

PERCEPÇÃO E AUTOEFICÁCIA DE MÃES DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA ASSOCIADA AO ZIKA VÍRUS

PERCEPTION AND SELF-EFFECTIVENESS OF MOTHERS OF CHILDREN WITH MICROCEPHALY ASSOCIATED TO ZIKA VIRUS

Brena Shellem Bessa de Oliveira¹, Emanuella Silva Joventino²

RESUMO

O objetivo deste estudo consistiu em conhecer a percepção materna diante de ter um filho com microcefalia associada ao zika vírus e traçar o nível de autoeficácia geral percebida destas mães. Estudo descritivo, de abordagem mista, realizado em um Núcleo de Estimulação Precoce de uma policlínica localizada na região do Maciço de Baturité, interior do Ceará. A pesquisa foi realizada com cinco mães de crianças diagnosticadas com microcefalia associada ao zika vírus. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais seguiram um roteiro composto por temas norteadores. Além disso, utilizou-se um instrumento semiestruturado abordando dados sociodemográficos, o formulário de apgar familiar e a Escala de Autoeficácia Geral Percebida na versão brasileira. Os dados referentes ao formulário sociodemográfico, ao formulário de apgar familiar e a EAGP foram organizados e analisados por meio do programa IBM SPSS Statistics (versão 20). Já para a análise dos dados provenientes das entrevistas gravadas, utilizou-se a análise de conteúdo de Minayo. Verificou-se que as participantes do estudo tinham idade que variou de 18 a 35 anos, com média de 27,55 anos ($\pm 7,2$); a maioria vivia em união estável (N=04; 80%); tinha de 9 a 11 anos de estudo (N=03; 60%); era agricultora (N=03; 60%); sobrevivida com uma renda per capita \leq R\$234,25 (N=04; 80%). Com base nas falas das entrevistadas, emergiram as seguintes categorias: Categoria 1 - Conhecimento sobre microcefalia; Categoria 2 – O diagnóstico; Categoria 3 - Cuidados com a criança; Categoria 4 – Preconceito da sociedade. Por fim, verificou-se que todas as mães apresentaram nível de autoeficácia geral percebida acima da média. Concluiu-se que a maioria das mães demonstrou conhecer a microcefalia e reconheceu seus danos no desenvolvimento neuropsicomotor das crianças. Além disso, apresentaram níveis de autoeficácia elevados e conseguiram superar o abalo inicial frente ao diagnóstico de microcefalia da criança.

Descritores: Microcefalia; Autoeficácia; Enfermagem.

ABSTRACT

The objective of this study was to know the maternal perception of having a child with microcephaly associated with zika vírus and to draw the level of perceived general self-efficacy of these mothers. Descriptive study, with a mixed approach, performed in an Early Stimulation Nucleus of a polyclinic located in the Baturité Massif region, interior of Ceará. The research was carried out with five mothers of children diagnosed with microcephaly associated with zika virus. The data collection was done through semi-structured interviews, which followed a script composed of guiding themes elaborated by the authors of the study. In addition, a semi-structured instrument was used, addressing sociodemographic data, the family appendix form and the Perceived General Self-Efficacy Scale in the Brazilian version. Data on the sociodemographic form, the family append form and the EAGP were organized and analyzed using the IBM SPSS Statistics program (version 20). For the analysis of the data from the recorded interviews, the content analysis of Minayo was

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: brennashellem@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: ejoventino@unilab.edu.br

used. The study participants were aged between 18 and 35 years, with a mean of 27.55 years (\pm 7.2); the majority lived in stable union (N = 04, 80%); had 9 to 11 years of schooling (N = 03; 60%); was a farmer (N = 03; 60%); survived with a per capita income \leq R \$ 234.25 (N = 04; 80%). Based on the interviewees' statements, the following categories emerged: Category 1 - Knowledge about microcephaly; Category 2 - The diagnosis; Category 3 - Child care; Category 4 - Prejudice of society. Finally, it was verified that all the mothers presented general perceived above-average level of self-efficacy. It was concluded that the majority of the mothers demonstrated to know the microcephaly and recognized its damages in the neuropsychomotor development of the children. In addition, they presented high levels of self-efficacy and were able to overcome the initial shock to the child's microcephaly diagnosis.

Descriptors: Microcephaly; Self Efficacy; Nursing.

INTRODUÇÃO

A microcefalia se configura como um problema de saúde pública mundial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS, 2017a) e é caracterizada como um distúrbio neurológico no qual o cérebro se desenvolve de forma inapropriada em relação ao sexo e idade, resultando em uma circunferência occipitofrontal inferior à esperada para idade, sexo e raça (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE-OPAS/OMS, 2015).

Esta condição tem ganhado maior visibilidade em decorrência da sua associação com o vírus Zika (ZIKV), o qual apresenta tropismo pelo sistema nervoso central (SNC), sendo potencialmente danoso (SCHULLER-FACCINE et al., 2016; CORDEIRO et al., 2016; ARAÚJO et al., 2016; CUGOLA et al., 2017).

Até o mês de março de 2017 foram registrados na OMS casos de microcefalia em 31 países, sendo que o maior número destes ocorreu no continente americano (OMS, 2017a). Este fato pode estar diretamente relacionado à mutação genética sofrida pela cepa do ZIKV circulante nas Américas, a qual adquiriu maior capacidade de disseminação no SNC e poder deletério quando comparada à cepa de linhagem asiática (YUAN et al., 2017).

Dentre os países americanos, o Brasil representa a nação com o maior número casos confirmados de microcefalia no mundo, totalizando 2.653 registros (BRASIL, 2017a), sendo que a região Nordeste destaca-se por concentrar o maior número de casos desta má-formação em território brasileiro (BRASIL, 2017b; 2017c).

O SNC do recém-nascido microcefálico pode apresentar calcificações cerebrais, hipoplasia cerebelar, ventriculomegalia, anomalias na migração neuronal e alterações na substância branca (ABREU; NOVAIS; GUIMARÃES, 2016). Dessa maneira, elas estão expostas a um risco aumentado de retardo no desenvolvimento psicomotor e intelectual, além de poderem apresentar de forma associada doenças oculares e auditivas, epilepsia e retardo mental (FEITOSA; SCHULLER-FACCINI; SANSEVERINO, 2016; EICKMANN et al., 2016).

A criança com microcefalia precisa ser acompanhada periodicamente durante a infância para que possam ser avaliados o crescimento do perímetro cefálico, as causas desta condição, o crescimento e desenvolvimento da criança, acuidade visual e auditiva, entre outros. Além disso, esse acompanhamento visa a realização constante de exames físicos, neurológicos e avaliação de necessidades e problemas associados (BRASIL, 2016a).

Nesse sentido, percebe-se que as condições supracitadas tornam as crianças com microcefalia mais dependentes quando comparadas às demais, fazendo com que necessitem, por mais tempo, de cuidado executado por terceiros, sendo este, na maioria das vezes, realizado pelas mães (LYRA et al., 2016; MEIRELES et al. 2017).

Porém, sabe-se que a gestação e o pós-parto consistem em períodos de vulnerabilidade emocional para a mulher e familiares, já que envolvem sentimentos como o sonho, realidade, amor e rejeição (FERREIRA et al., 2014). Assim, acredita-se que esta gama de sentimentos, bem como o conhecimento incipiente acerca da microcefalia, o acúmulo de responsabilidade pelo cuidado da criança podem influenciar na aceitação da condição do filho(a) e na autoeficácia materna para cuidar da criança, uma vez que a família irá se deparar com uma realidade diferente da planejada.

Com base nisso, ressalta-se que a autoeficácia consiste na confiança que o indivíduo possui em si mesmo durante a execução de uma atividade, configurando-se como um determinante importante para o alcance de metas e para que as ações sejam bem sucedidas (BIZERRA et al., 2015). Logo, também interfere diretamente na qualidade dos cuidados prestados aos filhos.

Diante do exposto, fica evidente a necessidade da realização de estudos que visem aprofundar o conhecimento acerca da repercussão da microcefalia na vida da mulher e da criança, das principais dificuldades encontradas na promoção de cuidados aos filhos, das formas de enfrentamento diante do diagnóstico, do relacionamento familiar e da autoeficácia materna para resolver e superar problemas diários.

Assim, esta pesquisa possui como objetivos: conhecer a percepção materna diante de ter um filho com microcefalia associada ao ZIKV e traçar o nível de autoeficácia geral percebida destas mães.

MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem mista com foco na triangulação concorrente, realizado no Núcleo de Estimulação Precoce de uma policlínica localizada na região do Maciço de Baturité, interior do Ceará, a qual é referência nesta região para a estimulação precoce de crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

A pesquisa foi realizada com cinco mães de crianças diagnosticadas com microcefalia associada ao ZIKV acompanhadas periodicamente na instituição supracitada, as quais perfaziam o número total de crianças com esta condição acompanhadas no período de realização do estudo. Adotou-se como critério de inclusão: ser mãe de criança atendida e acompanhada mensalmente pelos profissionais do Núcleo de Estimulação Precoce selecionado no estudo. Foram excluídas da pesquisa: mães com restrições que as impossibilitassem de compreender os instrumentos aplicados.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho a agosto de 2017 e foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas em aparelho de áudio com anuência das mães e realizadas em local reservado, garantindo a privacidade das participantes. As entrevistas duraram em média 45 minutos.

As entrevistas seguiram um roteiro composto por temas norteadores, que abordava: a reação das mães diante do diagnóstico de microcefalia do filho(a), o local e momento em que a criança foi diagnosticada, as principais dificuldades vivenciadas por elas durante o cuidado das crianças, opinião das mães quanto o crescimento e desenvolvimento do filho(a), o suporte familiar diante do diagnóstico e a repercussão da estimulação precoce no desenvolvimento neuropsicomotor das crianças.

Para a obtenção dos dados quantitativos, utilizou-se um instrumento semiestruturado abordando dados sociodemográficos (idade, escolaridade, renda familiar, número de moradores das residências); o formulário de apgar familiar e a Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP) na versão brasileira.

O formulário de apgar familiar consiste em um instrumento que avalia de forma ágil a dinâmica e funcionamento familiar na promoção de cuidados a pessoas dependentes. O teste é composto por cinco questões e analisa as seguintes dimensões: adaptação (refere-se ao contentamento com suporte familiar em situações que são necessários), companheirismo (relaciona-se a assistência dos membros da família durante a resolução de problemas), desenvolvimento (refere-se ao apoio familiar aos desejos e metas do indivíduo), afetividade (relaciona-se a satisfação do indivíduo quanto a forma que a família reage aos seus momentos de emoções extremas) e conduta e capacidade resolutiva (associa-se ao contentamento do indivíduo em relação ao tempo compartilhado com os demais membros do seio familiar). Dentre as opções de respostas e suas pontuações respectivas estão: sempre (2 pontos), algumas vezes (1 ponto) e nunca (0 ponto). Os escores do teste variam de 0 a 10, sendo que quando é obtida uma pontuação total que varia de 0 a 4 a relação familiar é elevadamente disfuncional, de 5 a 6 é moderadamente disfuncional e de 7 a 10 a funcionalidade familiar é boa (BRASIL, 2007).

A EAGP na versão brasileira foi adaptada e validada por Souza e Souza em 2004 e possui alfa Cronbach de 0,81 demonstrando sua validade e confiabilidade para avaliar o referido

construto (SOUZA; SOUZA, 2004). Este instrumento é composto por 10 itens que abordam o enfrentamento bem-sucedido de problemas cotidianos e a autoconfiança de sucesso. O padrão de resposta é do tipo Likert e varia de 1 (não é verdade ao meu respeito) a 4 (é totalmente verdade ao meu respeito). Cada mãe, ao responder a EAGP, poderia escolher apenas um das cinco opções referidas. Desta maneira, os escores totais da escala variam de 10 a 40 pontos, sendo que a mulher que conseguisse alcançar escores totais ≤ 19 possuía nível de autoeficácia inferior à média, ou seja, menor autoeficácia. Já as mães que obtivessem pontuação ≥ 20 apresentavam nível de autoeficácia acima da média, ou seja, maior autoeficácia.

Os dados referentes ao formulário sociodemográfico, ao formulário de apgar familiar e a EAGP foram organizados e analisados por meio do programa *IBM SPSS Statistics* (versão 20) por meio da estatística descritiva, contando com dados absolutos e relativos, bem como medidas de tendência central e dispersão. Já para a análise dos dados provenientes das entrevistas gravadas utilizou-se a análise de conteúdo de Minayo (2010). Assim, as falas dos sujeitos da pesquisa foram transcritas no intuito de assegurar a máxima precisão nos registros das respostas das participantes. Posteriormente, realizou-se a leitura das falas a fim de buscar compreender, de maneira mais profunda, o evento estudado, buscando ultrapassar os sentidos revelados no material, considerando além deste, os aspectos psicossociais, contexto cultural e o próprio processo envolvido na produção da mensagem. Por fim, foram identificadas estruturas de destaque (núcleos de sentido), das quais se originaram as categorias.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), conforme parecer 1.989.300 e CAAE 66001517.0.0000.5576. Salienta-se que com a finalidade de garantir o sigilo e o anonimato das entrevistadas cada uma foi codificada com a letra “M” e o número sequencial da realização das entrevistas (M1, M2 ... M5).

RESULTADOS

Caracterização das mães

As participantes do estudo tinham idade que variou de 18 a 35 anos, com média de 27,55 anos ($\pm 7,2$) e eram provenientes dos municípios de Aracoiaba (N=1), Baturité (N=2) e Capistrano (N=2). Além disso, a maioria vivia em união estável (N=04; 80%); tinha de 9 a 11 anos de estudo (N=03; 60%); era agricultora (N=03; 60%); sobrevivia com uma renda per capita \leq R\$234,25 (N=04; 80%) e morava em residência com 4 a 5 pessoas (N=04; 80%).

Em relação ao período gestacional, percebeu-se que 03 mães (60%) relataram ter tido doença exantemática no primeiro trimestre, entretanto, 02 (40%) referiram não terem desenvolvido

a doença sintomática, mas reiteraram que os esposos apresentaram sinais e sintomas da febre zika no período em que estavam grávidas.

A seguir, serão apresentadas as categorias que emergiram da análise das falas das participantes, as quais foram assim denominadas: Categoria 1 - Conhecimento sobre microcefalia; Categoria 2 – O diagnóstico; Categoria 3 - Cuidados com a criança; Categoria 4 – Preconceito da sociedade.

Categoria 1 – Conhecimento sobre Microcefalia

Percebeu-se que as mães, de forma geral, apresentaram dificuldade para conceituar a microcefalia, conforme pode-se perceber nas falas a seguir:

[...] Saber explicar, eu não sei [...] (M1); Microcefalia é uma doença que é muito ruim [...] (M2); Nem eu sei explicar [...] (M3); É uma doença um pouco ruim, porque prejudica a saúde da criança, o desenvolvimento [...] (M4).

Ao serem indagadas acerca das causas de microcefalia, as mães relataram que ela pode ser ocasionada por mosquito infectado (N=05; 100%), pelo uso de drogas na gestação (N=02; 40%) e por infecção durante a gravidez (N=03, 60%).

Além disso, foi possível notar que as entrevistadas conheciam os danos que esta condição poderia trazer para o desenvolvimento de seus filhos (as). Dentre estes prejuízos, destacaram-se: danos nos movimentos da criança (N= 05; 100%), redução da capacidade do filho em manipular brinquedos e objetos (N= 05; 100%) e dificuldade de interação destes com as pessoas (N=03; 60%).

Categoria 2 – O diagnóstico

Com base nas falas das entrevistadas pôde-se perceber que, na maioria dos casos, o diagnóstico de microcefalia, somente, foi dado para as mães no momento do nascimento do bebê, conforme refletem as seguintes falas:

[...] Eu soube na hora do exame [...] (M1); [...] Eu bati todos os exames e não deu nada [...] Aí quando nasceu o médico disse (M2);[...] Eu fiz todos os exames, não deu que ela tinha microcefalia, foi só no nascimento dela [...] (M4);[...] Tudo normal. Tudo tranquilo, eu só soube assim que ele nasceu [...] (M5).

Quanto ao abalo inicial frente ao diagnóstico, destacaram-se sentimentos como a tristeza, negação, desespero, medo, insegurança e rejeição:

[...] Eu me tranquei no quarto, passei o dia chorando, não quis nem ver o marido [...] (M1); [...] Eu fiquei muito triste, chorei muito. Eu dizia que era mentira do médico. Eu queria que ele fosse normal [...] (M2); [...] Eu entrei em choque, em desespero, comecei a chorar. Foi horrível! Senti medo, principalmente de perder minha filha [...] (M3); Senti um pouco de medo, você entra em

choque [...] (M4); Os sentimento foram os piores possíveis. Foi desespero, medo, insegurança, rejeição [...] (M5).

Embora, o diagnóstico tenha abalado psicologicamente as mães foi possível perceber que o nascimento e convívio com a criança possibilitou uma maior aceitação da microcefalia e do bebê:

[...] Pra mim é que como se ela fosse “normal” [...] Quando ela nasceu, pronto, é meu amor! (M1); [...] Eu queria que ele fosse normal, mas aceitei! [...] (M2); [...] Tem dias que eu nem lembro que meu filho tem [...] (M5).

O processo de aceitação e a superação da fase de negação pode ter sofrido influência direta do suporte familiar (esposo/demais familiares). Por meio das falas, a seguir, fica notório que a família atuou como peça fundamental neste contexto:

[...] É o amorzinho de casa! A família toda ama ela, o pai dela [...] Minha família me aconselhou bem, me ajudaram [...] (M1); [...] Me apoiaram (familiares). Apoiam até hoje, graças a Deus! Eu moro com minha mãe e ela me ajuda (M2); [...] Tenho ajuda principalmente do pai dela, ele é louco por ela! (M3); [...] Minha família me ajuda e meu esposo me ajuda bastante [...] (M4); [...] Todo mundo acolheu bem [...] O pai é presente (M5).

O funcionamento familiar satisfatório também foi percebido durante a aplicação do formulário de apgar familiar, uma vez que quatro das mães participantes obteve pontuação que variou entre 7 e 10 pontos, demonstrando uma boa funcionalidade familiar. Entretanto, somente, uma mãe apresentou moderada funcionalidade familiar, atingindo de 5 a 6 escores no formulário.

A religiosidade também se fez presente durante esse processo, conforme mostra a fala a seguir:

[...] Se Deus mandou ela assim é porque ele sabe que eu tenho capacidade de cuidar dela. Graças a Deus, Deus me deu força e não senti muita reação [...] (M4).

Outro fator que pode ter influenciado esse processo, diz respeito à autoeficácia materna frente a problemas inesperados, haja vista que todas as mulheres entrevistadas alcançaram pontuação acima da média na EAGP. Esse resultado mostra que as entrevistadas acreditam serem capazes de lidar e superar problemas inesperados.

Embora as mulheres possuam nível de autoeficácia geral percebida acima da média, percebeu-se que os itens que alcançaram maiores médias (3,80 escores) foram: “Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário” e “Mesmo que alguém se oponha eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero”, enquanto que os itens que as mães conseguiram menores médias (3,20 escores), refletindo uma autoeficácia mais baixa, foram: “Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções”, “Eu me mantenho calmo mesmo

enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas”, “Devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas” (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição da pontuação média das participantes em cada item da EAGP. Acarape, CE, Brasil, 2017. (n=05)

| Variável | Média | Desvio Padrão |
|---|-------------|---------------|
| Item | | |
| 1. Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário. | 3,80 | ±0,447 |
| 2. Mesmo que alguém se oponha eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero. | 3,80 | ±0,447 |
| 3. Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos. | 3,40 | ±0,548 |
| 4. Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas. | 3,40 | ±0,548 |
| 5. Devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas. | 3,20 | ±0,447 |
| 6. Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante. | 3,40 | ±0,548 |
| 7. Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas. | 3,20 | ±0,837 |
| 8. Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções. | 3,20 | ±0,447 |
| 9. Se estou com problemas, geralmente encontro uma saída. | 3,40 | ±0,548 |
| 10. Não importa a adversidade, eu geralmente consigo enfrentar enfrentá-la. | 3,60 | ±0,548 |

Categoria 3 – Cuidados com a criança

Durante o cuidado diário das crianças, as mães relataram que as principais dificuldades enfrentadas estavam relacionadas à fragilidade da saúde da criança, à irritação delas e à dificuldade para alimentá-las:

[...] Qualquer coisa ela adoce, qualquer mormaço, algum sereno, poeira essas coisas ela não pode. É “fragilzinha”. Aí eu tenho bastante cuidado com ela para não sair, pra não pegar quentura, pra livrar de sereno, de poeira. [...] Eles dão bastante trabalho quando estão doentes [...] Ela come bem devagarinho, ela derrama muito pelos cantos da boca [...] (M1); [...] O começo é que era mais dificultoso, porque ele chorava. Só sabia chorar, dia e noite [...] (M2); [...] Não tenho dificuldade nenhuma! Ela é normal em tudo ela. Não parece ser uma criança doente [...] (M3); [...] Pra comer é maior dificuldade. Come bem devagarinho [...] (M4); [...] Cuido dele como uma criança normal, mas a diferença é a atenção que tem que ser maior, tem que estar brincando mais, estimulando mais [...] (M5).

Embora as mães se sintam confiantes em realizar o cuidado diário aos seus filhos, nos depoimentos a seguir percebe-se que elas se sentem inseguras ao deixá-las sob cuidados de terceiros:

[...] Quando eu tenho que sair para resolver alguma coisa, eu deixo ela, mas eu saio com medo, porque o médico disse que isso aqui (convulsão) é perigoso. Pode dar forte e ela não aguentar. Aí eu tenho medo, eu não saio à vontade. Eu estando com ela é outra coisa, é normal pra mim. Mas se eu sair deixando ela com alguém, eu fico preocupada. Porque pra mim alguma coisa pode acontecer. Porque a gente se acostuma e a gente acha que é só a gente que pode cuidar e quando ficava com outra pessoa, eu entendo que a pessoa não é capaz [...] (M1).

Categoria 4 – Preconceito da sociedade

Quanto ao preconceito sofrido pela criança e pelas mães, percebeu-se que uma criança sofreu com esse problema social. Entretanto, segundo relato das mães, as demais jamais sofreram preconceito.

[...] Ela aqui sofre muito preconceito, tem até do outro lado da família dela, do lado da família do pai dela. Eu já ouvi, mas eu não ligo não. [...] Aqui mesmo na policlínica quando eu saio assim pra fora tem uns curiosos. Quando ela chega alí, todos viram e olham. Aí eu sento naquela banquinha alí, muitos chegam fingindo de comprar, mas é pra olhar pra ela. Aí um dia chegou uma senhora, e fez assim, cara de desprezo, que nem ela fosse uma criança assim ferida, uma coisa né? Ela puxou o pano e olhou aí fez assim um jeito [...] Essas coisas a gente entrega nas mãos de Deus! [...] Minha filha é perfeita, só porque tem a cabecinha pequena. Ela não tem ferida, não tem nada, ela é perfeita [...] Mas eu não respondo não, eu fico na minha [...] (M1); *[...] Não sofri nenhum preconceito [...]* (M2); *[...] Até hoje não passei nenhum preconceito, porque as pessoas olham pra ela e diz que ela não tem [...]* (M3); *[...] Não sofri nenhum preconceito! [...]* (M4); *Não, ainda não [...]* (M5).

DISCUSSÃO

Condições sociodemográficas e higiênico-sanitárias inadequadas consistem determinantes que podem influenciar o desenvolvimento de diversas patologias, principalmente, daquelas em que o microorganismo pode ser transmitido por vetores. Isto ocorre porque condições sanitárias insuficientes aumentam a probabilidade de proliferação de vetores, proporcionando assim, a maior disseminação de doenças (ABREU; NOVAIS; GUIMARÃES, 2016).

Dentre as doenças que podem ser influenciadas pela insuficiência destes determinantes destaca-se a microcefalia, uma vez que pode ser ocasionada pelo ZIKV, o qual é transmitido para a gestante por meio de vetores, dentre eles o *Aedes aegypti* (CHOUIN-CARNEIRO et al., 2016).

Além disso, pesquisa realizada por Diniz (2016) demonstra que a microcefalia está ocorrendo com maior frequência em crianças de mães jovens, pouco escolarizadas, agricultoras e dependentes do serviço público para tratarem precocemente seus filhos. Este achado se assemelha aos dados encontrados neste estudo.

Estes resultados são ratificados por Marinho et al. (2016), os quais demonstraram que esta condição se apresentou com maior frequência no grupo social supracitado, sendo que a microcefalia demonstrou tendência a decréscimo do coeficiente de prevalência com o aumento da escolaridade das mães.

Assim, acredita-se que estes achados podem estar relacionados ao fato de que quanto menor é a renda, a escolaridade da mãe e a idade, mais desfavoráveis serão as condições de saneamento básico, abastecimento de água, moradia, ambiente e acesso a serviços de saúde (ABREU; NOVAIS; GUIMARÃES, 2016).

Contatou-se que a maioria das entrevistadas apresentou doença exantemática durante o primeiro trimestre de gestação com sintomas similares ao da febre zika. Isso pode estar relacionado ao fato de que este momento consiste em uma fase de risco para o desenvolvimento de infecções (CAUCHEMEZ et al., 2016).

Assim, a ocorrência da microcefalia nas crianças estudadas pode estar associada ao período gestacional em que ocorreu a infecção pelo vírus, pois pesquisa conduzida por Johansson et al. (2016) mostrou forte associação entre a infecção materna pelo ZIKV no primeiro trimestre gestacional e a incidência de microcefalia, com um risco que varia de 0,88% a 13,2%. Entretanto, essa associação é insignificante quando comparada ao segundo e terceiro trimestres.

Todavia, duas mães referiram não terem apresentado sinais e sintomas da doença durante a gravidez, mas afirmaram que seus esposos apresentaram o quadro sintomático da febre zika no primeiro trimestre de gestação delas. Como a doença, na maioria das vezes, apresenta-se na forma assintomática (PAIXÃO et al., 2016), acredita-se que as mulheres tenham sido infectadas na gestação, mas não manifestaram a fase clínica da patologia.

Como as mulheres mencionaram a infecção de seus companheiros pode ser que a transmissão do microorganismo tenha acontecido por meio da relação sexual, uma vez que o patógeno foi isolado no sêmen de um paciente do Tahiti (MUSSO et al., 2015).

Porém, ressalta-se que embora existam diversas evidências científicas que reforçam associação entre o desenvolvimento da doença e a infecção por Zika vírus, ainda não tem como afirmar que presença de infecção por esse microorganismo na gravidez, obrigatoriamente, culminará com o desenvolvimento de microcefalia no feto (BRASIL, 2016a).

Durante a realização do estudo ficou perceptível que as mães conheciam a microcefalia, mas ainda a definem como uma doença. Porém, hoje a microcefalia não é considerada uma doença e sim uma condição (DELGADO; CAVALCANTI; MENDES, 2017). Todavia, esta conceituação pode estar associada ao fato da microcefalia ocasionar danos no desenvolvimento da criança e por isso é considerada pelas mães como uma patologia.

Além disso, notou-se que as participantes também reconheciam algumas causas e os atrasos que a microcefalia pode ocasionar no desenvolvimento das crianças. Embora a microcefalia possa afetar o sistema osteomuscular, sistema nervoso, olho, ouvido, face e pescoço (MARINHO et al., 2016) as mães enumeraram com maior frequência o atraso motor em detrimento dos demais.

Isto pode estar associado ao tipo de atraso que é apresentado por cada criança que faz com que a mãe o cite com maior facilidade.

No que concerne o diagnóstico, foi possível constatar que a maioria foi realizada no momento do nascimento, porém as mães relataram terem realizado todos os exames solicitados na consulta de pré-natal e que nenhuma alteração foi identificada. Entretanto, a ultrassonografia obstétrica consiste em um exame capaz de detectar alterações neurológicas do feto, como é o caso da microcefalia e deve ser solicitada no primeiro e terceiro trimestre de gestação durante as consultas de acompanhamento à gestante (SOUZA et al., 2016).

Todavia, achado semelhante ao presente estudo foi relatado por pesquisa realizada por Cabral et al. (2017), a qual mostrou que das 70 gestantes submetidas ao exame de ultrassom no pré-natal em somente 30 delas foram identificadas alterações no desenvolvimento do feto. Isto pode ter ocorrido pelo fato de exames de imagem serem operador dependente.

Sabe-se que a gestação consiste em um período idealizações, no qual a mãe passa a criar uma série de expectativas quanto ao sexo, desempenho escolar, carreira profissional das crianças e esperam que elas sejam saudáveis. Assim, o nascimento de um filho (a) com malformação acarreta a interrupção do projeto imaginado, bem como a frustração de desejos e fantasias (MILBRATH et al., 2017).

Desta maneira, as mães experimentam, ao receberem o diagnóstico, sentimentos como negação, confusão, desespero, depressão e raiva (SILVA et al., 2015). Porém, foi possível perceber que embora as mães estudadas tenham referido um abalo inicial diante do diagnóstico, o nascimento e o convívio com a criança com microcefalia proporcionou uma superação dos sentimentos negativos experienciados no primeiro momento.

Outro fator que pode contribuir para a melhor aceitação da condição do filho é o apoio e suporte familiar apresentado pelas famílias, já que este age estimulando a manutenção do equilíbrio, da dinâmica familiar e do cuidado adequado à criança (LYRA et al., 2016).

Contatou-se no presente estudo que o apoio e a presença do companheiro consistiram em um determinante fundamental nesse processo de aceitação, pois embora o diagnóstico também tenha o abalado psicologicamente, ele permaneceu ao lado de sua esposa. Resultados similares foram encontrados por Cunha et al. (2016) e Silva, Girão e Cunha (2016), os quais mostraram que a percepção prévia dos pais é negativa, porém, posteriormente, passam a aceitar o diagnóstico da criança e agem oferecendo apoio a suas esposas.

Percebeu-se que além do suporte familiar também se fizeram presentes nos relatos das mães a religiosidade e a autoeficácia. Esses fatores são essenciais na superação, encorajamento materno e enfrentamento do diagnóstico de malformação congênita, pois são fonte de força, explicação e aceitação (VICENTE et al., 2016).

Porém, mesmo apresentando níveis de autoeficácia geral percebida acima da média, as mães demonstraram que possuem menores habilidades para lidar com problemas inesperados, fato que aumenta a chance de não se manterem calmas frente a eles, dificultando assim, a busca de soluções para os problemas vivenciados no dia a dia. Entretanto, sua capacidade de enfrentamento e adaptação diante de uma situação adversa se sobressaiu.

Dentre as principais dificuldades relatadas pelas mães diante do cuidado à criança, sobressaíram-se a facilidade de adoecimento, a irritação e a dificuldade para se alimentar. As convulsões também foram ressaltadas como um obstáculo, pois muitas vezes as mães tem que evitar sair de casa para dar total atenção à criança. A convulsão, assim como a rigidez muscular, alterações ósseas, visuais e auditivas também foram relatadas como características da criança com microcefalia (FLOR; GUERREIRO; ANJOS, 2017).

Embora o cuidado às crianças com microcefalia apresentasse dificuldades, as mães demonstravam confiança em praticá-lo diariamente, porém não acreditavam que ele pudesse ser realizado de forma correta por terceiros. Estudo realizado com mães de criança com anomalia congênita mostrou que as cuidadoras enxergam as crianças como frágeis e por isso sentem-se inseguras ao deixar as crianças realizarem algumas atividades sozinhas ou deixa-las sobre cuidados de terceiros (BOLLA et al., 2013).

As mães reconhecem que o desenvolvimento de seus filhos é prejudicado e mais lento em relação a outras crianças em virtude da microcefalia, mas mesmo assim percebem evoluções acerca desse quesito.

Percebeu-se que das cinco crianças estudadas somente uma sofreu preconceito, tanto de cunho social como familiar. Porém, esse achado pode estar relacionado às formas de reconhecer o preconceito, pois de acordo com o relato da mãe notou-se que a curiosidade é vista por ela como uma forma de preconceito e talvez a curiosidade possa não ser considerada como uma forma de preconceito pelas demais.

A exacerbada curiosidade da sociedade diante da aparência da criança também foi relatada como uma forma de preconceito pelas mães de crianças com microcefalia residentes de Paraíba. Essa curiosidade gerava incômodo e raiva nas mulheres (BARROS et al., 2017).

CONCLUSÃO

Verificou-se que as mães participantes do estudo demonstraram conhecer a microcefalia, bem como reconheceram seus impactos no desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

Percebeu-se que embora elas tenham sofrido um abalo inicial ao receberem o diagnóstico desta anomalia o apoio familiar, a autoeficácia, a religiosidade e a convivência diária

com a criança, foram essenciais para a superação da fase de negação ao diagnóstico e para a aceitação do filho(a).

Diante deste contexto, percebe-se a importância de serem realizadas sensibilizações e atividades de educação permanente para os profissionais que atuam na atenção básica de forma que estes estejam aptos para realizar o atendimento dessas famílias no serviço. Além disso, é imprescindível que os profissionais da saúde prestem assistência e ofereçam atenção não apenas à criança, mas, também à família do bebê. Assim será minimizado o impacto emocional que esta condição pode gerar na tríade pai-mãe-filho.

Os resultados aqui apresentados podem ser utilizados para subsidiar estratégias de educação em saúde que visem promover o conhecimento materno acerca da microcefalia, o aumento de sua autoeficácia e a qualificação dos cuidados prestados às crianças.

Como fatores limitantes do estudo, ressaltam-se o número reduzido de mães participantes da pesquisa e por esta ter sido unicêntrica. Assim, esta não pode ser alvo de generalizações, em virtude da especificidade do contexto analisado e do universo restrito.

REFERÊNCIAS

ABREU, T.T.; NOVAIS, M.C.M.; GUIMARÃES, I.C.B. Crianças com microcefalia associada a infecção congênita pelo vírus Zika: características clínicas e epidemiológicas num hospital terciário. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, v. 15, n. 3, p. 426-433, 2016.

ARAÚJO, T.V.B.; RODRIGUES, L.C.; XIMENES, R.A.A.; MIRANDA-FILHO, D.B.; MONTARROYOS, U.R.; MELO, A.P.L et al. Association between Zika Virus infection and microcephaly in Brazil, January to May 2016: Preliminary report of a case control study". **The Lancet Infectious Diseases**. v.16, n.12 , p. 1356-1363, 2016. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30318-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30318-8).

BARROS, S.M.M.; MONTEIRO P.A.L.; NEVES, M.B.; MACIEL, G.T.S. Fortalecendo a rede de apoio de mães no contexto da síndrome congênita do vírus zika: relatos de uma intervenção psicossocial e sistêmica. **Nova Perspectiva Sistêmica**. n. 58, p. 38-59, 2017.

BIZERRA, R.L.; CARNAÚBA, J.P.; CHAVES, A. F.L.; ROCHA, R.S.; VASCONCELOS, H.C.A.; ORIÁ, M.O.B. Autoeficácia em amamentar entre mães adolescentes. **Rev. Ele. Enf.**, v. 7, n. 3, 2015. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v17/n3/pdf/v17n3a05.pdf>. Acesso em: 16 nov 2017.

BOLLA, B.A.; FULCONI, S.N.; BALTOR, M.R.R.; DUPAS, G. Cuidado da criança com anomalia congênita: a experiência da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.**, v. 17, n. 2, p. 284-290, 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde declara fim da Emergência Nacional para Zika e microcefalia**. 2017a. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia->

saude/28347-ministerio-da-saude-declara-fim-da-emergencia-nacional-para-zika-e-microcefalia>
Acesso: 15 nov 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. **Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, até a Semana Epidemiológica 18/2017**, v. 48, n. 17, p. 01-09, 2017b. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/01/BE-2017-015-Monitoramento-integrado-de-alteracoes-no-crescimento-e-desenvolvimento.pdf>> Acesso em: 15 nov 2017.

_____. **Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, até a Semana Epidemiológica 20/2017**, v. 48, n. 19, p. 01-09, 2017c. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/04/2017-017-Monitoramento-integrado-de-alteracoes-no-crescimento-e-desenvolvimento-relacionadas-a-infeccao-pelo-virus-Zika.pdf>> Acesso em: 15 nov 2017.

_____. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC)**. 55p. 2016a. Disponível em: <<http://combateaes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/Microcefalia-Protocolo-de-vigilancia-e-resposta-10mar2016-18h.pdf>> Acesso em: 15 nov 2017.

_____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>> Acesso em: 16 nov 2017.

CAUCHEMEZ, S.; BESNARD, M.; BOMPARD, P.; DUB, T.; GUILLEMETTE-ARTUR, P.; EYROLLE-GUIGNOT, D. et al. Association between Zika virus and microcephaly in French Polynesia, 2013-15: a retrospective study. **Lancet**, v. 387, n. 10033, p. 2125–2132, 2016.

CABRAL, C.M.; NÓBREGA, M.E.B.; LEITE, P.L.; SOUZA, M.S.F.; TEIXEIRA, D.C.P.; CAVALCANTE, T.F. et al. e Clinical-epidemiological description of live births with microcephaly in the state of Sergipe, Brazil, 2015. **Epidemiol. Serv. Saude**. v. 26, n. 2, p. 01-10, 2017.

CHOUIN-CARNEIRO, T.; VEGA-RUA, A.; VAZEILLE, M.; YEBAQUIMA, A.; GIROD, R.; GOINDIN, D et al. Differential Susceptibilities of Aedes aegypti and Aedes albopictus from the Americas to Zika Virus. **PLOS Neglected Tropical Diseases**. v. 10, n. 3, e0004543. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004543>>. Acesso em: 20 nov 2017.

CORDEIRO, M.T.; PENA, L.J.; BRITO, C.A.; GIL, L.H.; MARQUES, E.T. Positive IgM for Zika virus in the cerebrospinal fluid of 30 neonates with microcephaly in Brazil. **The Lancet**, v. 387, n. 10030, p. 1811–1812, 2016.

CUGOLA, F.R.; FERNANDES, I.R.; RUSSO, F.B.; FREITAS, B.C.; DIAS, J.L.M.; GUIMARÃES, K.P.; BENAZZATO, C. The Brazilian Zika virus strain causes birth defects in experimental models. **Nature**, v. 534, n. 7606, p. 267-271.

CUNHA, A.C.B.; PEREIRA JUNIOR, J.P.; CALDEIRA, C.L.V.; CARNEIRO, V.M.S.P. Diagnóstico de malformações congênitas: impactos sobre a saúde mental de gestantes. **Estudos de Psicologia I Campinas I**. v. 33, n. 4, p. 601-611, 2016.

DELGADO, G.K.G.; CAVALCANTI, M.E.A.; MENDES, P.A. abordagem odontológica em um bebê portador de microcefalia: relato de caso. **RvAcBO**. v. 26, n. 2, p. 92-98, 2017.

DINIZ, Z. Zika virus and women. **Cad. Saúde Pública**. v. 32, n. 5, e00046316, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000500601&script=sci_arttext&tlng=pt > Acesso: 20 nov 2017.

EICKMANN, S.H.; CARVALHO, M.D.C.G.; RAMOS, R.C.F.; ROCHA, M.Â.W.; LINDEN, V.V.D.; SILVA, P.F.S. Síndrome da infecção congênita pelo vírus Zika. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 7, e00047716, 2016.

FEITOSA, I.M.L.; SCHULER-FACCINI, L.; SANSEVERINO, M.T.V. Aspectos importantes da Síndrome da Zika Congênita para o pediatra e o neonatologista. **Boletim Científico de Pediatria**, v. 5, n. 3, p. 75-79, 2016.

FERREIRA, A.I.G.; SOARES, V.; NITSCHKE, R.G.; THOLL, A.D.; MUÑOZ, M.A.G.C.; MICHELIN, S.R. O cotidiano de gestantes: a enfermagem promovendo o ser saudável. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 4, p. 987-994, 2014.

FLOR, C.J.D.R.V.; GUERREIRO, C.F.; ANJOS, J.L.M. Desenvolvimento neuropsicomotor em crianças com microcefalia associado ao Zika Vírus. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**. v. 7, n. 3, p. 313-318, 2017.

JOHANSSON, M.A.; MIER-Y-TERAN-ROMERO, L.; REEFHUIS, J.; GILBOA, S.M.; HILLS, S.L. Zika and the Risk of Microcephaly. **N Engl J Med**. v. 375, n. 1, p. 01-04, 2016.

LYRA, F.M.P.; SOUZA, A.C.O.A.; ALEXANDRE, A.C.S.; SANTOS, M.R.F.A.S.B.; SILVA, F.K.B.; AMORIM, L.M. Family coping: living with the child affected by chronic disease. **J Nurs UFPE on line**. v. 10, n. 8, p. 2790-2800, 2016. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11345> > Acesso em: 23 nov 2017.

MARINHO, F.; ARAÚJO, V.E.M.; PORTO, D.L.; FERREIRA, H.L.; COELHO, M.R.S.; LECCA, R.C.R. et al. Microcephaly in Brazil: prevalence and characterization of cases from the Information System on Live Births (Sinasc), 2000-2015. **Epidemiol. Serv. Saude**. v. 25, n. 4, p. 01-11, 2016.

MEIRELES, N.F.P.; DUARTE, P.H.M.; MÉLO, T.M.; PEREIRA, H.C.B.; PINHEIRO, Y.T.; SILVA, R.M.C.; MORAIS, J.D. Perfil sociodemográfico familiar e clínico de crianças com disfunções neurológicas atendidas no programa de intervenção precoce. **Arch Health Invest**. v. 6, n. 10, p. 495-499, 2017.

MILBRATH, V.M.; MOTTA, M.G.C.; GABATZ, R.I.B.; FREITAG, V.L. O nascimento de um filho com paralisia cerebral: um tempo presente inesperado. **Revista Interdisciplinar em Cultura e Sociedade (RICS)**. v. 3, p. 47-60, 2017.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. – 12ª ed – São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

MUSSO, D.; ROCHE, C.; ROBIN, E.; NHAN, T.; TEISSIER, A.; CAO-LORMEAU, V-M. Potential Sexual Transmission of Zika Virus. **Emerging Infectious Diseases**, v. 21, n. 2, 359-361, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **SITUATION REPORT: ZIKA VIRUS, MICROCEPHALY, GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME 10 MARCH 2017**. p. 01-05. 2017a. Disponível em: < <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254714/1/zikasitrep10Mar17-eng.pdf?ua=1> > Acesso: 15 nov 2017.

OPAS/OMS. **Epidemiological Alert Increase of microcephaly in the northeast of Brazil**. 2015. Disponível em:

<http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32285&lang=en> Acesso em: 15 nov 2017.

PAIXÃO, E.S.; BARRETO, F.; TEIXEIRA, M.G.; COSTA, M.C.N.; RODRIGUES, L.C. History, Epidemiology, and Clinical Manifestations of Zika: A Systematic Review. **Am J Public Health**, v. 106, n. 4, p. 606-612, 2016.

SCHULER-FACCINE, L.; RIBEIRO, E.M.; FEITOSA, I.M.L.; HOROVITZ, D.D.G.; CAVALCANTI, D.P.; PESSOA, A. et al. Brazilian Medical Genetics Society-Zika Task Force embriopatia. Possible Association Between Zika Virus Infection and Microcephaly — Brazil, 2015. **Centers for Disease Control and Prevention**. v. 65, n. 3, p. 59-62. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6503e2.htm>> Acesso em: 15 nov 2017.

SILVA, P. L. N; SOARES, A.B.A.; FERREIRA, T.N.; ROCHA, R.G. Maternal perception in terms of newborns with congenital malformations: a descriptive study. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 14, n. 2, p. 190-6, 2015. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5199/html_688. Acesso em: 20 nov 2017.

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**. v. 16, n. 1, p. 180-199, 2016.

SOUZA, S.; SOUZA, M.A. validação da escala de auto-eficácia geral percebida. **Rev. Univ. Rural, Sér. Ciências Humanas.**, v. 26, n. 1-2, p. 12-17, 2004.

SOUZA, A.S.R.; SOUZA, A.I.; FAQUIN, S.L.L.; SANTOS NETO, O.G.; HONORATO, E.; MATTOS, A.G.L. et al. Altered intrauterine ultrasound, fetal head circumference growth and neonatal outcomes among suspected cases of congenital Zika syndrome in Brazil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v. 16, Suppl. 1, p. S07-S15, 2016.

VICENTE, S.R.C.R.M.; PAULA, K.M.P.; SILVA, F.F.; MANCINI, C.N.; MUNIZ, S.A. Estresse, ansiedade, depressão e coping materno na anomalia congênita. **Estudos de Psicologia**. v. 21, n. 2, p. 104-116, 2016.

YUAN, L.; HUANG, X-Y.; LIU, Z.Y.; ZHANG, F.; ZHU, X-L.; YU, J-Y. et al. A single mutation in the prM protein of Zika Virus contributes to fetal microcephaly. **Science**. v. 11, p. 01-09, 2017.