil e também ao histórico de genocídio em 1994. Lá são valorizadas as famílias grandes e a alta paridade. Embora os serviços de planejamento familiar estejam amplamente disponíveis nos centros de saúde, as mulheres enfrentam barreiras de acesso a serviços e queixam-se dos efeitos colaterais dos contraceptivos. Para muitas ruandenses, ao usar contraceptivo elas podem não parecer sexualmente desejáveis para seus maridos. Há também o mito de que o uso de contracepção pode causar câncer (FARMER et al., 2015). A influência cultural é tão grande que pode inclusive afetar a libido dos homens em relação às mulheres, tornando-as menos desejáveis caso não gerem filhos. Suas escolhas são influenciadas pelas crenças individuais e sociais, como a de que o número de filhos representa fertilidade e potência feminina ou masculina.

Além das barreiras legais em todo o mundo, como proibição das mulheres acessarem serviços de planejamento familiar sem o consentimento dos maridos, casamento infantil, criminalização da homossexualidade e proibição de menores para acessarem serviços de saúde sexual, os desafios podem vir na forma de uma insuficiente educação em sexualidade nas escolas ou nas atitudes e crenças dos profissionais sobre a adequação do cuidado no contexto da idade ou do estado civil (UNFPA, 2019).

Na Conferência Mundial de População de 1974, alguns países acreditavam que uma população maior significava mais trabalhadores e, portanto, geração de mais riqueza. Outros acreditavam que mais trabalhadores melhorariam as condições apenas se o mercado gerasse empregos suficientes. Como as taxas de crescimento populacional frequentemente excediam as taxas de crescimento econômico, a diferença levaria a subempregos ou desemprego, com turbulência social como resultado (UNFPA, 2019).

Felizmente, no relatório internacional, “FP2020: Catalisando a Colaboração”, foi lançado na Conferência Internacional sobre Planejamento Familiar em Ruanda, 2018, e revelou que mais mulheres e meninas estão fazendo a escolha voluntária pelo planejamento familiar nos 69 países de baixa renda do mundo, crescendo para 46 milhões de usuários adicionais do que existia em 2012 (o

ano de lançamento do FP2020) - um aumento 30% maior em julho de 2018 (FP2020, 2018).

3.2 A POLÍTICA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

A Constituição Federal de 1988 elenca no rol dos direitos sociais – que são parte dos direitos e garantias fundamentais de todo cidadão e cidadã brasileira – a proteção social à maternidade. A atenção em saúde sexual e reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica à Saúde. Deve ser ofertada observando-se como princípio o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2010).

Desenvolver ações nessa direção não é uma tarefa simples, tendo em vista a alta complexidade que envolve o cuidado dos indivíduos e famílias inseridos em contextos diversos, onde é imprescindível realizar abordagens que considerem os aspectos ambientais como condicionantes e/ou determinantes da situação de saúde e da fecundidade feminina. Isso exige uma demanda de qualificação profissional, com enfoque para além do indivíduo, considerando, também, a família e a comunidade. As famílias vêm assumindo diferentes formações, não sendo apenas a de grupo nuclear específico, formado por pai, mãe e filhos. Além disso, é importante compreender a família também como um espaço emocional e social.

A Lei Federal nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, regulamenta o parágrafo 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do Planejamento Familiar, define a responsabilidade do Estado sobre essa questão e o dever desse Estado de proporcionar condições para que homens e mulheres tenham acesso a informações, meios, métodos e técnicas para a regulação da fecundidade. Tal conquista se mantém na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) como ação para reduzir a mortalidade materna e perinatal por causas evitáveis, além de fomentar a implementação de ações que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva definiu que toda pessoa tem direito de decidir, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filhos, quantos filhos deseja ter e em que momento de sua vida; o direito ao acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não filhos; o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. Tais direitos devem ser garantidos pelo estado (BRASIL, 2010). A enfermagem tem um papel fundamental no

exercício desses direitos, pois atua nos programas de planejamento familiar, orientando as famílias sobre o tema.

Em 22 de março de 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos. Entre as diretrizes e ações propostas por essa política estão: a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS, incentivo à implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para usuários (as) da rede SUS; capacitação dos profissionais da Atenção Básica em saúde sexual e saúde reprodutiva; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura tubária e vasectomia) no SUS; implantação e implementação de redes integradas para atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento, entre outras ações (BRASIL, 2005).

A implementação das diretrizes preconizadas pela Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos tem sido demanda crescente da sociedade. Diante dessas conquistas legais e políticas, os profissionais de saúde têm papel fundamental no sentido de conhecê-las e torná-las uma realidade no planejamento e na prática de atenção à saúde.

A OPAS estima que a taxa de fecundidade total na América Latina é de dois filhos por mulher, sendo de 1,7 no Brasil. Contudo, alerta que as iniquidades relativas às desigualdades socioeconômicas e à oferta de métodos contraceptivos são ainda preocupantes e devem ser identificadas e consideradas na elaboração de políticas sociais e de saúde em cada país (OPAS, 2017).

Em relação à saúde da mulher no Brasil torna-se relevante refletir acerca da efetividade dos programas de planejamento familiar nas unidades básicas de saúde (UBS). Uma das prioridades da agenda nacional de pesquisa em saúde no Brasil é a realização de pesquisas que avaliem as políticas, programas e serviços em saúde reprodutiva e o impacto do uso de tecnologias contraceptivas e conceptivas nas mulheres.

Com vistas a conhecer a realidade das mulheres brasileiras e como os programas de planejamento familiar estão agindo, captaram-se textos publicados entre 2010 e 2016 nas bases de dados MEDLINE, SCIELO e LILACS com o uso de descritores “planejamento familiar” e “enfermagem” disponíveis no idioma português e

na íntegra online. Os textos, abaixo apresentados, tratam da experiência do programa nacional de planejamento familiar em UBS brasileiras.

Em estudo descritivo-quantitativo que objetivou verificar o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres residentes em uma comunidade rural do Ceará quanto a métodos contraceptivos, foi verificado que 28% utilizavam algum método de maneira inadequada. As principais fontes de orientação foram o profissional de saúde e amigos. As características culturais, sócio-demográficas e as circunstâncias vivenciadas influenciaram no conhecimento, atitude e uso de métodos contraceptivos e, conseqüentemente, na sua história reprodutiva (NICOLAU et al., 2012).

Em outro estudo onde foi identificada a assistência oferecida pelos profissionais de saúde que atuam em planejamento familiar de uma UBS da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Ribeirão Preto/SP, os resultados revelaram que a maioria dos profissionais não recebeu capacitação em planejamento familiar. A informação sobre os métodos anticoncepcionais é transmitida de forma individual aos usuários do serviço, tendo como público-alvo as mulheres. Para os autores, os achados apontam que a assistência em planejamento familiar necessita de adequações, não só para assegurar a qualidade do serviço prestado, como também para assegurar direitos sexuais e reprodutivos (PIERRE e CLAPIS, 2010).

Uma readequação do modelo de assistência ao planejamento familiar de uma UBS de um município do Ceará foi necessária após avaliação do programa. Para tanto, foram entregues convites a mulheres em idade reprodutiva para que essas se fizessem presentes no novo modelo de planejamento familiar da Unidade. Assim, foi iniciada uma abordagem grupal acerca do planejamento familiar, com introdução de orientações acerca dos métodos contraceptivos e de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Após, houve um atendimento individual para o repasse de informações sigilosas e a prescrição do método de acordo com o consenso entre o usuário e a enfermeira. Assim, os autores verificaram o estreitamento no vínculo enfermeiro-cliente, além dos benefícios para a própria Unidade, visto que os atendimentos passaram a ser mais eficazes. Os processos de educação em saúde são dinâmicos e readequações são válidas, considerando-se as necessidades dos usuários (SANTOS et al., 2016).

No entanto, em alguns municípios brasileiros verificam-se dificuldades para a efetiva implementação do planejamento familiar, sendo as mais importantes: a oferta limitada de métodos contraceptivos, falta de consciência multiprofissional e influência do poder médico, seguidas pelo espaço físico inadequado, falta de capacitação

profissional e dificuldade da mulher assimilar/seguir orientações. Nessa UBS foi observado que o método mais utilizado era o hormônio injetável, devido ao esquecimento das mulheres ao usar pílula oral, má estética da camisinha feminina e não uso da masculina pelos parceiros (SANTOS et. al., 2016).

Tais achados ratificam a importância do fortalecimento de estratégias em planejamento familiar nas comunidades para que haja uma escolha contraceptiva adequada e consciente dos aspectos envolvidos em suas decisões acerca deste assunto. Trata-se de uma população carente de assistência em planejamento familiar que traga não somente a solução dos problemas relativos ao controle da prole, mas que enfatize a adoção de atitudes saudáveis para a garantia de uma vida sexual segura.

O processo de escolha informada na regulação da fecundidade baseia-se nos princípios de proporcionar bem estar às pessoas, quanto à sua autonomia, expectativas, necessidades e poder de decisão, enfocando especialmente os direitos sexuais e reprodutivos, na qualidade de direitos humanos individuais. Assim, existem inúmeros fatores que influenciam a decisão pela multiparidade.

Apesar da indicação de que a multiparidade traz repercussões negativas para a saúde da mulher, sabe-se que vários fatores influenciam nesta decisão. Entre eles, discute-se o contexto sociocultural, econômico, biológico e de gênero, nos quais essas mulheres estão inseridas. Ao se colocar a mulher no centro do fenômeno, é possível interligar os fatores ambientais desse processo e entender a responsabilidade dela nessa tomada de decisão acerca da sua fertilidade.

Mesmo em comunidades que possuem programas de planejamento familiar, os estudos relatados acima mostraram ainda altos índices de gravidez indesejada, uso incorreto de contraceptivos e falta de capacitação dos enfermeiros. Apenas no estudo citado acima houve um relato publicado de sucesso, apresentando uma readequação do modelo de abordagem utilizada, passando de apenas orientações breves e entrega de contraceptivos para ações em grupo e consulta de enfermagem. Essa abordagem mostrou melhores resultados e ainda poderia ser aliada a estudos que mostrem a motivação das mulheres para engravidar ou para construir uma família múltipara.

No âmbito das publicações sobre o tema na área da saúde, existem inúmeros estudos sobre contracepção, já que o início da política data dos anos 80 (ALMEIDA, 1985; PIERRE e CLAPIS, 2010; COELHO et al., 2012; NICOLAU et al., 2012 AMÉRICO et al., 2013; MOURA e GOMES, 2014). Porém, nenhum estudo avalia as estratégias utilizadas para mobilizar a população, a efetividade da política e a

capacitação de enfermeiros, detendo-se apenas a mostrar relatos de experiência, tipo de métodos contraceptivos utilizados e número de gravidez indesejada nas comunidades.

Os serviços de planejamento familiar tradicionais atuam em função da vida reprodutiva apontando, principalmente, a mulher como responsável pela determinação do número de filhos que o casal terá. O foco do planejamento familiar ocorre, normal e geralmente, após o primeiro filho. Outra fragilidade dos programas de planejamento familiar é a falta de adequação às características individuais e familiares dos envolvidos, pois os valores, as características de personalidade, a história de vida das famílias são elementos que interferem diretamente na estrutura familiar que está sendo formada. Desconsiderar isso é adotar um modelo verticalizado de planejamento familiar, de modo que os envolvidos sejam passivos no processo (SANTOS e FREITAS, 2011).

Os indicativos socioeconômicos destacam a importância de se considerarem tais variáveis nos trabalhos voltados para as famílias, pois as políticas públicas destinadas ao planejamento familiar não destacam as diferenças socioeconômicas e geográficas, o que torna o modelo frágil. O contexto social, econômico e político, com seu impacto sobre as famílias nas diferentes fases do ciclo de vida, não pode ser ignorado. Os modelos de planejamento familiar típicos deixam de considerar os efeitos significativos da etnicidade, da religião, das classes sociais, em todos os aspectos, incluindo a maneira que uma família faz suas transições de uma fase para outra. As famílias possuem rituais, valores e uma dinâmica sistêmica que interferem na sua decisão pelo número de filhos (SANTOS e FREITAS, 2011).

O enfermeiro é habilitado para inserção do DIU, conforme parecer 17/2010 do COFEN onde refere que o enfermeiro está apto a realizar consulta clínica, prescrever e inserir o DIU, como ações intraconsulta (COFEN, 2010). Ações locais no hospital universitário onde se realizou parte desse estudo estão sendo realizadas, com vistas a capacitar profissionais para inserção do DIU, em mulheres no pós-parto e no programa de planejamento familiar.

3.3 O PAPEL DA ENFERMAGEM FRENTE À MULTIPARIDADE

A enfermagem atua diretamente na implementação das políticas públicas de planejamento familiar, sendo o profissional que realiza o acompanhamento do uso de contraceptivos, além da distribuição, aconselhamento e realização de grupos. Construir um conceito mais ampliado em planejamento familiar pode capacitar o enfermeiro para formar estratégias de conscientização da população usuária dos serviços de saúde, evitando a gravidez indesejada e suas consequências para a qualidade de vida da família.

Qualidade de vida é um conceito inclusivo, que se faz sentir de forma complexa na saúde física dos indivíduos, seus estados psicológicos, suas crenças pessoais, suas relações sociais e seus componentes do ambiente. É imprescindível ir além da visão clássica de avaliar a doença (doença/saúde) e abraçar uma visão mais ampla dos fatores que interagem com a saúde e constituem o bem-estar (FORGET e LEBEL 2001).

A multiparidade não é um fenômeno que ocorre unidirecionalmente, mas sim com a associação de múltiplos fatores ambientais discutidos ao longo do texto. Nessa perspectiva, chama-se a atenção para o fato de os elementos que compõem determinado espaço/ambiente se inter-relacionam, exercem interações e influenciam-se mutuamente sendo capazes de transformá-lo.

Nesse sentido, o cuidado socioambiental de enfermagem à mulher múltipara suscita a promoção de um ambiente que atenda suas necessidades, respeitando sua decisão pela multiparidade. É importante que a enfermagem implemente estratégias de cuidado criando um ambiente propício à promoção da saúde dessa mulher e da criança. Novas pesquisas acerca da temática são necessárias a fim de sanar lacunas do conhecimento acerca das causas da multiparidade, tendo em vista tratar-se de um risco obstétrico evitável por meio do planejamento familiar.

Os indivíduos exercem certo controle sobre sua saúde, na medida em que escolhem hábitos capazes de influenciar na sua qualidade de vida. Os pressupostos do presente estudo partem de que existe uma escolha consciente no planejamento familiar das famílias, onde as mulheres assumem um controle ativo no aumento do número de filhos.

Essas escolhas são influenciadas pelas crenças individuais e sociais, como a de que o número de filhos representa fertilidade e potência feminina ou masculina. Essa

construção social é levada em consideração na tomada de decisão do planejamento familiar. Aliado a esses fatores existe a necessidade da maioria das mulheres em vivenciar a maternidade, revelando, em seu estado psicológico, as carências afetivas e/ou cumprimento de uma função social esperada.

Assim, torna-se importante entender, por meio da mulher/família, quais as implicações culturais que afetam o planejamento familiar, considerando os pontos de vista e os conhecimentos que vêm sendo elaborados no decorrer da existência sobre a questão do planejamento familiar. Segundo Cortez e Zagonel (2011) para cuidar da saúde de forma holística, é fundamental considerar além dos conceitos de prevenção, diagnóstico e tratamento, também o contexto cultural, os valores, crenças e rituais e, sobretudo, o modo de vida da mulher e sua família, principalmente ao tratar da decisão do tema de planejamento familiar.

A partir desse entendimento, percebe-se como é importante o pensamento sistêmico no contexto da saúde/enfermagem. Essa abordagem apresenta um novo padrão de conhecimento que permite refletir sobre as preocupações desse paradigma na tentativa de entender as dimensões dos elementos que constituem os processos nos espaços/territórios/ambientes, e como eles interferem nos demais (FORGET e LEBEL, 2001).

No que diz respeito à multiparidade, a promoção e a prevenção em saúde sexual e reprodutiva têm sido um dos eixos prioritários das políticas voltadas para a gestação e o parto. No histórico de implementação dessas políticas, é preciso que os profissionais de enfermagem, na perspectiva holística e ambientalista, evitem um enfoque excessivamente centrado na prevenção da gravidez, considerando-a não desejada, não planejada ou precoce. É preciso que busquem centrar seu cuidado em aspectos mais abrangentes do direito à atenção integral à saúde sexual e reprodutiva, entendendo que é um direito da mulher decidir o número de filhos que deseja ter (SOARES, TAVARES e SCHOR, 2008).

O conhecimento da regulação da fecundidade das mulheres permite ao enfermeiro que atua em programas de planejamento familiar direcionar suas ações para uma intervenção de enfermagem mais efetiva. Conforme mostrado ao longo do texto, apesar da política de planejamento familiar ter sido instituída nos anos 80, ainda se mostra ineficaz, uma vez que os programas de contracepção utilizam abordagens superficiais sobre a sexualidade dos indivíduos.

3.4 A INFLUÊNCIA DO GÊNERO NAS PRÁTICAS REPRODUTIVAS

Os papéis de gênero e das redes de apoio social exercem influência no planejamento familiar. Segundo estudo de Farmer et al. (2015), cônjuges, amigos e pais quando não apoiam, fazem com que muitas mulheres se participem secretamente dos programas de planejamento familiar. Esse estudo constatou existirem regras informais em alguns centros de saúde de Ruanda, onde exigem que as mulheres estejam acompanhadas por seus parceiros. Segundo os autores, estado civil e idade são fatores importantes no acesso à contracepção, pois mulheres solteiras e jovens frequentemente enfrentam alguns estigmas ao acessar serviços de planejamento familiar e, raramente, utilizam os serviços do centro de saúde pelo medo de julgamento, mais especificamente, pelo medo de serem rotuladas como prostitutas.

Nessas sociedades patriarcais, com alto índice de violência de gênero, é fundamental envolver os homens em campanhas de conscientização sobre questões como contracepção e risco de morte materna. As organizações comunitárias juntamente com as equipes de saúde podem integrar informações sobre estratégias de espaçamento de nascimentos e cuidado à saúde e respeito às mulheres. Assim, evidencia-se que os parceiros do sexo masculino exercem, frequentemente, controle sobre as escolhas reprodutivas das mulheres e seus corpos.

Segundo Casarin e Siqueira (2014), no que tange ao planejamento familiar e aos direitos reprodutivos e sexuais, é necessário superar a responsabilidade quase que exclusiva das mulheres pelas práticas contraceptivas. Deve ser assegurado aos homens o direito de participação na regulação da fecundidade e na reprodução. Dessa forma, fica evidenciada a desigualdade quanto à responsabilidade do homem e da mulher na regulação da fecundidade, constatando o pouco interesse e engajamento masculino no planejamento familiar. Nesse contexto, é importante a capacitação e incentivo para mudança de paradigmas de profissionais que lidem diretamente com o planejamento familiar para sensibilizar a população masculina a participar de forma mais direta no planejamento das famílias, de modo a minimizar as dificuldades relacionadas às questões de gênero e envidar esforços na elaboração de um programa efetivo (CASARIN e SIQUEIRA, 2014).

A baixa fecundidade em países desenvolvidos amenizou a mortalidade infantil e aumentou a inclusão de mulheres no mercado de trabalho. Porém, justificativas como o alto custo para o sustento de uma criança e a sobrecarga de tarefas no lar para as

mulheres ainda estão presentes em diversos estudos (STEFANELLI et al., 2016). A igualdade entre os gêneros e a melhor distribuição de tarefas do lar e cuidados com a criança pode também contribuir para o aumento da fecundidade. Esse estudo mostrou que o aumento do número de filhos é um desejo prioritariamente masculino.

Moya, Snopkowski e Sear (2016), em revisão bibliográfica, mostram que nos cinco continentes, existe uma preferência universal masculina para uma maior fertilidade. A redução da autonomia reprodutiva das mulheres por patrilocalidade (viver com os sogros), poligamia e normas patriarcais estão associadas a maior fertilidade. Os pesquisadores observaram que as mulheres que vivem patrilocalmente e influenciadas por exigências de maior fecundidade pelos sogros, geralmente têm maior número de filhos. O estudo mostra a preferência dos homens por intervalos de nascimento mais curtos, enquanto que mulheres preferem intervalos mais longos.

São necessários programas que assegurem não apenas o acesso ao planejamento familiar, mas uma abordagem mais holística da saúde reprodutiva das mulheres, incluindo atenção integral às questões mais amplas de sexualidade e relações de gênero. Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – CIPD, em 1994, foram destacados como elementos fundamentais da política de população e desenvolvimento: o empoderamento das mulheres e a igualdade de gênero. Porém, múltiplas forças sociais, institucionais, políticas, geográficas e econômicas estão em jogo. As desigualdades em saúde sexual e reprodutiva são profundamente afetadas pela desigualdade de renda, pela qualidade e alcance dos sistemas de saúde, das leis e das políticas, pelas normas sociais e culturais e pela exposição das pessoas à educação sexual (UNFPA, 2019).

Na sociedade primitiva, as relações entre os grupos eram de solidariedade e partilha, mas com a sociedade de caça e o surgimento da propriedade, instauraram-se as primeiras relações de violência: os mais fortes começam a ter privilégios e o masculino passa a ser o gênero predominante. A mulher, então, vem a ser propriedade, dentro dos muros, e a humanidade muda da consciência de solidariedade à consciência da competição (BOFF, 2002).

Segundo Pinto et al. (2011), a subordinação da mulher na sociedade brasileira está presente em todos os extratos sociais, notadamente entre as mulheres em situação de vulnerabilidade social, tendo seus direitos cotidianamente desrespeitados. A vulnerabilidade à pobreza não se limita a considerar apenas a privação de renda, mas

também a dinâmica da vida familiar, o acesso a serviços públicos, a possibilidade de obter trabalho com qualidade e remuneração adequada. Ainda hoje, o temor em perder o homem para uma segunda esposa, a construção cultural da dependência emocional e financeira consolidam uma sociedade patriarcal e altamente letal para o gênero feminino.

4. MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

“Uma mulher que não tem medo dos homens amedronta-os.” (BEAUVOIR, 2016, v. 2, p. 513)

O termo feminismo foi originado pelo socialista utópico Charles Fourier e usado pela primeira vez, em inglês, na década de 1890, época em que as mulheres americanas tinham acesso limitado à educação, raramente trabalhavam fora de casa, tinham mínima oportunidade de escolher ter ou não crianças e ainda não podiam votar. Até o século 20, a contracepção era ilegal, mas graças ao líder do "movimento pureza," Anthony Comstock, os EUA aprovaram a pílula anticoncepcional em 1960 (LEMAIRE, 2015).

A somatória e a interação entre os diferentes aspectos da mulher é o que vai determinar o grau de aceitação social da sua maternidade. Quanto maior o número de aspectos ditos negativos, acerca da maternidade, presentes na mulher ou no casal, ao exercitarem maternidade e/ou a reprodução e cuidado com os filhos, mais próximos estarão da base da pirâmide hierárquica e, ainda, menor será o exercício de direitos humanos. O mesmo vale no sentido oposto: quanto maior o número de aspectos vistos como ‘positivos’ acerca da maternidade que uma mulher e/ou casal tenha, mais valorizada será a maternidade e/ou a reprodução como também o cuidado com os filhos e um maior exercício dos direitos humanos (MATTAR e DINIZ, 2012).

Dessa forma, para os autores referenciados acima, existem maternidades mais prestigiadas e respeitadas que outras ilegítimas, subalternas ou marginais. Essas últimas são fontes de preconceito, discriminação e violação a direitos. Esta hierarquia está fortemente vinculada à hierarquia das práticas sexuais, porém a extrapola em sinergias perversas com outras formas de opressão e discriminação (MATTAR e DINIZ, 2012). Complementando essa ideia, pode-se entender que a maternidade da mulher branca, casada e heterossexual seria mais valorizada socialmente e gozaria de mais direitos humanos e de apoio à saúde do que a maternidade de uma mãe negra, solteira, múltipara e à margem da sociedade.

Historiadores feministas têm desnaturalizado o conceito de maternidade. Retratam o cuidado infantil ao longo dos tempos, quando, não necessariamente, envolvia as mães biológicas: amas de leite entre burgueses, filhos mais velhos cuidando de seus irmãos mais novos e entre mulheres trabalhadoras pobres. Esse cenário evoluiu na modernidade tardia (com a ascensão da família patriarcal burguesa) para mães biológicas que passam a ter um papel importante na criação de seus filhos. Dessa forma,

se naturalizou os laços emocionais e físicos entre as crianças e suas mães biológicas, introduzindo, assim, a ideia de amor materno. É no contexto pós-segunda guerra mundial, com a crescente influência dos discursos psicanalíticos, que o papel materno se torna central no desenvolvimento infantil saudável: proximidade e exclusividade da díade mãe-bebê se tornam elementos cruciais de uma “boa” maternidade. Discursos de médicos e psicólogos contribuíram para essas modificações no papel da “boa mãe” (CARPENEDO e NARDI, 2017).

Esses parâmetros de maternidade ideal formaram processos sóciohistóricos de hierarquias de maternidade e essas normas impactam fortemente os modos pelos quais essas mulheres se reconhecem como mães. Levando em consideração essa conjuntura, é importante notar que a proliferação de tais discursos passa a conferir lugar de desvio, anormalidade e/ou estigma a certas modalidades de maternidade, como no caso da multiparidade. Leituras feministas pós-coloniais apontam que esses discursos tiveram um impacto especial em mães pobres as quais sempre tiveram que trabalhar para sustentar suas famílias. Mães solteiras, negras e indígenas mostram modelos de maternidade que baseados na ideologia burguesa e branca, conferiram, muitas vezes, a essas mulheres um status de “mães de segunda categoria” (CARPENEDO e NARDI, 2017).

A experiência da reprodução é mediada por relações de poder. A sexualidade e a reprodução podem ser vividas com maior ou menor suporte social, podendo ser tanto uma expressão de empoderamento e realização, como de impotência e humilhação. É possível concluir que quanto menos as mulheres exercitarem seus direitos humanos em geral, em piores condições vivenciam o exercício da maternidade ou arcam com as consequências da falta de respaldo do Estado e da sociedade. Por esse motivo, o debate dentro do feminismo sobre a amplitude dos direitos reprodutivos e a sua relação com os direitos sexuais é um tema urgente (MATTAR e DINIZ, 2012).

Com a evolução científica, surgem as tecnologias reprodutivas (contraceptivas e conceptivas) que possibilitam às mulheres romperem com o destino inevitável que a maternidade lhes designava e, assim, abrirem espaço para discussão da real função da mulher enquanto mãe. Segundo Scavone (2001), entre o modelo reduzido de maternidade com uma variedade crescente de tipos de mães (mães donas de casa, mães chefes-de-família, mães “produção independente”, casais “igualitários”) e as diversas soluções encontradas para os cuidados das crianças (escolas com tempo integral, creches públicas, babás, escolinhas especializadas, vizinhas que dão uma olhadinha,

crianças entregues a seus próprios cuidados, avós solícitos), a maternidade foi se transformando, juntamente com essa evolução tecnológica e também função da mulher como principal procriadora.

O presente estudo terá como marco teórico de referência a corrente filosófica existencialista na qual faz parte a filósofa Simone de Beauvoir. Simone Lucie Ernestine Marie Bertrand de Beauvoir nasceu em Paris, em 9 de janeiro de 1908 em uma família tipicamente patriarcal burguesa. Seu pai, Georges Bertrand de Beauvoir, era advogado e foi quem influenciou Beauvoir a ser escritora. Sua mãe, Françoise Brasseur, era dona de casa e foi responsável pela sua formação católica. Estudou desde a infância em um colégio religioso e aos dezesseis anos foi para o colégio Saint-Marie cursar latim, literatura e matemática (FONSECA, 2004).

Em 1929 concluiu o curso de Filosofia na Universidade de Sorbonne, onde entrou em contato com outros jovens intelectuais como René Maheu e Jean-Paul Sartre. Em 1931, com 23 anos, foi nomeada professora de Filosofia na Universidade de Marseille. Escreveu 15 livros e o principal deles, “O segundo sexo”, de 1949, disserta sobre o feminismo, sendo o marco teórico inicial desse movimento. Recebeu o “*Highest Teaching Certificate*” em Filosofia, conferido pela Universidade de Sorbonne, em 1929. Em 1946, fundou com Sartre a influente revista *Les Temps Modernes*. Simone de Beauvoir faleceu em Paris, no dia 14 de abril de 1986, aos 78 anos (BEAUVOIR, 2016).

Simone de Beauvoir é da corrente filosófica existencialista. O pensamento existencialista defende que a existência vem antes da essência. Significa que não existe uma essência humana que determine o homem, mas que ele constitui a sua essência na sua existência. Esta construção da essência se dá a partir das escolhas feitas, visto que o homem é livre. O existencialismo iniciou com Kierkegaard (1813-1855) e se consolidou com Jean-Paul Sartre após a publicação de “O Ser e o Nada”, em 1943 (EWALD, 2008).

Beauvoir discute, no Segundo Sexo, a opressão feminina e pressupõe mudanças nas leis, instituições, costumes, opinião pública, nas condições econômicas e profissionais das mulheres. Para ela, o narcisismo da mulher pode ser uma forma de cumplicidade com a própria opressão. Assim, não tem esperança na capacidade de uma mulher individualmente vencer a opressão feminina, pois as mudanças sociais necessárias não podem ser alcançadas individualmente (CYFER, 2015). Segundo sua teoria, o meio é o fator determinante para a construção da identidade da mulher.

A mulher independente não é produto de um projeto individual e sim do conjunto de práticas culturais do mundo em que vive. Ser o segundo sexo não é apenas um efeito de construções externas das quais a mulher pode se libertar como se retirasse uma camada estranha à sua subjetividade. Ser o segundo sexo é a condição de uma subjetividade corporificada. Mas o corpo comporta a ambiguidade de estar ao mesmo tempo sujeito à natureza e à cultura (BEAUVOIR, 2016, v. 1, p. 64). O enraizamento corporal em Beauvoir é o elemento central para compreender sua tese sobre a condição feminina. Por isso, refere que “não é enquanto corpo, mas enquanto corpo submetido a tabus, a leis que o sujeito toma consciência de si mesmo e se realiza. (p.64)”.

Entre os temas discutidos no livro estão os fatos e mitos da condição da mulher e vivência da maternidade. Examina a condição feminina em todas as suas dimensões: a sexual, a psicológica, a social e a política. Para esse estudo, em especial, a ótica feminista sobre a maternidade será discutida buscando explicar o fenômeno da multiparidade.

Sua obra lançou as matrizes teóricas do feminismo contemporâneo, contestando todo determinismo biológico ou destino divino, retomando a perspectiva hegeliana, ao afirmar que “ser é tornar-se”, com o resultado em sua célebre ideia de “não se nasce mulher, mas torna-se mulher” (BEAUVOIR, 2016, p.11). Ao negar essa vocação natural da mulher, a autora apresenta a seguinte reflexão, ao iniciar seu capítulo sobre maternidade:

“É pela maternidade que a mulher realiza integralmente seu destino fisiológico; é a maternidade sua vocação ‘natural’, porquanto todo o seu organismo se acha voltado para a perpetuação da espécie. Mas já se disse que a sociedade humana nunca é abandonada à natureza. E, particularmente, há um século, mais ou menos, a função reprodutora não é mais comandada pelo simples acaso biológico: é controlada pela vontade” (BEAUVOIR, v. 2, 2016, p.279).

A diferença biológica foi um ponto de partida para os estudos feministas analisarem a maternidade, com a compreensão de que as disputas de poder não podem ser pensadas apenas pelo aspecto biológico, mas de uma perspectiva social. Afinal, o problema não está no corpo da mulher ou do homem, mas nos sentidos socialmente construídos e atribuídos a tais diferenças e a suas possibilidades e potencialidades. A maternidade foi desnaturalizada pelo feminismo e passou a ser compreendida como um papel social atribuído à mulher dentro de uma organização sexual do trabalho (TOMAZ, 2015).

A múltipara pode viver em cada gravidez uma experiência diferente, em vista do contexto histórico da época em que o filho foi concebido. Sobre esse aspecto, Beauvoir disserta no trecho a seguir:

“É preciso considerar que as decisões e os sentimentos confessados pela jovem mãe nem sempre correspondem a seus desejos profundos. A gravidez e a maternidade podem ser vividas de maneira muito diferente. Uma mãe solteira pode estar materialmente envergonhada pelo fardo que lhe é repentinamente imposto, desolar-se abertamente e, no entanto, encontrar no filho a realização de sonhos secretamente desejados. Inversamente, uma jovem recém-casada que acolhe com alegria e orgulho sua gravidez, pode receá-la em silêncio, detestá-la, através de obsessões, de alucinações, de recordações de infância que ela própria se recusa a admitir”. (BEAUVOIR, v.2, 2016, p. 290).

Algumas mulheres vivenciam nos filhos uma oportunidade de possuir, dominar e exercer autoridade, assim satisfazendo uma necessidade humana básica de poder. Para Beauvoir (v.2, 2016), “na infância e na adolescência a mulher passa por diversas fases em relação à maternidade: quando menina ela encontra na boneca o filho que virá, um objeto a possuir e dominar; quando adolescente, vê uma ameaça contra sua integridade.” Assim, a mãe pode ver no filho algo que pertence a ela, que ela mesma produziu e gerou. Esse sentimento de “ter” ou “possuir” algo pode satisfazer suas necessidades inconscientes de poder.

A aceitação ou a recusa de concepção são influenciadas pelos mesmos fatores que a gravidez em geral, pois no decorrer desta, reavivam-se os sonhos infantis do sujeito e suas angústias de adolescente. “A gravidez é vivida de maneira muito diferente segundo as relações que a mulher mantém com a mãe, com o marido e consigo mesma” (BEAUVOIR, v.2, 2016, p.292). Beauvoir traz uma análise psicanalítica da gestação e durante suas obras refere, muitas vezes, conceitos psicanalíticos de Sigmund Freud para explicar fundamentos psíquicos da formação do gênero. Assim, é importante compreender o significado de cada gestação da mulher conforme os modelos de relação que possui. Para a autora, tornando-se mãe por sua vez, a mulher toma, de certo modo, o lugar daquela que a gerou e isso representa para ela uma emancipação total. Acredita-se que essa emancipação é buscada principalmente na gestação de adolescentes ou no primogênito da múltipara.

Sobre a relação que a mulher mantém com o pai de seu filho, Beauvoir (2016) refere que “uma mulher já madura, independente, pode querer um filho que só pertença a ela” (p. 293). Porém, na maioria dos casos, a mulher tem necessidade de um apoio

masculino para aceitar suas novas responsabilidades como mãe. Sendo assim, ela só se devotará alegremente ao recém-nascido se o pai do filho se devotar a ela. Para a autora, quanto mais infantil e tímida é ela, maior será essa necessidade, pois uma mulher que tem afeição pelo marido modela seus sentimentos pelos dele, acolhe a gravidez e a maternidade com alegria ou mau humor segundo ele se sint orgulhoso ou aborrecido.

Logo, o filho é desejado, a fim de consolidar uma ligação, um casamento. O apego que lhe dedica a mãe depende do êxito ou do fracasso de seus planos. Se a mulher sente hostilidade em relação ao pai do filho, a situação é ainda diferente: pode devotar-se asperamente ao filho cuja posse nega ao pai ou, ao contrário, encarar com ódio descendente do homem detestado (BEAUVOIR, 2016).

Através de relatos ainda informais de muitas múltiparas nas maternidades dos hospitais, observa-se que as mesmas referem uma expectativa de agradar o pai do filho na sua gravidez, buscando no filho uma ligação mais concreta na sua relação afetiva. Acolhe a gestação com os mesmos sentimentos que o homem a acolheu. Assim, muito comumente, ocorre o desejo ou realização do aborto conforme as respostas emocionais do homem frente à gestação. Além disso, é possível associar os índices de depressão pós-parto com a receptividade do pai pela criança. Mulheres que possuem menor apoio masculino podem ter uma maior incidência de depressão pós-parto. O significado da gravidez pode ser descrito por Beauvoir a seguir:

“Há mulheres para quem as alegrias da gravidez e da amamentação são tão fortes que as querem repetir indefinidamente; sentem-se frustradas a partir do momento em que a criança é desmamada. Essas mulheres, que são "poedeiras" mais do que mães, procuram avidamente a possibilidade de alienar sua liberdade em proveito da carne: sua existência aparece-lhes tranquilamente justificada pela passiva fertilidade do corpo. Se a carne é pura inércia, não pode encarnar a transcendência, ainda que sob uma forma degradada; é preguiça e tédio, mas torna-se, desde que brota, raiz, fonte, flor; ela se ultrapassa, é movimento para o futuro, ao mesmo tempo que uma presença espessa. A separação que a mulher sofreu antes, no momento do desmame, é compensada. Ela é novamente mergulhada na corrente da vida, reintegrada no todo, elo na cadeia das gerações, carne que existe por e para outra carne.” (BEAUVOIR, 2016, p. 295).

Nesse trecho é possível associar o fenômeno da multiparidade com as necessidades da mulher, pois o vazio que ela sente após o desmame só é preenchido com uma sequência de múltiplos lactentes. Somente assim ela repete inúmeras vezes a sensação de estar plena e nutrindo. Essa plenitude aparece explicada pela autora como uma necessidade de estar/sentir/ser amada/abraçada/envolvida pelo parceiro. Assim ela

busca no envolvimento com o filho compensar a necessidade da presença física do homem que o gerou. Dessa forma, sente-se completa, plena e satisfeita, conforme seguimento do texto da autora:

“A fusão procurada nos braços do homem e que é recusada, logo que concedida a mãe a realiza quando sente o filho no ventre pesado ou que o aperta contra os seios túmidos. Ela não é mais um objeto submetido a um sujeito [...]; não é tampouco um sujeito angustiado por sua liberdade, é essa liberdade equívoca: a vida. O corpo é enfim dela, posto que é do filho que lhe pertence. A sociedade reconhece-lhe a posse desse corpo e ainda o reveste de um caráter sagrado. O seio, antes objeto erótico, ela o pode exhibir, é uma fonte de vida: a tal ponto que quadros piedosos nos mostram a Virgem Mãe descobrindo o peito para suplicar ao Filho que poupe a humanidade. Alienada em seu corpo e em sua dignidade social, a mãe tem a ilusão pacificante de se sentir um ser em *si*, um *valor* completo” (BEAUVOIR, 2016, p. 296).

Outro aspecto que é possível analisar no parágrafo acima é o quanto a mulher aliena sua liberdade em detrimento da maternidade ao ponto de sua existência justificar-se para a existência de outro, elucidado quando a autora traz a expressão: “carne que existe para e por outra carne”. A abdicação da liberdade e do próprio eu para viver a vida de outro, nesse caso, um ou mais filhos que requerem cuidados, mostra um perfil feminino comum a muitas mulheres e que foi socialmente construído pela sociedade patriarcal: um ser capaz de doar-se sem limites esvaziando-se de si mesma. Corroborando com essa ideia de Beauvoir (2016, v.2, p.310) diz:

“É por isso que as mulheres frias, insatisfeitas, melancólicas, que esperavam do filho uma companhia, um calor, uma excitação capaz de arrancá-las de si mesmas, ficam sempre profundamente desapontadas depois da vivência da maternidade. Como todas as etapas da vida, (a puberdade, iniciação sexual, casamento e maternidade) o fim de seu ciclo gera uma decepção melancólica nos sujeitos que esperam que um acontecimento exterior possa renovar-lhes e lhes justificar a vida”.

Simone de Beauvoir pertenceu à escola existencialista francesa e viveu utilizando as concepções e princípios dessa corrente filosófica, tanto na sua vida quanto nas suas obras. Essa escola tem alguns princípios como:

a) A existência humana é ser-no-mundo e ser-com; o existencialismo vê o ser humano individual vinculado ao mundo e aos outros seres humanos. O existencialismo é humanista, onde o ser humano está no centro e é relacional, ou seja, se faz na convivência com o outro;

- b) O ser humano é um ser único que tem liberdade, responsabilidade e enfrenta a possibilidade de fazer escolhas e as pessoas são encaradas numa estrutura existencial de vir-a-ser, por meio das escolhas que realizam; vivencia ansiedade ou medo ao assumir o controle por sua própria vida. A interdependência é inerente à situação humana. O ser humano nessa abordagem é transcendência;
- c) É no seio de uma sociedade, numa determinada época e nas relações que as pessoas mantêm entre si que cada indivíduo pode decidir sobre si mesmo;
- d) O ser humano é livre desde que tenha oportunidade para agir (FONSECA, 2004).

Nessa perspectiva existencialista, Beauvoir refere que a mãe pode ter suas razões de querer um filho, mas não poderá dar a ele o que o mesmo será amanhã, suas próprias razões de ser. Ela o gera na generalidade de seu corpo, não na singularidade de sua existência. O filho será um chefe, um condutor de homens, um soldado, um criador e imporá sua vontade sobre a terra. A autora refere: “A mãe participará de sua imortalidade. Através dele ela terá as casas que não construiu, os países que não explorou, os livros que não leu e ela possuirá o mundo” (BEAUVOIR, 2016, p.319).

Filhos podem ser um meio de realizar as ambições insatisfeitas. Neles as mães colocam toda expectativa daquilo que não puderam realizar, por falta de condições ideais, oportunidade ou persistência. No documentário “Meninas” (2006), uma das gestantes adolescentes refere que tinha o sonho de ingressar na carreira militar, mas morava no interior com condições de vida paupérrimas, logo a maternidade pareceu um objetivo de vida alcançável em curto prazo, deixando ela a carreira militar para as gerações seguintes dela.

Muitas mulheres encontram na gravidez uma maravilhosa paz: sentem-se justificadas. Tinham prazer em observar o próprio corpo, mas não ousavam fazê-lo, mas agora têm o direito, porque tudo o que fazem para seu próprio bem-estar, fazem para o filho. Para elas não se pede mais trabalho, nem esforço e não têm mais que se preocupar com o resto do mundo. “Os sonhos de futuro dão um sentido ao momento presente; basta-lhes se deixarem viver, estão de férias. A razão de sua existência está em seu ventre e dá-lhes uma impressão perfeita de plenitude.” (BEAUVOIR, 2016, p. 301).

Os benefícios da gravidez também influenciam para que as mulheres optem por ficar nesse estado. Nele são paparicadas, impedidas de fazer esforço físico, são cuidadas pelos seus pares, muitas param de receber agressões físicas durante a gestação. Outro aspecto é o fato de estarem mais conectadas com seu corpo, realizando um autocuidado nunca antes direcionado para ela mesma. É um perceber-se como corpo e pessoa, como

ser merecedor de cuidados. Segundo Grosz (2000), a sexualidade feminina e os poderes de reprodução são as características (culturais) definidoras das mulheres e, ao mesmo tempo, essas mesmas funções tornam a mulher vulnerável, necessitando de proteção ou de tratamento especial, conforme foi variadamente prescrito pelo patriarcado.

Todos esses aspectos discutidos favorecem o conhecimento da motivação das mulheres pela multiparidade, sendo possível ter um maior entendimento acerca das suas vivências com a maternidade e, assim, poder auxiliá-las na tomada de decisão durante o seu processo de planejamento familiar. A discussão e reflexão acerca do tema possibilita uma melhor compreensão da sua experiência no processo de gerar, parir e cuidar uma criança, subsidiando as intervenções da enfermagem nessas situações.

Conhecer suas vivências, seu contexto sociocultural e sua construção como mulher favorece que os profissionais de saúde possam fazer uma abordagem a essas mulheres destituída de rótulos e preconceitos. A multiparidade sugere uma maior atenção do enfermeiro, uma vez que esse profissional poderá estabelecer ações de prevenção de sequelas, planejamento de ações específicas de cuidado e avaliações mais objetivas, tanto da criança como da dinâmica familiar, tornando-se fonte efetiva de apoio e suporte. Entender a multiparidade sob a ótica feminista possibilita conhecer melhor o significado desse fenômeno e, portanto, ter uma maior instrumentalização no auxílio a essas famílias, quando tomarem a decisão sobre o seu planejamento familiar.

5. METODOLOGIA

“A mulher não se define nem por seus hormônios nem por misteriosos instintos e sim pela maneira pela qual reassume, através de consciências alheias, o seu corpo e sua relação com o mundo;” (BEAUVOIR, 2016, v. 2, p. 550)

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo-exploratória que, além de observar e registrar a incidência do fenômeno busca explorar sua dimensão, a maneira pela qual ele se manifesta e fatores com os quais ele se relaciona (POLIT, BECK e CHERYL 2018). A pesquisa qualitativa vai ao encontro do objetivo dessa pesquisa, ao focar na análise subjetiva as dimensões do fenômeno da multiparidade e seus significados contidos nas motivações das mulheres para a decisão do número de filhos.

A pesquisa qualitativa lida com o universo de significados, crenças, aspirações, motivos, valores e atitudes. Ela permite que o autor se envolva diretamente na situação, facilitando a observação dos agentes no seu cotidiano, convivendo e interagindo socialmente com eles. A abordagem qualitativa da realidade provoca a emersão de questões subjetivas e simbólicas que não podem ser quantificadas. São consideradas as experiências, as representações, a cultura, os desejos, as intenções, as causas, as situações, que permeiam as significações atribuídas aos fenômenos. É considerada descritiva porque permite a descrição do fenômeno investigado oportunizando que este se torne conhecido. Exploratória, porque oferece ao investigador a possibilidade de aumentar sua experiência em torno de determinado fato, favorecendo a identificação de fatores envolvidos (MINAYO, 2014).

5.1 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em Rio Grande, em UBSs que possuíam Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior (HU/FURG). O Hospital Santa Casa estava no projeto inicial, mas por falta de participantes, não foi realizada coleta nesse local. O município possui 208.641 habitantes, segundo senso (IBGE, 2016). O HU/FURG é o Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande e possui 246 leitos. A coleta ocorreu na unidade de pediatria. Esta possui 21 leitos. A Estratégia Saúde da Família em Rio Grande possui 32

equipes atuantes em 24 UBS, atendendo uma população de aproximadamente 100 mil habitantes.

5.2 Participantes do estudo

Participaram do estudo uma multípara que teve sua filha internada na unidade pediátrica do HU/FURG e 19 multíparas da rede de saúde do município. Foram 20 participantes. Segundo Minayo (2017), uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões do fenômeno e busca a qualidade das ações, sendo uma quantidade consensual de, pelo menos, 20 a 30 entrevistas para qualquer tipo de investigação qualitativa.

Foram critérios de inclusão: mulheres com cinco filhos vivos ou mais e com dezoito anos ou mais. Foram excluídas mulheres que pudessem apresentar problemas de memória ou raciocínio durante a entrevista. Um critério de exclusão que foi acrescentado (após duas entrevistas com multíparas que tinham todos os filhos adultos e apresentaram dificuldade de lembrar da rotina com crianças), é mulher que todos os filhos fossem maiores de 12 anos.

5.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2019 por meio de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), individual, com cada mulher. Para garantir a fidedignidade das falas, as entrevistas foram gravadas em MP4 e, logo após, transcritas. Após transcrição, as falas foram adequadas às normas gramaticais da língua portuguesa e colocadas em letra itálica quando da impossibilidade de adequá-las.

As entrevistas foram agendadas previamente e ocorreram na pediatria do HU/FURG, nas casas das participantes.

A pediatria do HU/FURG era parte dos locais de coleta. Porém durante o período da coleta de dados apenas uma mãe atendia aos critérios de inclusão. Resolveu-se continuar a coleta, por indicação da primeira multípara e partir dela até a décima. A coleta deu-se seguido a técnica de da bola de neve, em que uma multípara indicava a próxima participante. Ao buscar uma essa rede de mulheres, uma indicava outra e foi possível identificar um grupo de multíparas que se conhecem, principalmente quando as entrevistadas indicavam a própria mãe para participar da pesquisa.

Após a décima múltipara, tendo em vista não haver mais indicações, resolveu-se continuar a coleta na comunidade. Optou-se pela unidade básica do BGV por esta fazer parte do contexto de prática dos acadêmicos da escola de enfermagem e ser um local de fácil acesso para coleta de dados.

Na UBS da ESF do Bairro Getúlio Vargas foi solicitado ao enfermeiro, o endereço das múltiparas da localidade. Foram acompanhadas as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde e assim realizado o convite para que a múltipara participasse, agendando horário para próxima visita e entrevista. Assim, com o auxílio das agentes comunitárias da Estratégia Saúde da Família foi possível o acesso aos domicílios e agendamentos.

5.4 Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados através da análise temática, uma das técnicas de análise de conteúdo propostas por Bardin (2011). Nesse tipo de análise, o tema representa uma unidade de significado, formando núcleos de sentido. Esse estudo buscou os significados de um fenômeno, podendo ser contemplado através dessa metodologia.

As fases da análise, segundo Bardin (2011), são: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na pré-análise, ocorreu a fase de organização do material, ou seja, uma leitura flutuante das entrevistas buscando-se visualizar as particularidades de cada sujeito que contribuirão para a elaboração das ideias iniciais e definição dos temas e separação do texto em unidades para a categorização.

A fase de exploração do material consistiu na execução da codificação das entrevistas com números e letras, de forma que os recortes que interessam à pesquisa sejam agrupados em núcleos de sentido semelhantes que darão origem aos temas ou as categorias. Na codificação, os conteúdos foram organizados através do recorte, enumeração, classificação e agregação. No recorte foram definidas as unidades de registro e as unidades dentro do contexto. Na enumeração, foi realizado um levantamento da frequência de aparição dessas unidades, que, nesse caso, foi o motivo da falta de uso do anticoncepcional. Na classificação ocorreu a identificação dos significados. Na agregação, o agrupamento, segundo critérios estabelecidos, quando as unidades de significação são categorizadas.

Na etapa de tratamento dos dados, os resultados brutos podem ser tratados de maneira significativa e válida com sensibilidade e experiência adquiridas na trajetória da pesquisa (BARDIN, 2011). Houve a análise e a discussão dessas falas, retiradas das entrevistas dos sujeitos, baseada no referencial teórico do projeto.

5.5 Aspectos Éticos

O estudo foi realizado em conformidade com a Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012) que rege as pesquisas envolvendo seres humanos, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEPAS da FURG e aprovado mediante parecer 233/2018 e CAAE: 97261018.9.0000.5324 (APÊNDICE C) em 23 de outubro de 2018.

Foi solicitada a autorização da Direção da Gestão de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (APÊNDICE F) e da Direção da Escola de Enfermagem para execução da proposta. Também foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Rio Grande e ao NUMESC (Núcleo de pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande) sendo aprovado (APÊNDICE D e E).

Foi entregue aos participantes da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), sendo prestados esclarecimentos quanto ao estudo proposto, convidando-os a participarem; explicando os objetivos e a metodologia proposta; solicitando seu consentimento por escrito para participar da pesquisa; assegurando o respeito aos aspectos éticos envolvidos na pesquisa, como o direito à privacidade, que garante o respeito e o anonimato dos sujeitos. O documento foi assinado pelo pesquisador (a) e pelo (a) participante, ficando uma via com o participante e outra com o pesquisador (a).

Foi esclarecida aos participantes da pesquisa a possibilidade de abandono da proposta em qualquer etapa do estudo, sem qualquer prejuízo para si, com o compromisso ético de assegurar o sigilo das informações obtidas durante o seu desenvolvimento, solicitando o seu consentimento para divulgação destes dados de forma anônima. As mulheres multíparas, participantes do estudo, foram identificadas pela letra M, seguida do número de ordem da entrevista, como forma de garantir seu anonimato, sendo da M1 até M20; seus filhos identificados pela letra F, sendo F1 o

primeiro filho, e assim sucessivamente até o F11; os pais dos filhos foram identificados pela letra P, significando primeiro pai, segundo e terceiro: P1, P2 e P3.

Sobre os riscos e benefícios, ressalta-se que, se houvesse qualquer abalo de natureza emocional que afetasse os sujeitos, no decorrer do estudo, estes foram informados que poderiam abandonar a pesquisa, sem que isso lhes acarretasse prejuízos de qualquer natureza e seria disponibilizada uma consulta com psicóloga do Serviço de Psicologia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. ou no Centro de Atenção Psicossocial (CONVIVER) de Rio Grande para atendimento gratuito conforme resolução N° 466/12. O estudo não promoveu benefícios imediatos aos sujeitos. O que ele possibilita às participantes seria a reflexão acerca da sua condição de múltiparas e auxiliar enfermeiros a uma melhor abordagem das mulheres no Programa de Planejamento Familiar.

Todos os procedimentos envolvidos na pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora, com o compromisso da confidencialidade dos dados, do anonimato dos participantes e com o cumprimento integral da Resolução 466/12. A suspensão da pesquisa aconteceria frente à recusa de participação de todos os sujeitos que foram convidados, o que não ocorreu. Cada participante foi deixado à vontade para comunicarem sua desistência ou não concordância com a realização da pesquisa em qualquer de suas etapas, pessoalmente ou por telefone ou correio.

Os recursos disponíveis na Escola de Enfermagem, no Hospital Universitário e na UBS foram suficientes para a realização da pesquisa. A Escola de Enfermagem possui armários para a guarda do material; o hospital possuía salas reservadas para a realização das entrevistas e as UBS, central de arquivo e cadastro para fornecer informações sobre a identidade e endereço das múltiparas da localidade.

Este estudo será divulgado na comunidade conforme resolução N° 466/12 através de artigos publicados em revistas e trabalhos apresentados em eventos. Há o comprometimento de utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados. Não há conflitos de interesses entre a pesquisadora e as participantes da pesquisa. Fica declarado que os dados da pesquisa (gravações, informações cadastrais e consentimentos) estão arquivados em pasta fechada na Escola de Enfermagem em local sigiloso sob a responsabilidade da pesquisadora. Serão guardados por cinco anos, para que se assegure a validade do estudo.

REFERÊNCIAS

ALEMAYEHU, M., LEMMA, H., ABRHA, K., ADAMA, Y., FISSEHA, G., YEBYO, H., MEDHANYIE, A. A. (2016). Family planning use and associated factors among pastoralist community of afar region, eastern Ethiopia. **BMC Women's Health**, v.16, n. 39, 2016. <http://doi.org/10.1186/s12905-016-0321-7>

ALMEIDA, Maura Maria Guimarães de. O enfermeiro no planejamento familiar. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v. 38, n. 3/4, p. 215-230, jul/dez 1985.

ALVES, C. A.; BRANDÃO, E. R. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 14, n. 2, p. 661-70, 2009.

AMÉRICO, Camila Félix; MONTE, Alana Santos; TAMBORIL, Ana Carolina Ribeiro; ALCÂNTARA, Jacqueline Alves da Silva; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira. Atenção ao planejamento familiar e risco reprodutivo evitável: estudo transversal. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 12, n. 4, 2013.

ANUNCIAÇÃO, Patrícia Sampaio da; LAMY, Zeni Carvalho; PEREIRA, Marina Uchoa Lopes; MADEIRA, Hellyne Giselle Reis; LOYOLA, Cristina Douat; GONÇALVES, Laura Lamas Martins; LAMY-FILHO, Fernando. Revés de um parto: relatos de mulheres que perderam o filho no período neonatal. **Cad. Saúde Pública**. v. 34, n. 12, p. 1-11, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00190517

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEAUVOIR. **O segundo sexo: fatos e mitos**. Tradução de Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016. 3ª Edição v.1. 343p.

BEAUVOIR. **O segundo sexo: a experiência vivida**. 3 ed. Tradução de Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016. 3ª Edição v. 2 560p.

BEAUVOIR. S. **Por uma moral da ambiguidade**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005. 1 ed. 206p.

BIGELOW, Catherine A.; KHANDER, Amrin; ROBLES, Brittany N.; REKAWEK, Patricia; Julie, CADET; PAN, Stephanie; OVERBEY, Jessica R.; STONE, Joanne. Grand Multiparity and great grand multiparity: obstetric risks in a contemporary cohort. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 220, n. 1, p. 105–106, jan 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.11.158>.

BOFF, Leonardo; MURARO, Rose Marie. **Feminino e Masculino: Uma nova consciência para o encontro das diferenças**. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.

BORGES, Ana Luiza Vilela; CAVALHIERI, Fernanda Bigio; HOGA, Luiza Akiko Komura; FUJIMORI, Elizabeth; BARBOSA, Luís Ricardo. Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 1679-84, 2011.

BRANDÃO, Elaine Reis; CABRAL, Cristiane da Silva. Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 1-4, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00211216

BRASIL. **Base Nacional Comum Curricular**. Brasília: MEC/SEF. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da educação. Brasil não atinge meta de universalização da pré-escola proposta pelo PNE. **Portal Educação**. Brasília. 8 dez 2016. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/207-1625150495/41411-brasil-nao-atinge-meta-proposta-de-universalizacao-da-pre-escola> . Acesso em: 30 junho 2018.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, março de 2015. 181p.

BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica**. Brasília. 2013. 562p. ISBN: 978-857783-136-4

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 24 p.

BRASIL. **Parâmetros curriculares nacionais: pluralidade cultural e educação sexual**. V. 10 Brasília : MEC/SEF, 1997. 126p.

BROWN, Win; AHMED, Saifuddin; ROCHE, Neil; SONNEVELDT, Emily; DARMSTADT, Gary L. Impact of family planning programs in reducing high-risk births due to younger and older maternal age, short birth intervals, and high parity. **Seminars In Perinatology**, n. 39, p. 338-344, 2015.

CARPENEDO, Manoela; NARDI, Henrique. Maternidade Transnacional e Produção de Subjetividade: Experiências de mulheres brasileiras migrantes que moram em Londres. **Cad. Pagu**, n. 49, e174912, 2017.

CASARIN S.T., SIQUEIRA H.C.H. Planejamento familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras. **Escola Anna Nery**, v. 18, n.4, p. 662-68, out-dez 2014.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; ANDRADE, Maria Lindiane de Souza; VITORIANO, Laís Vilanova Tavares; SOUZA, Jussilene de Jesus; SILVA, Diorlene Oliveira da; GUSMÃO, Maria Enoy Neves; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; ALMEIDA, Mariza Silva. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paulista Enfermagem**, v.25, n.3, p. 415-22, 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer 17/2010**. Disponível em http://www.cofen.gov.br/parecer-n-172010-cofen-ctlm_6148.html Acesso em: 17 outubro 2019

CORTEZ, E. M. F.; ZAGONEL, I. P. S. Implicações culturais no planejamento familiar e qualidade de vida da mulher/família e a Teoria de Leininger. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 296-302, 2011.

COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce; SILVER, Lynn Dee. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres em questão. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 6, n. 1, p. 75-84, 2006.

CYFER, Ingrid. Afinal, o que é uma mulher? Simone de Beauvoir e “a questão do sujeito” na teoria crítica feminista. **Revista Lua Nova**. São Paulo, v. 94, p. 41-77, 2015.

DIAS, Samanta. Ministério da Saúde não compra DIU para o SUS desde 2015. **Revista Azmina**. 2 julho 2019. Disponível em: <https://azmina.com.br/reportagens/ministerio-da-saude-nao-compra-diu-sus/>. Acesso em: 23 julho 2019.

DUBE, Rebecca. Mom survey says: Three is the most stressful number of kids. **Newspaper Today**. 6 may 2013. Disponível em: <https://www.today.com/parents/mom-survey-says-three-most-stressful-number-kids-t127551>. Acesso em: 27 julho 2019.

ELMUSHARAF, K.; BYRNE, E.; O'DONOVAN, D. Social and traditional practices and their implications for family planning: a participatory ethnographic study in Renk. South Sudan. **Reprod Health**. v.14, n. 10, 2017. DOI: 10.1186/s12978-016-0273-2

ERIKSSON, Carola; LARSSON, Margareta; SVANBERG, Agneta Skoog; TYDÉN, Tanja. Reflections on fertility and postponed parenthood - interviews with highly educated women and men without children in Sweden. **Upsala Journal of Medical Sciences**. v. 118, p. 122–129, 2013.

EWALD, Ariane P. Fenomenologia e existencialismo: articulando nexos, costurando sentidos. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**. v. 8, n. 2, p. 149-165, 2008.

FARMER D.B, BERMAN L., RYAN G., HABUMUGISHA L., BASINGA P., NUTT C. Motivations and constraints to family planning: a qualitative study in ruanda's southern kayonza district. **Glob Health Sci Pract**. v.3, n. 2, p. 242–254, 2015. <http://dx.doi.org/10.9745/GHSP-D-14-00198>.

FONSECA, Adriana Dora da. **A concepção de sexualidade na vivência de jovens: bases para o cuidado de Enfermagem.** 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, UFSC, Florianópolis, 2004.
FORGET, G.; LEBEL, J. An Ecosystem Approach to Human Health. **International Journal of Occupational and Environmental Health**, v. 7, n. 2, abril/junho 2001.

FP2020. Family Planning 2020. **Catalyzing Collaboration 2017-2018.** ONU: Washington, D.C., 2018. FP2020. Disponível em:
<http://progress.familyplanning2020.org/sites/default/files/Full-Spreads-View.pdf>
Acesso em: 18/09/19.

GROSZ, Elizabeth. Corpos reconfigurados. **Cadernos Pagu.** Campinas/SP, n. 14, p. 67, 2000.

GURE, Faduma; YUSUF, Marian; FOSTER, Angel M. Exploring Somali women's reproductive health knowledge and experiences: results from focus group discussions in Mogadishu. **Journal Reproductive Health Matters.** v. 23, n. 46, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.11.018>

HARTMANN, Ingrid Borba; SCHESTATSKY, Sidnei. Transmissão do psiquismo entre as gerações. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v.13, n.2, p. 92-114, 2011.

HENRIKSEN, Lena; SCHEI, Berit; LUKASSE, Mirjam; Lifetime sexual violence and child birth expectations – A Norwegian population based cohort study. **Midwifery**, v. 36, p. 14-20, May 2016. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.018>

HUBERT, Sarah; AUJOULAT, Isabelle. Parental Burnout: When Exhausted Mothers Open Up. **Frontiers in Psychology**, v.9, p. 1-9, junho de 2018. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01021>

IBGE. **Estatísticas de Gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil.** n.38, 2018. Disponível em https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551_informativo.pdf Acesso em: junho 2019.

IBGE. Pesquisa nacional de saúde do escolar - PENSE: 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira.** Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 137p.

IDOKO, Patrick; NKENG, Glenda; ANYAWU, Matthew. Reasons for current pregnancy amongst grand multiparous Gambian women - a cross sectional survey. **Bio Medical Central Pregnancy Childbirth**, v. 16, n. 217, 2016. DOI:10.1186/s12884-016-1016-7

JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; MODENA, Celina Maria. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Rev. Latino Americana de Enfermagem.** v. 26, n. 3069, p. 1-12, 2018. DOI: 10.1590/1518-8345.2450.3069

JUNG, Sun-Joven; BAE, Hee-Joon; BYUNG-JOO, Parque; YOON, Byung-Woo. Acute Brain Bleeding Analysis Study Group. Parity and risk of hemorrhagic strokes. **Neurology**, v. 74, n. 18, p. 1424-9, 2010.

KABAGENYI, Allen; REID, Alice; NTOZI, James; ATUYAMBE, Lynn. Socio-cultural inhibitors to use of modern contraceptive techniques in rural Uganda: a qualitative study. **Pan African Medical Journal**, v. 25, n. 78, 2016. DOI:10.11604/pamj.2016.25.78.6613

KEBEDE, Endale; GOUJON, Anne; LUTZ, Wolfgang. Stalls in Africa's fertility decline partly result from disruptions in female education. **PNAS, USA**, v. 116, n. 8, p. 2891-2896, Fevereiro de 2019. <https://doi.org/10.1073/pnas.1717288116>

KOZUKI, Naoko; SONNEVELDT Emily; WALKER, Neff. Residual confounding explains the association between high parity and child mortality. **BMC Public Health**, v.13, n. suppl. 3, p. S5, 2013.

KUMAR, Rajesh; DOGRA, Vishal; RANI, Khushbu; SAHU, Kanti. Female married illiteracy as the most important continual determinant of total fertility rate among districts of Empowered Action Group States of India: Evidence from Annual Health Survey 2011–12. **Journal of Family Medicine and Primary Care**. v. 6, n. 3, p. 513-516, 2017.

KUTI, Oluwafemi; DARE, Francis O.; OGUNNIYI, Solomon O. Grandmultiparity: Mothers' Own Reasons For The Index Pregnancy. **Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 18, n. 1, p. 31-33, 2001. <http://dx.doi.org/10.4314/tjog.v18i1.14447>

LAZOW, Margot A.; JASER, Sarah S.; COBRY, Erin C.; GARGANTA, Melissa D.; SIMMONS, Jill H.. Stress, Depression and Quality of Life Among Caregivers of Children With Osteogenesis Imperfecta. **J Pediatr Health Care**, v. 33, p. 437-445, March 2019. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.12.003>

LEMAIRE, William J. Feminism and the Moral Imperative for Contraception. **Obstet Gynecol**, v. 126, n.5, p. 1108, 2015. doi:10.1097/AOG.0000000000001122.

MADENI, F. E.; HORIUCHI, S., JITSUZAKI, M. Reduction of maternal mortality rate in Tanzania: development of reproductive health awareness materials to prevent unwanted pregnancy to adolescent. **Luke's College of Nursing**. Japão, 2010

MADUABUCHUKWU, Ikeanyi Eugene; AYUBA, Ibrahim Isa. Grandmultiparity: The Reasons Women Give for High Parity in South-South Nigeria. **Clinical Medicine Research**, v. 6, n. 3, p. 92-98, 2017. DOI: 10.11648/j.cmr.20170603.16

MARCACINE, Karla Oliveira; ABUCHAIM, Erika de Sá Vieira; JARDINI, Larissa, COCA, Kelly Pereira; ABRÃO, Ana Cristina Freitas de Vilhena. Violência por parceiro íntimo entre puérperas: fatores associados. **Rev. Bras. Enferm.** V. 71, Suppl 3, p. 1306-12, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0643>

MARGOLIS, Rachek; MYRSKYLÄ, Mikko. Parental Well-being Surrounding First Birth as a Determinant of Further Parity Progression. **Demography**. n. 52, p. 1147-1166, 2015. <https://doi.org/10.1007/s13524-015-0413-2>

MARRERO, Lihsieh; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. Violência institucional durante o processo parturitivo no Brasil: revisão integrativa. **Ver. Bras. Enfermagem**. V. 71, n. 3, p. 1152-61, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0238>

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. . **Interface**, v.16, n.40, p.107-19, jan./mar, 2012.

MENINAS. Direção: Sandra Werneck. Produção: Sandra Wernecke Belisário Franca. Rio de Janeiro: **Cineluz Produções Cinematográficas**, 2006, 1 DVD (71 minutos).

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAIS, Ana Cláudia Brito de; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; PINTO, Sarah de Lima; AMORIM, Ludwig Tenório Cruz Gomes; SAMPAIO, Karla Jimena de Araújo Jesus. Participação Masculina no Planejamento Familiar: O Que Pensam as Mulheres? **Cogitare Enferm**.v. 19, n. 4, p. 659-662, Out/Dez 2014.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; GUEDES Tatiane Gomes; FREIRE, Suellen Alves; BESSA, Adriana Teoflo; BRAGA, Violante Augusta; SILVA, Raimunda Magalhães Da. Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental: o que profissionais do CAPS têm a dizer. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n. 4, p. 935, 2012.

MOURA, Laís Norberta Bezerra de; GOMES, Keila Rejane Oliveira. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.3, p.853-863, 2014. DOI: 10.1590/1413-1232014193.10902013

MOYA Cristina; SNOBKOWSKI Kristin; SEAR Rebecca. What do men want? Re-examining whether men benefit from higher fertility than is optimal for women. **Philosophical Transactions Of The Royal Society B - Biological Science**. v. 371, n. 1692, 2016. ID:20150149.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; JÚNIOR, Hélio José do Nascimento; CARVALHO, Jacira Nunes. A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. **Esc. Anna Nery Enf.**, v. 13, n. 2, p. 319-27, 2009.

NDAHINDWA V, KAMANZI C, SEMAKULA M, ABALIKUMWE F, HEDT-GAUTHIER B, THOMSON DR. Determinants of fertility in Rwanda in the context of a fertility transition: a secondary analysis of the 2010 Demographic and Health Survey. **Reproductive Health**, v. 11, n. 87, 2014. DOI:10.1186/1742-4755-11-87.

NICOLAU, Ana Izabel Oliveira; DANTAS, Renata Cordeiro; GADELHA, Ana Paula Pires; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Conhecimento, atitude e prática de mulheres residentes no meio rural acerca dos métodos contraceptivos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 14, n. 1, p. 164-70, jan/mar 2012.

OERS, Hedy A. Van; HAVERMAN, Lotte; OLIEMAN, Joanne F.; NEELIS, Esther G.; JONKERS-SCHUITEMA, Cora F.; GROOTENHUIS, Martha A.; TABBERS, Merit M. Health-related quality of life, anxiety, depression and distress of mothers and fathers of children on Home parenteral nutrition. **Clinical Nutrition**. 38, p. 1905-1912, 2019. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.06.981

OMS. **Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2018.

OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeitos e maus tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2014.

ONU BRASIL. A Equipe das Nações Unidas no Brasil. **Direitos Humanos das Mulheres**. Julho de 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/08/Position-Paper-Direitos-Humanos-das-Mulheres.pdf>. Acesso em: julho 2019.

ONU. **Transformando o nosso mundo: uma agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. 2015. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>. Acesso em: 29 julho 2019.

OPAS. **Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud: Situación de Salud em las Américas: Indicadores Básicos**. Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2017.

OPAS **Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe**. Informe de consulta técnica. Washington, 2016. ISBN: 978-92-75-31976-5

OPAS. Unidade de Informação e Análise de Saúde. **Iniciativa Regional sobre Dados Básicos em Saúde: Glossário de Indicadores**. Washington DC, 2015. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23508&Itemid=270&lang=en. Acessado em: 30 março de 2018.

OSIS, M. J. D; FAÚNDES, A.; MAKUCH, M. Y.; MELLO, M. B.; SOUSA, M. H.; ARAÚJO, M. J. O. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11 p. 2481-2490, 2006.

PASSARINHO, Nathalia; FRANCO, Luiza. Com 55% de gestações não planejadas, Brasil falha na oferta de contracepção eficaz. **BBC Brasil**. 26 jun. 2018. Disponível em: (<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44549368>). Acesso em: 23 de julho de 2019.

PIERRE, Luzia Aparecida dos Santos; CLAPIS, Maria José. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.6, nov-dez2010.

PINTO, Rosa Maria Ferreiro; MICHELETTI, Fátima Aparecida Barbosa de Oliveira; BERNARDES, LuzanaMackevícus; FERNANDES, Joice Maria Pacheco Antônio; MONTEIRO, Gisela Vasconcellos; SILVA, Magda Lucia Novaes. Condição feminina de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 105, p. 167-179, jan./mar. 2011.

PNE. Plano Nacional de Educação. **Metas do PNE: 1 – Educação Infantil. Biênio 2014-2016**. Disponível em: http://pne.mec.gov.br/images/pdf/pne_conhecendo_20_metas.pdf . Acesso em: 29 de julho de 2019.

PITILIN, Érica de Brito; HARACEMIW, Annelise; MARCON, Sonia Silva; PELLOSO, Sandra Marisa. A família como sustentação no cotidiano de mulheres múltiparas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.34, n. 4, p. 14-20, 2013.

POLIT, DENISE F. CHERYL T. BECK. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. ISBN 9788582714898

RODKEY, Elissa N.;JOHNSON, Kelli Vaughn. Problematic Women: Psychology, Gender, and Health in North America. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 71-85, set./dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.692>

RODRIGUES, Diego Pereira. **Os valores dos profissionais de saúde e sua influência no cuidado obstétrico: cotidiano das maternidades**. 2019. Tese (Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019. 222 f. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22409/PACCS.2019.d.05709169765>. Acesso em 28 de junho de 2019.

ROSER, Max. **Fertility Rate: Programa Martin de Desenvolvimento Global da Universidade de Oxford**. 2017. Disponível em: <https://ourworldindata.org/fertility-rate>. Acesso em: 31/05/2018.

ROSKAM, Isabelle; RAES, Marie-Emilie; MIKOLAJCZAK, Moïra.Exhausted Parents: Development and Preliminary Validation of the Parental Burnout Inventory. **Frontiers in Psychology**, v. 9, n. 163, February 2017. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00163

SANTOS, Kate Delfini; MOTTA,IvoniseFernandes da.O significado da maternidade na trajetória de três jovens mães: um estudo psicanalítico. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 31, n. 4, p. 517-525, outubro/dezembro 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2014000400006>

SANTOS, Karine Alves. Gravidez na adolescência contextualizada: compreendendo intenções reprodutivas em uma favela brasileira.**Cad. Saúde Pública**, v. 28, n.4, p.655-64, 2012.

SANTOS, Rayanne Branco dos; BARRETO, Raíssa Mont'Alverne; BEZERRA, Ana Caroline Lira; VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa. Processo de readequação de um planejamento familiar: construção de autonomia feminina em uma Unidade Básica de Saúde no Ceará. **Rev. Eletron. Comun. Saúde**, v. 10, n.3, jul/set 2016.

SANTOS, Júlio Cesar dos; FREITAS Patrícia Martins de. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.3, p. 1813-1820, 2011.

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais **Cadernos Pagu** v.16, p.37-150, 2011.

SCHERWITZL, Elina Berglund; DANIELSSON, Kristina Gemzell; SELBERG, Jonas A., SCHERWITZL. Fertility awareness-based mobile application for contraception. **European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**. v. 21, n.3, p. 234–241, May 2016.

SCHOR, N.; FERREIRA, A. F.; MACHADO, V. L.; FRANÇA, A. P.; PIROTTA, K. C. M.; ALVARENGA, A. T.; SIQUEIRA, A. A. F. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 77-84, 2000.

SEDGH, Gilda; HUSSAIN, Rubina. Reasons for Contraceptive Nonuse among Women Having Unmet Need for Contraception in Developing Countries. **Studies in Family Planning**. v. 45, n. 2, p. 151–169, 2014. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00382.x>

SILVA, Katia Silveira da; ROZENBERG, Riva; BONAN, Claudia; CHUVA, Vânia Cristina Costa; COSTA, Simoni Furtado da; GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro: uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2485-93, 2011.

SIMMONDS, K; LIKIS, F.E. Caring for women with unintended pregnancies. **J Obstet Gynecol Neonatal**, v.40, n.6, p.794-807, 2011.

SOARES, Vânia Muniz Néquer e SCHOR Néia. Perfil de mulheres com alta fecundidade em um grande centro urbano no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.4, Rio de Janeiro, 2013.

SOARES, Vânia Muniz Néquer; SCHOR, Néia; MORELL, Maria Graciela Gonzalez de; SOUZA, Kleyde Ventura de; DINIZ, Simone Carmem Grilo. Intenções reprodutivas de mulheres que vivenciam regime de alta fecundidade em um grande centro urbano. **Rev. Saúde & Sociedade**. São Paulo, v.22, n.3, p.903-915, 2013.

SOARES, Vânia Muniz Néquer. **Intenções e comportamentos reprodutivos de mulheres que vivenciam alta fecundidade em um grande centro urbano**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2009. 205 f.

SOARES, Vânia Muniz Néquer; TAVARES, Carlos Mendes; SCHOR, Néia. Vidas arriscadas: uma reflexão sobre a relação entre o número de gestações e mortalidade materna. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 254-263, dez. 2008.

SOARES, Maria Cidney da Silva; SOUZA, Vanessa Carvalho Dourado de; COSTA, Pollyana Florêncio de Araújo; PAIVA, Raimunda Mariana Oliveira de Aquino Sarmento; GUERRA, Juliana Carvalho Andrade; FREIRE, Therezza Virgínia Vital. Conhecimento Masculino Sobre Métodos Contraceptivos. **Rev. Bras. Promoção da Saúde**, v.27, n.2, p. 232-238, Fortaleza. abr./jun., 2014.

SOLANKE, Bola Lukman. Maternal socio-demographic factors associated with low parity and grand multiparity in Nigeria. **Journal**, v.18, n. 1207, p.1-18, Jan. 2019. DOI: 10.1080/03630242.2018.1553815

SONNEVELDT, Emily; PLOSKY, Willyanne De Cormier , STOVER, John. Linking high parity and maternal and child mortality: what is the impact of lower health services coverage among higher order births? **BMC Public Health**, v.13, Suppl.3, p.S7, 2013.

STARRS, Ann M.; EZEH, Alex C.; BARKER, Gary; BASU, Alaka; BERTRAND, Jane T.; BLUM, Robert. Accelerate Progress - Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher - Lancet Commission. **The Lancet**, v.391(10140): 2642–2692, 2018. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)

STEFANELLI, María de losÁngeles; María Teresa VALENZUELA, Marcela CÁRCAMO , Cinthya URQUIDI, Gabriel CAVADA , Pamela San MARTÍN. Tendencia de latasa global de fecundidad y el aumento de lafuerza laboral femeninaen Chile. 1960-2011. **Rev Medica de Chile**, v. 144, p. 658-663, 2016.

STERN, J.; BODIN, M.; GRANDAHL, M.; SEGEBLAD, B.; AXÉN, L., LARSSON; M.; TYDÉN, T. Midwives' adoption of the reproductive life plan in contraceptive counselling: a mixed methods study. **Human Reproduction**, v. 30, n. 5, p. 1146–1155 Oxford, England, 2015. <http://doi.org/10.1093/humrep/dev048>

THEME-FILHA, Mariza Miranda; BALDISSEROTTO, Marcia Leonardi; FRAGA, Ana Claudia Santos Amaral; AYERS, Susan; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; LEAL, Maria do Carmo. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. **Reproductive Health**, 2016, v. 13, (Suppl 1), n. 118, 2016. DOI 10.1186/s12978-016-0227-8

TIWARI, Sucheta; GRAY, Ron; JENKINSON, Crispin; CARSON, Claire. Association between spousal emotional abuse and reproductive outcomes of women in India: findings from cross-sectional analysis of the 2005–2006 National Family Health Survey. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 53, p.509–519, 2018. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1504-3>

TOMAZ, R. Feminismo, maternidade e mídia: relações historicamente estreitas em revisão. **Galáxia**, n. 29, p. 155-166, São Paulo, jun. 2015.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Miles To Go: Closing Gaps, Breaking Barriers, Righting Injustices**. UNAIDS: Geneva, 2018. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/miles-to-go_en.pdf Acesso em: 19/09/2019.

UNESCO. United Nations Economic, Scientific and Cultural Organization. 2018. **International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence Informed Approach**. UNESCO: Paris, 2018. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ITGSE_en.pdf Acesso em: 19/09/2019.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2019**. Brasília: UNFPA, 2019. ISBN 978-85-98579-21-4. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao_da_populacao_mundial_final.pdf. Acesso em: 10/09/2019.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Fecundidade e dinâmica da população Brasileira**. Brasília: UNFPA, 2018. ISBN 978-85-98579-20-7. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop_brasil_web.pdf. Acesso em: 10/09/2019.

UNICEF. **Quem espera, espera**. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2017.

VASWANI, Pooja R.; SABHARWAL, Sangeeta. Trends in the Occurrence of Antenatal and Perinatal Complications with Increasing Parity. **The Journal of Obstetrics and Gynecology of India**, v.63, n.4, p. 260–7, 2013.

YAKUBU, Ibrahim; SALISU, Waliu Jawula. Determinantes da gravidez na adolescência na África Subsaariana: uma revisão sistemática. **Reproductive Health**, v. 15, n. 15, 2018. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0460-4>

WADO, Yohannes Dibaba; SULLY, Elizabeth A.; MUMAH, Joyce N. Pregnancy and early motherhood among adolescents in five East African countries: a multi-level analysis of risk and protective factors. **Pregnancy and Childbirth**, v.19, n.59, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2204-z>

WHARTON, Jane. Getting kids ready for school is like working an extra day. **Newspaper Metro**. 9Oct 2018. Disponível em: <https://metro.co.uk/2018/10/19/getting-kids-ready-for-school-is-like-working-an-extra-day-8054433/>. Acesso em: 27 julho 2019.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA MULTÍPARA

Nome:
 Endereço/Telefone:
 Data de nascimento:
 Cidade em que nasceu:
 Número de irmãos maternos:
 Ordem de nascimento:
 Multíparas na família:
 Escolaridade:
 Religião:
 Profissão:

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Você sabe como foi na época em que sua mãe engravidou de ti?
2. Quando criança tu brincavas de quê?
3. Ainda quando criança, qual a primeira ideia sobre ter filhos que você teve? De onde veio, viu onde?
4. Com que idade ficaste menstruada? Como foi para ti?
5. O primeiro namorado foi com que idade (virgindade)?
6. Conta-me sobre os filhos, como era na época que tu engravidasses.
 *parceiro, método contraceptivo, relação com os pais, amigas grávidas.
7. Notaste alguma diferença no tratamento dos profissionais de saúde por ser multípara? E do enfermeiro?
8. Como é teu (tua) cotidiano/rotina com os filhos (levar para escola, dar comida, banho)?
9. Quem te ajuda a cuidar deles?
10. Como ocorre o lazer/passeios em família?
11. Como lidas com os custos (a alimentação, roupas, material escolar e demais gastos, como a família se organiza) para cuidar dos filhos? Renda mensal?
12. Como fazem para educar/colocar limites nos filhos?
13. Como tu te sentes quando estás grávida?
14. Pretendes ter mais filhos?
15. Usas algum método agora?
16. Quais as coisas boas de ter bastantes filhos?
17. E a parte difícil qual é? (há sobrecarga, cansaço?)
18. O parceiro participou na decisão do número de filhos?
19. Como fica o relacionamento com o parceiro na gestação ou depois dos filhos?
20. Como tu te sentes em ser mãe de X filhos?
21. Como fazes para conseguir dar atenção aos filhos?
22. Tem algum que exige mais atenção ou cuidados?
23. Gostarias de complementar com alguma questão sobre ser mãe de muitos filhos?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Concordo em participar do trabalho de pesquisa desenvolvido pela doutoranda Deise de Oliveira Ribeiro (deiseribeiro@furg.br; CI: 3069758807) do curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) intitulado, “O SIGNIFICADO DA MATERNIDADE PARA MULHERES COM MAIS DE QUATRO FILHOS” sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Giovana Calcagno Gomes (giovanacalcagno@furg.br, CI 4029635838). O mesmo tem por objetivo compreender qual o significado do número de filhos para mulheres que têm mais de quatro filhos. Será realizado por meio de entrevistas que serão gravadas analisadas.

Declaro que fui informado:

- de forma clara, dos objetivos, da justificativa, do método da pesquisa e que a entrevista será gravada em um aparelho de mp3;
- tenho garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca do trabalho, dos riscos, benefícios e outro assunto qualquer;
- fui informada que esse trabalho possui o risco de abalo emocional, como tristezas e angústias quando do relato das minhas gestações, parto e criação de filhos. Esse estudo não me traz benefícios imediatos;
- caso isso aconteça, receberei atendimento psicológico no Serviço de Psicologia do Hospital Universitário ou no CAPES de Rio Grande gratuitamente;
- tenho liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- tenho segurança de que não serei identificado e que serão confidenciais as informações da minha privacidade;

- serão mantidas todas as leis sobre ética em pesquisa durante e após o fim dessa pesquisa;
- terei acesso às informações em todas as etapas da pesquisa e dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando;
- os resultados dessa pesquisa serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e divulgados para a comunidade geral e científica em eventos e publicações;
- minha participação na pesquisa poderá me trazer como benefícios, reflexões sobre a minha condição de mãe com mais de quatro filhos.

Este documento está em conformidade com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que, será assinado em duas vias e ficará uma com a professora responsável pela pesquisa e a outra via será entregue ao participante.

Rio Grande, __ de _____ de 2018.

Deise de Oliveira Ribeiro
Contato: (53) 3233-8855

Giovana Calcagno Gomes
Contato: (53) 32374608

Assinatura ou digital do Entrevistado



C E P A S
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande / FURG
www.cepas.furg.br
Rua Visconde de Paranaguá, 102
Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior - 1º Andar
(Em frente ao laboratório).
Telefone: 53 - 3237.4652

APENDICE C – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEPAS FURG

CEPAS / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 233/2018

CEPAS 107/2018

Processo: 23116.008156/2018-74

CAAE:97261018.9.0000.5324

Título da pesquisa: O significado do número de filhos para a múltipara

Pesquisador Responsável: Giovana Calcagno Gomes

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 215/2018, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto: "**O significado do número de filhos para a múltipara**".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 31/12/2018.

Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.

Rio Grande, RS, 23 de outubro de 2018.

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

APÊNDICE D – PARECER DE APROVAÇÃO DO NUMESC

Estado do Rio Grande do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NUMESC



Parecer 031/2018

Rio Grande, 28 de dezembro de 2018.

Projeto – **O SIGNIFICADO DO NÚMERO DE FILHOS PARA A MULTÍPARA**

Autores: Deise de Oliveira Ribeiro
Giovana Calcagno Gomes

Parecer:

Perante a análise do colegiado do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva - NUMESC, decidiu-se pelo **DEFERIMENTO** do projeto de pesquisa apresentado.

Solicita-se a readequação do cronograma, visto a coleta de dados estar prevista para ocorrer em período condizente com a apreciação do projeto pelo NUMESC. Deixamos claro que o pesquisador deverá adequar-se a dinâmica da unidade de saúde nos períodos de coleta, não sendo disponibilizado nenhum profissional para apoiar neste procedimento, restringindo-se apenas na permissão ao acompanhamento das visitas já programadas pelos servidores. Ressaltando, ainda, que o presente núcleo necessita ser informado previamente das unidades a serem visitadas para a coleta de dados.

Após a conclusão da etapa de implantação do projeto, os resultados deverão ser enviados para o NUMESC e apresentados em evento organizado por este núcleo, se solicitado.

Núcleo Municipal de Educação
em Saúde Coletiva
Numesc - Rio Grande-RS

Enfª Dra. Carliuza Oriente Luna
COREN 79431
Coordenadora do NUMESC

Doe órgãos, doe sangue: Salve vidas!

APENDICE E – AUTORIZAÇÃO GEP EBSERH HU



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR MIGUEL RIET CORRÊA JR.
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
SETOR DE GESTÃO DO ENSINO

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA NO HU-FURG/EBSERH

Título do Projeto:	O significado do número de filhos para a multipara
Pesquisador principal:	Deise de Oliveira Ribeiro
Link do currículo lattes:	http://lattes.cnpq.br/0289779363660187
E-mail:	deiseribeiro@furg.br
Responsável do Projeto na instituição:	Giovana Calcagno Gomes
Instituição:	Universidade Federal do Rio Grande
Unidade Acadêmica:	() Famed (X) EENf () Outros: _____
Programa de Pós Graduação:	Enfermagem
Objetivo Geral:	Compreender a percepção do número de filhos para a multipara
Tipo de pesquisa:	Qualitativa de caráter exploratório
Área do conhecimento:	Enfermagem
Unidade de realização:	Escola de Enfermagem
Agravo(s) em saúde em investigação:	Riscos da multiparidade para a saúde materno-infantil
Número estimado de participantes da pesquisa no hospital:	Seis
Data Prevista de Início:	Dezembro de 2018
Data Prevista de Fim:	Dezembro de 2019
Unidade da realização da Pesquisa:	Pediatria
Amostra:	Serão entrevistadas 6 mulheres multiparas que estejam acompanhando um ou mais de seus filhos, enquanto internados na pediatria
Data da Solicitação:	12/12/2018
Encaminhamento Área Técnica Gerência/ Divisão/ Setor/Unidade: Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica:	
Data: 15/12/2018	
Parecer Área Técnica: _____ Data Recebimento: ___/___/___ Descritivo: <input checked="" type="checkbox"/> Aprovado () Não Aprovado () Com restrições Motivo: _____	
Responsável: Data: 14/12/18 <small>ENFERMEIRA EBSERH RS 151.086 (Assinatura e Carimbo)</small>	
Parecer Final GEP: <input checked="" type="checkbox"/> Aprovado () Não Aprovado () Com restrições Motivo: _____ Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica:	
<small>Luis Fernando Guerreiro Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica HU-FURG/EBSERH</small> Data: 14/12/2018	