

Custos e Benefícios da Maternidade Adiada

Maria Cláudia Perdigão Andrade *



Neste artigo a autora aborda a problemática das dimensões psicossociais da gravidez e da maternidade, para situarmos esta última no contexto social da maternidade como opção, da maternidade adiada e das inovações biomédicas aplicadas à maternidade. Discute-se a questão das implicações psicológicas decorrentes da necessidade da utilização das inovações biomédicas neste contexto específico.

Introdução

No contexto histórico-social vigente na sociedade ocidental, a modificação do papel social da mulher é acompanhada de alterações aos níveis familiar e dos comportamentos procriativos. É desta forma que as mulheres cada vez mais planeiam o momento da maternidade, em função das prioridades que estabelecem ao nível profissional. A maternidade é adiada para idades entre os 35 e os 40 anos, altura em que outras questões médicas e psicológicas se colocam. Analisaremos a problemática dos custos/benefícios associados a estas situações.

É aqui que o papel das intervenções biomédicas de assistência pré-natal têm um lugar de destaque, oferecendo a possibilidade de realizar o diagnóstico de cromossopatias. Contudo, esta progressiva medicalização da gravidez tem os seus custos,

nomeadamente ao nível da tomada de decisões e do aumento da ansiedade inerente a este diagnóstico.

Analisaremos, assim, os problemas psicológicos associados à gravidez, bem como aqueles que lhes são acrescidos pela utilização das inovações biomédicas.

As Dimensões da Gravidez

A gravidez não é um acontecimento apenas biológico, corresponde, também, a um complexo processo social. Segundo COSTA e REMOALDO (1994), "a gravidez é (...) um fenómeno individual e social e, ao mesmo tempo, biológico, afectivo, familiar, económico, político e cultural" (p. 27). Este aspecto varia muito, dependendo da sociedade e da cultura vigente e, em cada uma destas, do nível sócio-económico das pessoas envolvidas. Um exemplo marcante destas diferenças observa-se

* Mestre em Psicologia Social, Assistente da Escola Superior de Educação Jean Piaget-Viscu.

entre as sociedades industrializadas e as menos industrializadas ou desenvolvidas, nas quais os valores sociais serão também diferentes. A este propósito COSTA e REMOALDO (1994) escrevem: “Todos os grupos sociais construíram à volta da gravidez um conjunto de normas de comportamento, de interdições e de tabus, de representações valorativas e de constrangimentos, que denotam a importância social atribuída a este processo biológico de reprodução das sociedades” (p. 27).

Em algumas sociedades, o nascimento de uma criança consoma o casamento. Analogamente, em muitas partes do mundo, uma rapariga só atinge o estatuto de adulta depois de ter dado à luz uma criança. Embora as atitudes face à concepção variem bastante, a gravidez é festejada, em muitas sociedades, como prova de fertilidade. Nas sociedades camponesas, as mulheres jovens têm tendência a seguir os exemplos das mães, não existindo, geralmente, grandes diferenças ou inovações nos cuidados dispensados ao bebé e durante a gravidez. Nas sociedades industrializadas, e particularmente, no Ocidente, em que existe uma rápida transformação social, as práticas sociais sofrem também modificações mais notórias.

Aspectos Psicológicos da Gravidez

A atitude em relação à gravidez forma-se muitos anos antes de esta ocorrer. Segundo MENDES (1983), as meninas, desde pequenas, imitam as mães nas suas brincadeiras infantis com as bonecas, tratando delas como se de bebés se tratassem. Mais tarde, por vezes, as adolescentes tratam de irmãos mais novos ou de outras crianças suas familiares, o que lhes permite uma aquisição prática de determinados conhecimentos relativos aos cuidados maternos. É deste modo que, culturalmente, as raparigas vão encarando a possibilidade de um dia mais tarde também poderem estar no papel de mãe e adquirindo um conjunto de conhecimentos que lhes permite vir a lidar com essa situação. Deste modo, parece que existirá uma atitude psicológica das raparigas mesmo antes de qualquer gravidez ocorrer. Devido aos processos sociais que lhe estão

subjacentes, esta atitude perante a gravidez comporta uma faceta positiva e outra negativa. Assim, por exemplo, na sociedade ocidental, a gravidez é valorizada uma vez que se acredita que esta completa o papel social da mulher ou que uma mulher sem filhos pode ser considerada biologicamente inferior. Contudo, existem também certas facetas negativas associadas à gravidez, como, por exemplo, os receios relacionados com possíveis sequelas físicas e psicológicas devidos ao parto ou os condicionalismos da vida que estão associados ao nascimento de uma criança. Podem ainda acrescentar-se os custos relacionados com as condições sócio-económicas que se alteram com a chegada de uma criança, bem como as possíveis dificuldades de coordenação das actividades profissionais com os cuidados maternos, entre outros.

Para DELCROS e WIDLOCHER (1978), “as alterações no decurso da gravidez variam de mulher para mulher, consoante a sua personalidade, a sua história, o meio humano em que se desenvolveu, as relações estabelecidas com os seus próprios pais ou com o pai do seu filho” (p. 281).

A primeira atitude perante a possibilidade de uma gravidez também se pode revelar rodeada de alguma angústia ou incerteza. Assim, perante os testes que confirmam a gravidez pode existir sempre a dúvida sobre a sua veracidade. Deste modo, sintomatologias como vômitos e náuseas que são frequentemente atribuídos a modificações hormonais e psicossomáticas podem também ter uma origem sócio-cognitiva exprimindo a incerteza, e por vezes, o conflito de sentimentos acerca da possibilidade e da desejabilidade da gravidez (DELCROS e WIDLOCHER, 1978). Para certos autores, esta sintomatologia aparece com maior frequência quando existe uma situação conflitual em torno da gravidez, quer pela sua imprevisibilidade, quer pela sua indesejabilidade.

Para MENDES (1983), numa segunda fase e após a confirmação médica da gravidez podem ocorrer uma série de reacções psicológicas, a saber: 1) as alterações de humor (as mulheres alegres podem tornar-se deprimidas e as mulheres mais introvertidas podem tornar-se extrovertidas e comunicativas); 2) as alterações do gosto e do cheiro são

também frequentes, revelando-se, por vezes, em apetites fora do comum; 3) os sentimentos em relação ao marido ou mesmos em relação aos outros filhos podem também estar sujeitos a oscilações de humor. A este propósito, DELCROS e WIDLOCHER (1978), afirmam: “A mulher grávida tem muitas vezes tendência a fechar-se sobre si mesma, diminuindo o interesse pelo meio habitual e o mundo exterior em proveito de uma concentração sobre si própria, sobre o mundo interior, a sua vida imaginativa e a criança que traz consigo. Este interesse narcísico aumentado sobre si mesma e a unidade que constitui com o filho, pode fazer-se em detrimento dos seus outros objectos de amor” (p. 281).

É importante referir que estas alterações psicológicas se podem enquadrar no âmbito das modificações fisiológicas decorrentes da gravidez. Segundo MENDES (1983), a gravidez é um processo que modifica o “mundo” da mulher, pelo que esta terá de se ajustar, no seu dia-a-dia, a uma série de novas situações, como, por exemplo: 1) as modificações nos planos de carreira profissional; 2) o aparecimento de algumas marcas físicas, como o ventre proeminente, os seios volumosos, as manchas na cara, as pernas inchadas, entre outras, que podem levar a mulher a sentir dificuldades em encarar esta sua nova imagem; 3) as alterações nos planos de férias ou dificuldades no alojamento; 4) o risco súbito de doenças ou sofrimento; 5) as dúvidas sobre a saúde do futuro do filho, bem como os problemas relacionados com o crescimento e a educação. Todos estes factores podem implicar uma necessidade de ajustamento psicológico que nem sempre é efectuado de uma forma pacífica. O início deste processo ocorre quando existe uma confirmação objectiva da gravidez por parte do médico. A partir dessa altura, a grávida toma progressivamente consciência da existência de uma vida dentro de si e começam as interrogações sobre o sexo da criança, o seu bem-estar e mesmo sobre o tempo que falta para o seu nascimento.

As idas às consultas de seguimento pré-natal também podem constituir momentos de ansiedade, sobretudo acerca da saúde da criança. Com o surgimento dos primeiros movimentos espontâneos do feto, a mulher pode sentir algum desconforto

associado ao sentimento contrastante de bem-estar pelo facto de a criança se mostrar saudável. Para VELLAY (1974, p. 1132), “quando o bebé se mexe, produz uma sensação de prazer e de segurança”. Porém, se estes movimentos não surgem ou param, a futura mãe pode experienciar receio ou mesmo alarme, pelo que, por vezes, é necessária uma intervenção médica para dissuadir esses sentimentos.

As reacções à imagiologia revelada pelo exame ecográfico são, geralmente, de grande alegria e emoção para a futura mãe, uma vez que permitem, pela primeira vez, uma visualização do bebé. Contudo, nalguns casos, deparam-se anomalias ecográficas, cujos efeitos psicológicos é necessário ter em conta.

Em certos casos, a depressão pode instalar-se durante a gravidez. Os estudos revelam a extrema sensibilidade de algumas grávidas que as leva, por exemplo, a manifestações frequentes de choro, sem qualquer motivo aparente, ao mutismo, ao isolamento e à fadiga extrema. Existem relatos de casos extremos em que estes sentimentos se traduzem em tentativas de suicídio. Também as necessidades de sono e de repouso aumentam. Por vezes, surgem insónias que constituem sinais de ansiedade e de receios em relação à saúde do feto. Um estudo que comparou o conteúdo manifesto dos sonhos e a duração do trabalho de parto na primípara mostrou uma relação significativa entre os receios, em torno do nascimento, expressos pelos sonhos, e uma duração de trabalho mais curto (inferior a 10 horas) (DELCROS e WIDLOCHER, 1978).

A partir da segunda metade da gravidez, surge um novo momento psicológico associado ao receio relacionado com o parto. Assim, associado à fadiga e ao desconforto, surge o receio do parto, que se pode traduzir em manifestações de preocupação e irritabilidade suplementar. É nesta fase que muitas grávidas procuram o auxílio de especialistas que as ajudam a obter não só informações relativas ao parto como lhes ensinam técnicas de preparação psicológica para o mesmo. Esta aprendizagem, nomeadamente de técnicas de relaxamento, permite devolver à grávida a tranquilidade necessária para que o parto se desenrole de uma forma natural.

Os receios e ansiedade da mulher grávida foram objecto de numerosos estudos. Num inquérito realizado por Winget, citado por DECROS e WIDLOCHER (1978), as mulheres parecem estar mais ansiosas em relação ao filho do que em relação a elas próprias. O receio de dar à luz uma criança malformada ou anormal ou, até, morta é muito elevado. Com efeito, cerca de 60 a 80% das mulheres grávidas apresentam esses riscos. Segue-se o receio específico de ter uma criança com uma deficiência mental (*v.g.* mongolismo) e, por fim, os receios relacionados com a duração e as sequelas do parto ou, ainda, com a morte no parto. Neste sentido, MacDonald, citado por DECROS e WIDLOCHER (1978), refere, por várias vezes, o papel dos factores emocionais, na determinação de certas complicações obstétricas.

Segundo estudos recentes, verifica-se que a gravidez é cada vez mais valorizada, introduzindo notáveis modificações ao nível psicossociológico nas vivências da gravidez. A mulher cada vez mais assume a gravidez como um estado privilegiado, salientando até alguns aspectos estéticos. Alguns exemplos desta situação são o uso de vestuário habitual, em vez de vestuário específico para grávidas. Desta forma, a mulher encara progressivamente a gravidez como naturalidade e orgulho em que as preocupações com o bem-estar e saúde valorizam o seu estado conferindo-lhe a naturalidade necessária.

Gravidez e Inovação Biomédica

Falar hoje de gravidez é falar no futuro da espécie humana e falar no amanhã. Um olhar prospectivo sobre a realidade actual revela a notável expansão das inovações biomédicas com incidência na gravidez. Entre essas contam-se os métodos de contracepção, de procriação assistida, de Diagnóstico Pré-Natal e de tratamento fetal. Temos, assim, um conjunto de recursos técnicos que podem estar subjacentes ao planeamento familiar, ao seguimento pré-natal, ao aconselhamento genético e ao Diagnóstico Pré-Natal.

As grandes inovações e transformações biomédicas aplicadas à procriação humana que ocorreram no século XX, principalmente nos últimos anos, dão lugar a um vasto leque de questões e de opções, que impõem a necessidade de tomada de decisões, tanto ao nível pessoal como colectivo e, até, político. Neste sentido, é necessário promover a participação dos destinatários dos cuidados de saúde na tomada de decisões. Isto passa por uma nova atitude acerca da utilização das inovações científico-tecnológicas.

As importantes inovações biomédicas que surgiram nos últimos tempos modificaram fortemente os aspectos relativos à procriação, gerando uma progressiva “medicalização” da gravidez. Segundo ZAGALO-CARDOSO (1991), a gravidez passou a estar associada a um quadro institucional, com rotinas mais ou menos determinadas que lhe conferem, por vezes, um estatuto equivocadamente próximo da doença. Com efeito, verifica-se uma notória influência dos procedimentos técnicos do modelo médico nas representações sociais da gravidez. Neste quadro, torna-se necessário que as vivências da gravidez e das respectivas intervenções biomédicas sejam acompanhadas por práticas sociais que permitam uma ressocialização da gravidez. Também o exercício das relações médico-doente, dada a especificidade da situação da gravidez, deve ser revisto à luz desta perspectiva.

Parece ser desejável que o enquadramento institucional contrarie os efeitos negativos da medicalização da gravidez e promova a sua ressocialização. Neste sentido, há que optar por uma filosofia de saúde garantindo a singularidade de cada gravidez enquanto experiência pessoal e conjugal única. Nunca é demasiada a importância que atribuímos à vivência da gravidez e das intervenções biomédicas que a acompanham, uma vez que são duas facetas indissociáveis. De acordo com esta linha de pensamento, é desejável promover uma atmosfera de segurança, confiança e solidariedade.

A decisão de realizar o Diagnóstico Pré-natal parece alterar o decurso da gravidez. A elaboração psicológica da aceitação da gravidez, que habitualmente decorre no primeiro trimestre, parece ser

adiada até se obter o resultado sobre a saúde do feto. Para KUCHNER e PORCINO (1988, p. 267), “os medos são agravados com a ansiedade acerca da possibilidade de confronto com a opção do aborto se uma anomalia for detectada, colocando a mulher num estado de *suspense* até ao segundo trimestre”. Segundo Daniels e Weingarten (1982), citados por KUCNER e PORCINO (1988), nas mulheres que realizam amniocentese, o tempo de espera pelos resultados divide a gravidez em dois períodos. Para estes autores, “o período de expectativa destas mulheres ocorre entre o tempo em que vêem o sonograma do feto e ouvem o bater do coração, como parte do procedimento que envolve a amniocentese, e o tempo durante o qual o líquido amniótico está a ser analisado. Esta ligação visual e sonora com a criança pode depois fazer com a decisão de terminar a gravidez seja mais difícil” (p. 267).

Maternidade Adiada

Actualmente, por questões que se prendem com projectos profissionais e de carreira, verifica-se que a decisão de ter um filho passa, frequentemente, para segundo plano. Para GANHÃO (1995, p. 4), “se ser mãe atrapalha a progressão hierárquica nas exigentes estruturas empresariais e implica o afastamento dos cargos de chefia, então a resposta será não à maternidade”. É deste modo que em diversos países europeus se têm vindo a alterar os perfis sócio-demográficos, coincidindo com outros fenómenos de natureza sócio-económica. O decréscimo da natalidade é uma tendência mais ou menos comum nestes países, que atinge índices consideravelmente baixos em alguns deles.

Ao nível da educação, também se têm registado mudanças significativas. Apesar do padrão familiar continuar vigente, as jovens hoje são incentivadas a investir ao nível escolar e profissional, com vista à aquisição da autonomia económica e psicológica sempre patente, por contraste com os tradicionais papéis da mulher que lhe atribuíam apenas um lugar no lar.

Também a partir dos anos 60 e, sobretudo, a partir do *baby boom* as mulheres começaram a

expressar a necessidade de limitar o tamanho das famílias. É assim que estas são encorajadas ao uso de métodos contraceptivos. As crescentes exigências económicas também contribuíram para a necessidade da mulher ter uma profissão que garanta a estabilidade económica dos lares e um futuro para os filhos. É com este pano de fundo que, por exemplo, nos EUA, há duas décadas atrás, aproximadamente 76% das mulheres, entre os 31 e os 35 anos, tinham tido o seu primeiro filho antes dos 25 anos; enquanto em 1985, apenas 39% das mulheres casadas tinham tido um filho até essa idade (*US Bureau of Census*, 1987, citado por KUCHNER e PORCINO, 1988). Por outro lado, a percentagem de mulheres que têm o seu primeiro filho entre os 35 e os 39 anos aumentou 8% desde 1972; no grupo de mulheres na mesma situação entre os 40 e os 44 anos a percentagem de aumento foi de 33%, no mesmo período de tempo (Resnick, 1986, citado por KECHNER e PORCINO, 1988).

Desta forma, parece existir uma mudança significativa nas idades em que as mulheres estão dispostas a encarar a maternidade. Há algumas décadas atrás, a maternidade raramente era vista como uma decisão. Fazia parte do decurso natural da vida adulta. Segundo KUCHNER e PORCINO (1988), a decisão de adiar a maternidade é, frequentemente, o resultado de um processo que tem algumas implicações. Na verdade é, com alguma frequência, acompanhada por uma dificuldade de decisão acerca de ter ou não um filho. Na maioria dos casos, parece que o adiar da gravidez, até aos 40 anos, é o resultado de um processo de decisão acerca do planeamento do projecto de vida. Segundo Fabe e Wikler (1979), citados por KUCHNER e PORCINO (1988, p. 262), os casais “preocupam-se com as consequências da continuidade do adiamento da maternidade, como os seus filhos se sentirão por terem pais idosos ou como os seus amigos irão encarar a sua mudança de *status*”. Por vezes, tanto os homens como mulheres sentem receio acerca do impacto de uma criança no seu estilo de vida e no seu relacionamento. Num estudo realizado por POTTS (1980) e actualizado por WILK (1986), concluiu-se que as mulheres expressavam ainda dúvidas relacionadas com o foro

financeiro e incertezas sobre se a sua situação económica lhes permite ter uma criança.

Para Covas, citado por GANHÃO (1995, p. 4), “a baixa da natalidade aparece em todas as classes e sectores profissionais. É uma tendência geral que não se relaciona apenas com a vontade da mulher progredir na carreira, antes aponta para razões relacionadas com o bem-estar e a qualidade de vida”.

No caso das mulheres que possuem uma carreira profissional, o estabelecimento de papéis mais tradicionais ligados à família, concretamente o papel da maternidade, pode constituir uma dificuldade, uma vez que até aí assumiram papéis menos tradicionais. Para estas mulheres, a maternidade pode constituir um “retrocesso” a um papel mais tradicional da mulher como mãe de família. Também as preocupações financeiras e a disponibilidade para a qualidade das relações mãe-filho constituem algumas das preocupações evidenciadas pelas mulheres que adiam a maternidade. No estudo de WILK (1986), citado por KUCHNER e PORCINO (1988), são evidenciados, também, alguns factores de natureza psicodinâmica como as imagens da juventude perdida. Ainda neste estudo, o autor refere que as mulheres com um elevado grau de satisfação ao nível profissional não referem que a chegada de uma criança introduz modificações significativas, mas acrescentam que talvez o rumo da sua carreira se vá direccionar num sentido diferente.

Uma questão que se coloca com frequência às mulheres que optaram por adiar a sua gravidez é a de saber se realmente devem ou não ter filhos. A definição da família tradicional com filhos ainda hoje se apresenta como um forte modelo normativo nas nossas sociedades. Segundo RAPPORT *et al.* (1980), citados por KUCHNER e PORCINO (1988), a decisão de ter uma criança em qualquer idade é formada a partir de uma variedade de motivações conscientes e inconscientes. Para o mesmo autor, estas podem incluir o desejo da continuidade familiar, a necessidade da procura de um sentido para a vida e a segurança da presença de alguém que assegure algum apoio na velhice. Para além destas motivações, os estudos de MOULTON (1979)

referem também componentes mesmos conscientes, como, por exemplo, a identidade sexual. Segundo WILK (1986), citado por KUCHNER e PORCINO (1988), as mulheres que decidiram ter um filho por volta dos 35 anos sentiam-se confortavelmente ao nível das condições de vida e da identidade sexual enquanto mulheres.

Contudo, será também importante referir que o adiamento da maternidade nem sempre é voluntária. Segundo KUCHNER e PORCINO (1988), por vezes, esta decisão é adiada porque a mulher ainda não encontrou o parceiro que considera certo para ser o pai do seu filho. Existem, também, casos relacionados com infertilidade em que só por volta dos 35-40 anos é que os processos terapêuticos permitem obter sucessos.

A maternidade adiada: riscos para a mãe e para a criança

Um dos principais problemas inerentes ao adiamento da maternidade prende-se com o decréscimo da fertilidade. Diversos estudos têm demonstrado que a fertilidade tende a decair depois dos 35 anos. Contudo, parece que um decréscimo resulta da interacção da idade, da saúde e da fertilidade.

Entre os riscos para as mulheres que têm a sua primeira gravidez por volta dos 35 anos, contam-se, por exemplo, o desenvolvimento de toxémia, de disfunções e de hipertensão, entre outros. Por outro lado, aos 35 anos, as causas mais frequentes de morte materna prendem-se com a possibilidade de hemorragias obstétricas, embolismo e hipertensão arterial. Também complicações relacionadas com a possibilidade de aborto e a necessidade de cesariana aumentam com a idade.

Entre os riscos para a criança, a idade materna avançada aumenta a probabilidade de morte neonatal, bem como de anomalias cromossómicas (cromossopatias) e congénitas. A anomalia cromossómica mais frequente é a Síndrome de Down, que está associado a deficiência mental, problemas do coração, hipotiroidismo, problemas imunológicas, etc.. A incidência de Síndrome de

Down começa a subir depois da mãe ter alcançado os 30 anos, aumentando de 1 em 2400 em mães entre os 15 e 19 anos, para 1 em 109 para mães de 40 anos e 1 em 32 para mães de 45 anos de idade. Também as outras anomalias cromossômicas aumentam de um modo paralelo.

Maternidade adiada: benefícios

O adiar da maternidade não comporta apenas aspectos negativos. Este adiamento faz-se, frequentemente, com vista à possibilidade de aquisição de um nível de vida que permita melhores condições para a criança. Deste modo, as mulheres que têm a primeira experiência de maternidade entre os 30 e os 40 anos podem beneficiar de experiências emocionais que não seriam possíveis mais cedo. Estas mulheres parecem demonstrar mais sentimentos de competência, de autonomia, de autoconfiança e de individualidade do que mães mais novas.

As mulheres parecem estar mais aptas para lidar com as características sociais que são atribuídas ao papel da mãe tais como a competência, a atenção e a disponibilidade afectiva para cuidar da criança.

Também as modificações ao nível da estrutura intrafamiliar podem apresentar menos custos e mais benefícios nesta faixa etária: os casais reconhecem que já tiveram a disponibilidade necessária para viver a sua intimidade que se completa com o nascimento de um filho. Os pais sentem-se mais disponíveis para as diversas solicitações que a chegada de uma criança acarreta. É interessante notar que os pais, nesta faixa etária, preferem cuidar eles próprios do seu filho do que recorrer a familiares, vizinhos ou infantários. É notória a preocupação com o bem-estar da criança e com o seu desenvolvimento num clima afectivo favorável.

Também ao nível da qualidade de vida, nomeadamente ao nível dos factores que se prendem com o estatuto sócio-económico, estas mulheres parecem usufruir de algum bem-estar pessoal e material. Num estudo realizado por WALTERS (1986), citado por KUCHNER e PORCINO (1988), este grupo de mulheres já

trabalhou, em média, 9 anos antes do nascimento do seu primeiro filho, sendo que um total de 97% das mulheres da amostra tinham formação universitária e 62% tinham algum grau académico. Parece que as suas escolhas profissionais as levam a prolongar os seus estudos, remetendo a maternidade, de alguma forma, para segundo plano. Segundo as informações do *U.S. Census Bureau*, de 1987, as mulheres com 30 anos ou mais, aquando do nascimento do seu primeiro filho, completaram, pelo menos, um ano de ensino universitário, têm uma ocupação profissional e vivem numa família com um estatuto sócio-económico relativamente bom.

Conclusão

No presente trabalho, passámos em revista as dimensões psicossociais da maternidade, para situarmos o contexto social da maternidade como opção, da maternidade adiada e das inovações biomédicas aplicadas à maternidade.

Apresentámos a problemática da mudança de atitudes sociais relativamente à maternidade, decorrentes da multiplicidade de factores de ordem psicossocial que leva um cada vez maior número de mulheres a adiar a decisão de ter um filho. Analisámos os problemas psicológicos associados a este adiamento, bem como outros decorrentes da necessidade da utilização das inovações biomédicas nesse contexto, como é o caso do Diagnóstico Pré-Natal.

Bibliografia

- BIBRING, G.L.; VALENSTEIN, A.F. – Psychological aspects of pregnancy. *Clin. Obstet. Gynecol.* vol. 19, 1976. pp. 357-371
- COSTA, M.S.; REMOALDO, P. C. – A mulher grávida e a sociedade: para uma sociologia da gravidez. In MENDES M.L. (Ed) - *Livro de Obstétrica*. Coimbra: Almedina, 1976.

- DELCROS, J.; WIDLOCHER, D. – As alterações psicológicas no decurso da gravidez. *Jornal do Médico*, 1978. pp. 281-283
- GANHÃO, M. – *Mulheres entre a profissão e os filhos*. Lisboa: Expresso, 1995.
- KUCHNER, J.F.; PORCINO, J. – Delayed Motherhood. In BIRNS B.; HAY D. F. (Eds.) - *The Different Faces of Motherhood*. N.Y: Plenum Press, 1988.
- MATTHEWS, K.A.; RODIN, J. – Women's changing work roles. *American Psychologist*. vol. 44, No 11, 1989. pp. 1389-1393
- MENDES, M. – *Obstetrícia essencial*. Coimbra: Serviço de Reprografia da Faculdade de Medicina de Coimbra, 1983.
- MERYLE, M. K. – *Mother's images of motherhood*. London: Routledge, 1992.
- VELLAY, P. – Psychologie de la femme enceinte. *J. Gyn. Obst. Biol. Repr.* Vol 3, 1974. pp. 1129-1133
- ZAGALO-CARDOSO – Doenças genéticas: desafios e dilemas. In Mendes M. L. (Ed) - *Livro de Obstétrica*. Coimbra: Almedina, 1989.