



“ELA VALE POR CINCO CRIANÇAS”: O IMPACTO DA MICROCEFALIA NA MATERNAGEM

Jany Helem de Almeida Santos (1), Aponira Maria de Farias (2)

⁽¹⁾ *Faculdade Maurício de Nassau - janyhelem_cg@hotmail.com*

⁽²⁾ *Orientadora, Universidade Estadual da Paraíba - aponira@yahoo.com*

Resumo: A microcefalia é uma condição neurológica que afeta o tamanho considerado normal do perímetro cefálico. A temática tem se evidenciado desde 2015 em virtude do aumento do número de casos associados à síndrome congênita do zika vírus, da qual a microcefalia faz parte. A pesquisa teve por objetivo avaliar o impacto dessa deficiência na maternagem, identificando os processos de reconstrução das idealizações maternas. A pesquisa é qualitativa e descritiva, a partir de estudos de caso múltiplos, sendo utilizado questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada gravada. As informações colhidas passaram pelo processo de análise temático categorial. A pesquisa foi realizada nos domicílios das famílias, em Alagoa Grande, Ingá e Lagoa Seca, com 6 mães de bebês com microcefalia. Após o impacto ao receber a notícia da deficiência do filho, a mãe é abalada nos aspectos psicológicos e sociais. O pai e a família também estão envolvidos nesse processo. A mãe vivencia vários afetos, desde o diagnóstico ao nascimento do filho, tais como o medo e também o preconceito social. As formas de enfrentamento desses processos e do luto são importantes para mãe e familiares que recebem a criança com microcefalia, sendo a rede de suporte social e a espiritualidade as formas de enfrentamento utilizadas nesse momento, segundo percebeu-se na amostra da pesquisa. A psicologia tem um papel fundamental para a mãe, possibilitando um espaço de compreensão, empatia, escuta. Na família que enfrenta a microcefalia, o psicólogo atua fortalecendo a maternagem, potencializando estratégias de enfrentamento da mãe para lidar com a desilusão, auxiliando-a na reorganização e adaptação a esse bebê com deficiências múltiplas, proporcionando a reconstrução de suas idealizações. Dessa forma, faz-se necessário a compreensão não apenas dos aspectos médicos e funcionais, mas dos fatores psicológicos e da dinâmica familiar após a chegada da criança com microcefalia, devendo o acompanhamento psicológico ser realizado desde a gestação.

Palavras-chave: Microcefalia, Zika Vírus, Maternagem, Famílias, Aspectos Psicológicos.

Quem ainda não escutou a frase: “Um mosquito não é mais forte que um país inteiro”? Pois bem, essa frase retrata a luta que o Brasil está vivendo, desde outubro de 2015, contra a dengue, chikungunya, febre amarela e, principalmente, microcefalia e síndrome congênita do zika vírus. A microcefalia afeta o tamanho da cabeça da criança, além de, dentro do contexto da síndrome congênita, vir acompanhada de complicações de ordem visual, cognitiva, motora, etc. Pode ser primária (congênita) ou secundária (adquirida).

Desde 2015, registra-se o aumento do número de casos de microcefalia e, grau de severidade dos mesmos. Até 12 de abril de 2017 já se confirmaram 2.653 casos de microcefalia e outras alterações do sistema nervoso no Brasil, sugestivos de infecção congênita. A maioria dos casos em monitoramento concentra-se na região Nordeste (47,9%), seguindo-se as regiões Sudeste (33,8%) e Norte (8,9%). Os cinco Estados com maior número de casos são Bahia (18,6%), São Paulo (11,6%), Rio de Janeiro (11,4%), Pernambuco (9,5%)



e Minas Gerais (8,3%). O Nordeste continua sendo a região que apresenta maior número de municípios com casos e óbitos (48,0% do total registrado no país). Pode-se inferir, pela grande demanda de casos, que é algo novo, embora essa deficiência já existia, tinha outras causas, um número bem menor de casos e uma severidade leve em termos de limitação funcional (BRASIL, 2017).

No contexto atual, do aumento do número de casos e agravamento dos mesmos, surgiu o questionamento de quais impactos as famílias que recebem o diagnóstico dos filhos com essa deficiência podem estar vivenciando. Essa pesquisa teve o objetivo de avaliar esses impactos da microcefalia na dinâmica familiar, a partir da percepção da mãe, verificando como a genitora lida com a deficiência.

O meio familiar enfrenta embates com o quadro de deficiências múltiplas que a microcefalia e síndrome congênita do zika vírus trazem à pessoa com deficiência, além dos choques em relação à saúde, ao social, previdenciário e emocional. A mãe espera o filho “perfeito”. Ao receber a notícia, há uma desconstrução dessa idealização e logo após se inicia novamente a reconstrução desse sonho, que seria do filho perfeito, idealizado, para o filho real, com muitas demandas e limitações funcionais. É um problema de saúde pública que precisa ser acompanhado por uma equipe interdisciplinar, com articulação entre várias políticas públicas (saúde, educação, assistência social e previdência social).

Microcefalia e Maternagem

A microcefalia é uma condição neurológica que afeta o tamanho considerado normal do perímetro cefálico, que poderá variar de acordo com fatores raciais (MOTA *et al.*, 2014). Na microcefalia, o perímetro cefálico é inferior a dois ou mais desvios em comparação com o tamanho considerado normal (LEAL, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016), traz o conceito de microcefalia como um sinal clínico, onde os bebês que nascem com a cabeça menor que o esperado para a idade, podem ter atraso no desenvolvimento e uma disfunção mental, convulsões, insuficiências físicas e afetar o desenvolvimento auditivo ou visual. Podem também ter um desenvolvimento neurológico normal.

O alto número de casos faz pensar que é algo novo, mas não é. A novidade é no contexto da microcefalia: o zika vírus (DINIZ, 2016). Essa deficiência pode ter várias causas, como meningite, meningoencefalite, radiação, infecções, alcoolismo, etc. E o zika vírus é só mais uma dessas causas (PEÑAS & ANDÚJAR, 2007). A diferença está na severidade do



quadro de microcefalia associada ao zika vírus. Atualmente está incluída no que os especialistas estão chamando de síndrome congênita do zika vírus. Há registros de microcefalia no Brasil desde 2010, somando um valor de 791 casos de microcefalia até 2014 (FIOCRUZ, 2016). Entre 2015 e 2016, foram registrados 10.441 casos. Em 2017, até a Semana Epidemiológica 10, foram registrados 3.961 casos prováveis de febre pelo vírus Zika no país; destes, 942 (23,8%) foram confirmados. (BRASIL, 2017).

Historicizando o problema, em 1947, o vírus zika foi isolado em macacos na Uganda, para pesquisas sobre uma febre amarela selvagem; justamente por ter sido encontrado na floresta zika, o vírus levou esse nome. A transmissão foi do animal para o homem e desse para os demais, por ato sexual ou perinatal; o transmissor é o mosquito *Aedes*, que também transmite febre amarela, chikungunya e dengue (LOPES, CARLOS & LINHARES, 2014). Os sintomas da zika, segundo a Organização Mundial da Saúde (2016), são: “febre, erupções na pele, conjuntivite, mialgia, artralgia, mal-estar e cefaleia”. Essa doença foi identificada recentemente na Polinésia Francesa e no Brasil, entre 2013 e 2015 (OMS, 2016), através das investigações do grande aumento da microcefalia. No dia 28 de novembro de 2015, foi confirmada a associação entre microcefalia e o vírus zika, através da apuração de amostras de sangue e tecido de um bebê que morreu com microcefalia e outras complicações. O bebê era do Estado do Ceará (BRASIL, 2015). Após o aumento significativo do número de casos e também de óbitos em virtude de complicações do zika vírus (BRASIL, 2017), em 1º de fevereiro de 2016 foi declarado pela OMS estado de “emergência de saúde pública internacional” (OMS, 2016).

Apesar da importância das pesquisas acerca dos aspectos neurofuncionais, os aspectos sociofamiliares também são relevantes e ainda não tem sido contemplados. O surto de microcefalia amortece a emoção da gravidez pelo temor de uma geração com desenvolvimento incerto. Essa realidade retrata o momento de angústia que a família passa no instante que recebe o diagnóstico que o bebê nascerá com microcefalia (AVELINO, 2016). Tal contexto pode afetar a maternagem, que está relacionada ao afeto, cuidado e ao carinho da mãe com a criança, sendo desenvolvida pela mãe no vínculo com seu bebê. (GRADVOHL, OSIS & MAKUCH, 2014; PICCININI & ALVARENGA, 2012). Diante disso, a pesquisa buscou compreender como a chegada de uma criança com microcefalia influencia a dinâmica familiar e a maternagem.



Método

A presente pesquisa é do tipo qualitativo, onde foi explorada a fala dos participantes envolvidos (GIBBS, 2009), descritiva, pois foram descritos e relacionados os dados obtidos através do questionário e entrevista aplicados, a partir de estudos de caso múltiplos (YIN, 2015; ELLET, 2008). Teve por objetivo descrever os impactos que a microcefalia causa na dinâmica familiar, apresentando os resultados em forma de artigo (KOLLER, COUTO & HOHENDORFF, 2014).

A pesquisa foi realizada nas cidades de Alagoa Grande, Ingá e Lagoa Seca, com seis mães de crianças com microcefalia. Participaram da pesquisa mães que tem filhos com microcefalia e que desejaram participar da entrevista. As mães entrevistadas têm entre 19 e 36 anos: três tem ensino fundamental incompleto (50%); as outras se dividem em ensino médio incompleto e completo, e superior incompleto. Todas são casadas, vivem em união estável e tem até dois filhos. Das seis entrevistadas, quatro moram em zona rural. Os dados foram coletados em outubro de 2016, após aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), sob o CAAE: 60263416.40000.5187.

Os instrumentos utilizados foram o questionário sociodemográfico, a entrevista semiestruturada, gravada e a observação direta, de forma a compreender como a mãe e familiares lidam com a deficiência, principais necessidades e os processos de luto.

As informações colhidas passaram pelo processo de análise temático categorial (KOLLER, COUTO, HOHENDORFF, 2014) e os resultados foram divulgados através de um artigo, apresentado na conclusão do curso de Psicologia, na Faculdade Maurício de Nassau.

Resultados e Discussão

A gestante passa por momentos de “ansiedade e depressão”. Algumas sensações como fobias relacionadas ao bebê nascer com alguma malformação, morrer no parto ou mesmo a morte intrauterina são alguns exemplos de pensamentos que a mãe geralmente tem no terceiro trimestre de sua gravidez (EIZIRIK & BASSOLS, 2013). Quando se fala em bebês com malformação, ao receberem a notícia, as mães sentem “choque, medo, raiva, ansiedade, somatização, tristeza, pensamentos intrusivos, dentre outros” (OSÓRIO & VALLE, 2009).

Esses sintomas foram observados nas falas das mães: “foi um choque” (Mãe 1), “foi tipo uma surpresa... que surpresa... Não poderia imaginar”(Mãe 6). A palavra medo foi repetida nas falas em 8 ocasiões, como: “sempre com aquele medo. Não era um medo de não



aceitar, era um medo assim de ver, era de... Era inexplicável”, “tenho medo dela não sobreviver” (Mãe 2).

A ansiedade também se reflete na fala das mães: *“me senti nervosa”, “tinha muita ansiedade, fiquei muito nervosa”, “Minha ansiedade era demais” (Mãe 2).* A tristeza foi observada na fala em 9 ocorrências, como: *“A gente fica triste”, “chorei muito”, “Eu fiquei triste” (Mãe 3).* A depressão foi aludida duas vezes nas falas das mães: *“entrei tipo em depressão” (Mãe 3), “quase que entrava em depressão” (Mãe 4).* Os pensamentos intrusivos acerca da morte do bebê emergiram no discurso das mães: *“Eu pensava em ele morrer” (Mãe 3), “passava mil coisas pela minha cabeça” (Mãe 2).*

As dificuldades mais relatadas pelas entrevistadas foram relacionadas ao transporte, sendo citadas 8 vezes. O choro do bebê foi citado, mas, com a utilização de ansiolítico, elas relatam que o problema foi amenizado. O dinheiro também foi apontado pelas mães como uma dificuldade, corroborando pesquisas que apontam a vulnerabilidade socioeconômica em que se encontram a maioria das famílias que sofrem com as consequências do zika vírus. "A epidemia do vírus zika revela uma série de violações de direitos, a começar pela invisibilidade. A maioria das mães dessas crianças é usuária dos serviços do Sistema Único de Saúde, mora na periferia de grandes cidades, é negra e jovem" (BRITO, 2016).

A descoberta da malformação causa um impacto na família. Há o processo de luto pelo “bebê ideal”. Dentre as etapas de elaboração do luto (negação, raiva, barganha e aceitação), predominou a negação e a dificuldade em falar sobre o assunto (TADA & KÓVACS, 2007), ou até mesmo verbalizar o nome microcefalia, foram observadas em algumas falas:

Meu medo maior era de perder ela... Não era nem tanto... Mas na cabeça da gente, a gente não quer entender (MÃE 2).

Porque no momento eu não aceitei (MÃE 3).

Meu bebê tinha né...Esse... (MÃE 6).

A barganha também foi observada: *“eu bati (morfológica) com a esperança dela não ter; aí eu fiquei na esperança, pedindo pra Deus que ela não tivesse” (Mãe 2)* e a raiva em relatos como: *“Eu ficava pensando: meu Deus, tantas meninas grávidas; meu Deus, por que só a minha?[...] (Mãe 2).* A mãe passa pelo processo do luto do bebê ideal e, logo após a reconstrução do sonho e a confrontação com o filho real, que não é perfeito como ela sonhava, é através do amor, do cuidado materno e das várias formas de enfrentamento, que passa a ser desejado e se torna aceito pela mãe. Os sentimentos que antes eram de medo,



angústia, tornam-se superados pelo amor desenvolvido após a chegada do bebê (OSÓRIO & VALLE, 2009; EIZIRIK & BASSOLS, 2013).

As formas de como lidar com o bebê foram percebidos como angústia da mãe, mesmo quando já tinha um filho. Elas relatam que o cuidado é maior por saber que o bebê possui uma deficiência: *“mais estressante, pois ela vale por cinco crianças; o cuidado é maior”* (MÃE 5). Essa fala mostra tanto a dificuldade que as mães enfrentam relacionada ao cuidado do bebê, quanto à renúncia que as mesmas vivenciam para lidar com todas as questões relacionadas à criança (VENDRUSCULO, 2014).

Eizirik e Bassols (2013), ressaltam que o pai é de grande importância no desenvolvimento da criança com deficiência, em todas as situações, o que corrobora com a fala das mães ao falar sobre a posição do pai no processo:

Ele ficou com a cabeça baixa, mas disse: 'seja o que Deus quiser; do jeitinho que ela vier, será bem vinda'. Ele nunca me deixou abater; tinha um pensamento diferente do meu, de que ia dar tudo certo (MÃE 2).

Ele aceitou... ahaaaa... com certeza a gente ama nosso menino... Ele é um pai maravilhoso (MÃE 6).

As falas citadas mostram o quanto é importante o pai no processo da gestação, parto e puerpério, ajudando a mãe a controlar a dor, ansiedade, em posição de afeto, carinho (WENZEL & MARDINI, 2013). Alguns afetos que emergem na fala das mães acerca dos pais quando recebem a notícia da deficiência do filho: tristeza, choque, ansiedade (CAMPOS, 2013). Foi observada também a postura de confiança e apoio às mães. Essas posições quebram o paradigma de que os pais devem ser a “fortaleza” (FÁVERO, 2010; OSÓRIO & VALLE, 2009).

O apoio familiar é muito importante no enfrentamento da deficiência do filho (CRUZ, SANTOS & SOUZA, 2012). Foram relatadas pelas mães o choque e a tristeza, mas o acolhimento também é percebido:

Minha família todinha aceitou, foi muito amor com ela (MÃE 4).

A família teve aquele impacto, mas depois aceitou (MÃE 5).

Outro ponto importante constatado foi a falta de informação sobre a deficiência, fazendo com que as mães se preocupassem, ficando nervosas e ansiosas, justamente por não terem conhecimento sobre a microcefalia advinda do zika vírus. As informações transmitidas pela televisão e o preconceito das pessoas aumentou a preocupação das mães, tanto



relacionadas ao nascimento do bebê, sem saber como seria seu filho, bem como quanto ao futuro:

Não entendia quando recebi o diagnóstico (Mãe 1).

A gente sabia mais pela televisão (Mãe 2).

A partir das falas das mães, pode-se analisar que de alguma forma elas tinham informação sobre a deficiência, se mantiveram mais calmas no processo, como exemplo da Mãe 5: “*Senti-me normal, agi normal, não fiquei tão abalada assim*”. Casellato (2015), afirma que nesse momento a mãe carrega consigo a preocupação de ser mãe, medos e expectativas associadas ao desenvolvimento, à saúde e até mesmo o risco da morte de seu filho. Dessa forma, quando são informadas que a criança tem deficiência e ainda há a necessidade de internação de tratamento intensivo neonatal (UTIN), causa um sofrimento maior na mãe, como relatado pela Mãe 6: “*meu filho tá internado, todos os dias vamos lá; um dia sou e outro é o pai*”. Ou seja, o momento que deveria ser de alegria, é interrompido pela necessidade de internação do bebê, embora se perceba na fala da mãe uma corresponsabilidade paterna nos cuidados com a criança.

O preconceito social se evidencia no discurso materno. Antes mesmo do filho nascer, elas já sentiam medo pelo futuro dos filhos. Não houve empatia e acolhimento da comunidade adequados com a circunstância pela qual as mesmas estavam passando, momento de sofrimento e enfrentamento de muitas dificuldades. Tal insensibilidade e falta de suporte social fez com que as mesmas não quisessem compartilhar o momento com as pessoas da comunidade, o que segundo Osório e Valle (2009), são fatores de risco do processo de adoecimento biopsicossocial.

Muitas pessoas tinham preconceito, chamava de “cara de sapo” (Mãe 1).

Eu não falei para ninguém, eu pensei assim: se no início, só em ver as reportagens, elas já xingam, começam a falar coisas, por que é que eu vou falar? (Mãe 1).

O apoio do cônjuge, a espiritualidade, a psicoterapia de grupo e individual, foram relatados como formas de enfrentamento da família e elaboração do luto materno em relação à deficiência do filho. Acerca do acompanhamento psicológico, as mães relatam:

Fui acompanhada pela psicóloga, foi bom, pois ela me esclareceu” (Mãe 1).

Antes individual e agora em grupo e individual (Mãe 2).

Desde que ela nasceu e ainda sou. Ela ajuda muito (Mãe 5).



A partir das falas citadas acima, percebe-se a importância do acompanhamento psicológico na busca de esclarecimentos do que está acontecendo, bem como fala Osório e Valle (2009), “é preciso se colocar a disposição para responder as perguntas que possam favorecer o entendimento do que está acontecendo”.

Uma das formas de enfrentamento foi relacionada à rede social formada pelas mães que possuem filhos com microcefalia, como cita a Mãe 1: “*entre mães, a gente conversa muito, troca muita ideia, uma ajuda à outra, isso tem sido de muito apoio*”. Para Fiamenghi Junior e Messa (2007), é de fundamental importância compartilhar experiências com pessoas que também estão passando pela mesma situação. “Com o apoio da rede social, essas famílias estarão mais capacitadas e qualificadas para suprir seu papel fundamental” (PRADO, 2013, p. 94).

Segundo Silva, Girão e Cunha (2016), a espiritualidade é utilizada como uma forma de enfrentamento da situação, evidenciando-se na fala das mães:

Temos que aceitar, foi assim que Deus permitiu (Mãe 6).

Tinha uma colega do meu lado... Ela me deu bastante força, disse que o médico dos médicos era Deus, que Deus é quem dá e quem tira vida... Quem dá permissão da vida e da morte é Deus (Mãe 6).

O foco nos aspectos físicos e biológicos é relatado também em falas como: “...*meu maior suporte, lá foi onde eu pude fazer os exames necessários... fisioterapeuta...*” (Mãe 1) “*só não deixo de fazer o tratamento dele*” (Mãe 3). O ideal de normalidade é percebido também, através do foco nos aspectos físicos e funcionais e de comparações com doença, o que demonstra ainda a falta de informação do que é deficiência.

Eu tenho ela como um bebê normal (Mãe 1).

As pessoas chegavam perto de mim e diziam que ela tinha uma doença. Teve uma mulher que eu tava tentando dá a menina pra ela segurar e ela com medo (Mãe 2).

O psicólogo é importante nesse momento no acolhimento da pessoa de forma empática, ou seja, deve compreender que é uma situação única e só a pessoa que vivencia, compreende o que está sentido. O acolhimento, as dúvidas, preocupações (sejam elas de cunho exagerado ou real), angústias e outras questões relacionadas ao desenvolvimento e cuidado do bebê, são de grande importância para o enfrentamento e elaboração do luto. O trabalho não deve ser realizado apenas pelos profissionais de psicologia, mas envolve toda a equipe de saúde.



Osório e Valle (2009), falam sobre a “quebra do silêncio”, que é essencial no processo, desde a descoberta da deficiência do filho até o nascimento e vivência com o mesmo. Esse momento será facilitado pelo trabalho do acompanhamento psicológico. A função do psicólogo é promover um espaço de acolhimento à mãe e estimular o potencial da mesma no relacionamento com o bebê e no enfrentamento (OSÓRIO & VALLE, 2009).

Nesse processo de acolhimento da mãe, escuta, observações, em função de conhecer a dinâmica familiar e facilitar o processo de elaboração através da estimulação de pontos positivos na família, Osório e Valle (2009), pontuam que “há o tempo certo para cada tarefa dentro do processo de elaboração do luto, que é único, e precisa ser construído pela família”. O tempo de elaboração dependerá da situação e contexto ao qual a mãe está inserida (OSÓRIO & VALLE, 2009).

A chegada da criança com microcefalia na família traz não somente um impacto à mãe, que segundo a pesquisa é a principal cuidadora, mas também ao pai e familiares que estão envolvidos no processo. As políticas públicas são de fundamental importância para um melhor acolhimento dessas famílias, tentando sanar a vulnerabilidade financeira, falta de transporte público acessível, apontados como dificuldades frequentes vivenciadas pelas famílias, requerendo melhorias nessas áreas. Além dessas questões, a maternagem é marcada por processos psíquicos que necessitam de apoio psicológico desde a gestação. Contribuem para o enfrentamento o acompanhamento psicológico, a rede social e a espiritualidade.

A microcefalia e a síndrome congênita do zika vírus causaram um impacto nas famílias, não só pelas deficiências múltiplas, mas também pela incerteza do futuro dessas crianças. A família não está pronta para receber uma criança com deficiência e quando se trata do zika vírus, trouxe consigo diversos aspectos psicológicos tais como insegurança acerca dos prognósticos, isolamento, dentre outros já relatados e que marcaram a maternagem das mães que receberam esse diagnóstico. A psicologia tem um papel importante nesse momento, devendo atuar com a equipe de saúde junto à mãe e familiares desde a gestação.

Conclusão

Quando um filho com malformação nasce, toda a família é impactada. Esse processo é sentido pela mãe de forma mais ativa, justamente por ela gerar o bebê. Ao passar pelos processos de idealização do filho perfeito, o diagnóstico chega como um “balde de água fria”, levando embora seus sonhos e até mesmo projetos para o futuro de seu filho. Na fala das



mães, percebe-se que a busca pelo filho dito “normal” é trazido como algo construído historicamente no contexto social. É um momento marcado por incerteza e insegurança. A família tenta entender o contexto de um quadro de deficiência onde os próprios profissionais de saúde ainda não têm informação precisa sobre prognósticos acerca do desenvolvimento da criança, ao mesmo tempo em que precisam aprender a lidar com as demandas que as limitações funcionais delas trazem (PRADO, 2013).

Percebe-se ainda as renúncias por parte de outros papéis sociais das mães: esposa, mulher do lar, profissional, estudante, mãe de outros filhos. Muitas dessas mães deixam em segundo plano outras atividades e interesses para se dedicarem só aos cuidados com o filho microcéfalo. Nesse processo de cuidado, afeto, carinho, a maternagem vai se estabelecendo, o que é muito importante para o desenvolvimento da criança em seus vários aspectos.

As mães, na presente pesquisa, não desistiram e nem foram abandonadas pelos cônjuges por terem um filho com microcefalia. As formas de enfrentamento e reconstrução do sonho se deram pelo apoio do marido, familiares e de mães que também estavam passando pelo mesmo processo. A espiritualidade e a psicoterapia foram trazidas nas entrevistas como um meio de adaptação e reorganização mental e familiar. Nas falas e na observação evidencia-se o amor materno. Através das formas de enfrentamento encontradas pelas famílias, desde o apoio familiar até a psicoterapia, houve a reconstrução do sonho e o filho, diferente do idealizado antes da descoberta da deficiência, se torna o filho real, amado, perfeito aos olhos da mãe.

O psicólogo que atua nessa área precisa de uma formação voltada para compreensão desses aspectos da dinâmica familiar e dos processos psicológicos dos seus membros no lidar com a deficiência do novo integrante da família. O psicólogo deveria fazer o acompanhamento familiar desde o momento da revelação da deficiência até o instante que a mãe voluntariamente procurar o profissional para um processo terapêutico. O luto e seu processo de elaboração devem ser entendidos subjetivamente e o acolhimento nessa situação deve ser realizado de forma a facilitar o enfrentamento, estimulando a adaptação de todos à nova realidade da melhor forma possível.

Diante do que foi coletado na pesquisa, percebe-se muitos temas emergentes para investigações longitudinais posteriores, como por exemplo, “o psicólogo e sua atuação no contexto da síndrome congênita do zika vírus”, “o pai e cuidado do filho com microcefalia”, “o irmão da criança com microcefalia”, “profissionais de saúde frente ao quadro de síndrome congênita do zika vírus”, “vivências da gestação do contexto do zika vírus”, “incidência de transtornos mentais em famílias com crianças com microcefalia”. São temas importantes para



o avanço nas práticas profissionais em saúde e nas políticas públicas de forma geral. Grupos terapêuticos, psicoterapia individual, acompanhamento psicológico no pré-natal, a transmissão de informações atualizadas relacionadas ao tema, são meios que auxiliam a mãe nesse processo de lidar com a chegada de uma criança com deficiências múltiplas. Sendo assim, sente-se a necessidade de mais pesquisas acerca da microcefalia voltada para os aspectos psicológicos.

Conclui-se que a mãe, como a principal cuidadora da criança com microcefalia, também precisa de atenção em seus vários aspectos. Para finalizar e resumir o momento das mães entrevistadas, a fala da Mãe 2 que, em poucas palavras, diz o que significa maternagem positiva: *“Cada vez que eu olho pra ela, o amor cresce mais”*.

Referências

- AVELINO, M. A. Desenvolvimento cerebral em risco. **Psique**, n 122, p. 1-4, 2016. Disponível em: <http://portalcienciaevida.uol.com.br/esps/edicoes/122/artigo370139-1.asp>. Acesso em: 9 Abr. 2016.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, até a Semana Epidemiológica 14/2017**. 2017. <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/27/Monitoramento-integrado-de-alteracoes-no-crescimento-e-desenvolvimento-relacionadas-a-infeccao-pelo-virus-Zika.pdf>. Acesso em: 25 Abr. 2017.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde confirma relação entre vírus Zika e microcefalia**. 2015. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21014-ministerio-da-saude-confirma-relacao-entre-virus-zika-e-microcefalia>. Acesso em: 11 Abr. 2016.
- BRITO, Débora. Epidemia de zika e microcefalia evidenciam desigualdades sociais e de gênero. **Agência Brasil**. 08/11/2016 15h51. <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-11/epidemia-de-zika-e-microcefalia-evidencia-desigualdades-sociais-e-de-genero> Acesso em 25 de Abr. 2017.
- CAMPOS, Crispim Antonio. **Esperanças equilibradas: a inclusão de pais com filhos com deficiência**. Curitiba: Juruá, 2013.
- CASELLATO, G. **O resgate da empatia: Suporte psicológico ao luto não reconhecido**. São Paulo: Summus, 2015.
- CRUZ, Mafalda Luzia Coelho Madeira da; SANTOS, Ellen Aparecida dos Reis; SOUZA, Danielle Assis de. **Crianças com necessidades especiais: importância da intervenção essencial para o desenvolvimento emocional e afetivo**. Curitiba: Juruá, 2012.
- DINIZ, Débora. **Zika: do Sertão nordestino à ameaça global**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.
- EIZIRIK, C. L.; BASSOLS, A. M. S. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- ELLET, W. **Manual de estudo de caso: como ler, discutir e escrever casos de forma persuasiva**. Porto Alegre: Bookman, 2008.
- FIAMENGHI JUNIOR, G. A. MESSA, A. A. Pais, Filhos e Deficiência: Estudos sobre as relações familiares. **Psicologia, Ciência e Profissão**, vol.27, n.2, p.236-245, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932007000200006>. Acesso em: 18 Abr. 2017.



FIOCRUZ. **Ministério da Saúde atualiza casos suspeitos de microcefalia.** <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/ministerio-da-saude-atualiza-casos-suspeitos-de-microcefalia>. Acesso em 11 Abr. 2016.

GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos.** Porto Alegre, Artmed, 2009.

GRADVOHL, S. M. O.; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y. Maternidade e formas de maternagem desde a Idade Média à atualidade. **Pensando Famílias.** 18(1). 2014.

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v18n1/v18n1a06.pdf>. Acesso em: 23 Abr. 2017.

KOLLER, Sílvia H.; COUTO, Maria Clara P. de Paula; HOHENDORFF, Jean Von (orgs.). **Manual de produção científica.** Porto Alegre: Penso, 2014.

LEAL, G. F. **Estudos Clínico-Moleculares de três famílias pernambucanas com microcefalia primária.** Centro de Ciências Biológicas: Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. 2003. <http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/1858>. Acesso em 4 Abr. 2016.

LOPES, N. CARLOS, N. LINHARES, R. E. C. Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil. **Revista Pan-Amaz Saúde.** V. 5, n. 3, p. 55-64. 2014.

MOTA, M., *et al.* Antropometria craniana de recém-nascidos normais. **Arquivos de Neuropsiquiatria.** São Paulo, V. 62, n. 3-a, p. 626- 629, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2004000400011>. Acesso em 21 de Abr. 2017.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **OMS declara vírus zika e microcefalia ‘emergência pública internacional’.** 2016. <https://nacoesunidas.org/oms-declara-virus-zika-e-microcefalia-emergencia-publica-internacional/> Acesso em 12 Abr. 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Avaliação de bebês com microcefalia no contexto do vírus zika: Orientações Provisórias.** 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204475/8/WHO_ZIKV_MOC_16.3_por.pdf. Acesso em 12 Mar. 2016.

OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. P. **Manual de terapia familiar.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

PEÑAS, J. J. G. ANDÚJAR, F. R. Alteraciones Del Perímetro Craneal: Microcefalia Y Macrocefalia. **Pediatría Integral.** Madrid, v. 11, n. 8, p. 701-716, 2007.

PICCININI, Cesar Augusto; ALVARENGA, Patrícia (orgs.). **Maternidade e paternidade: a parentalidade em diferentes contextos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

PRADO, Ângela Fortes de Almeida. Família e deficiência. In: CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira (org.). **Família e...: comunicação, divórcio, mudança, resiliência, deficiência, lei, bioética, doença, religião e drogadição.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. p. 85-98.

SILVA, E. H. P.; GIRÃO, E. R. C.; CUNHA, A. C. B. Enfrentamento do pai frente à malformação congênita do filho antes e depois do nascimento. **Estudos e Pesquisas em Psicologia.** Rio de Janeiro, V.16, v. 1, p. 180-199, 2016.

TADA, Iracema Neno Cecilio; KOVÁCS, Maria Júlia. Conversando sobre a morte e o morrer na área da deficiência. **Psicol. cienc. prof.,** Brasília, v. 27, n. 1, p. 120-131, mar. 2007.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 22 Abr. 2017.

VENDRUSCULO, L. E. B. **A descoberta da deficiência do filho: o luto e a elaboração dos pais.** Departamento de Humanidades e Educação. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2014. <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/2665>. Acesso em 8 Abr. 2016.

WENZEL, Maristela Priotto; MARDINI, Victor. Gestação, parto e puerpério. In: EIZIRIK, Cláudio; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira. (orgs.). **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica.** Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 63-76.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Porto Alegre, RS: Bookman, 2015.