

UMA INVESTIGAÇÃO ACERCA DAS REPERCUSSÕES PSÍQUICAS EM MÃES DE CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS.

AN INVESTIGATION ON PSYCHIC REPERCUSSIONS IN MOTHERS OF CHILDREN WITH ZIKA VIRUS CONGENITAL SYNDROME.

Angélica Marques dos Anjos ¹, Camilla de Sena Guerra Bulhões ², Jeferson Barbosa Silva ³

¹Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE

^{2,3}Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo geral investigar as repercussões psíquicas em mães de crianças com complicações decorrentes da Síndrome Congênita pelo Zika Vírus, trazendo como objetivos específicos avaliar os sintomas indicativos de sofrimento psíquico e avaliar a autoestima dessas mães. Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa. Os participantes da investigação foram as 15 mulheres, mães de filhos com Síndrome Congênita por Zika Vírus, de municípios da XII Regional de Saúde de Pernambuco. Foram aplicados dois instrumentos: o SRQ-20 - Self Report Questionnaire e o instrumento de Avaliação de Autoestima. Os instrumentos avaliaram sintomas indicativos de sofrimento mental e contabilizaram os menores índices de autoestima, respectivamente. Como resultados foi observada a frequência do sofrimento mental no grupo de 15 (100%) mulheres entrevistadas, percebendo-se que 66,7% (n=10) apresentaram resultado positivo para o sofrimento mental e 33,3% (n=5), ausência de sofrimento mental, segundo o ponto de corte adotado no estudo (resultado ≥ 7 respostas sim). Já a análise do instrumento para avaliação da autoestima demonstrou que após a contagem dos resultados, a prevalência de respostas das mulheres investigadas concentrou-se nos escores indicativos a fases de transição: “Tendência a baixa autoestima” (26,7%) e “Tendência a boa autoestima” (73,3%). Concluiu-se que os dados apresentados nos resultados chamam a atenção para a necessidade de cuidados em relação a essas mães e, ao mesmo tempo, para um possível potencial adaptativo frente a situações adversas.

Palavras-chave: Zika vírus; Microcefalia; Mães; Estresse Psicológico

ABSTRACT

This work aims to investigate the psychic repercussions in mothers of children with complications due to Congenital Syndrome by the Zika Virus, whose specific objectives are to evaluate the symptoms indicative of psychological distress and the self - esteem of these mothers. This is an exploratory descriptive study with a quantitative approach. The participants of the investigation were the 15 women, mothers of children with Congenital Syndrome by Zika Virus, of municipalities of the XII Regional Health of Pernambuco. Two instruments were applied: the SRQ-20 - Self Report Questionnaire and the Self-Esteem Assessment tool. The instruments evaluated symptoms indicative of mental distress and counted the lowest rates of self-esteem, respectively. As a result, the frequency of mental distress was observed in the group of 15 (100%) women interviewed. It was observed that 66.7% (n = 10) had a positive result for mental suffering and 33.3% (n = 5) , absence of mental distress, according to the cut-off point adopted in the study (score ≥ 7 yes responses). On the other hand, the analysis of the self-esteem evaluation instrument showed that after the counting of the results, the prevalence of the responses of the women investigated was concentrated in the indicative transitional phases: "Tendency to low self-esteem" (26.7%) and "Tendency good self-esteem "(73.3%). It was concluded that the data presented in the results highlight the need for care in relation to these mothers and, at the same time, for a possible adaptive potential for adverse situations.

Keywords: Zika virus; Microcephaly; Mothers; Psychological stress.

1 INTRODUÇÃO

Conforme Débora Diniz¹, desde o ano de 2009, já existiam pesquisas relacionadas ao Zika vírus (ZIKAV), porém o interesse na temática foi crescendo a partir de 2015. O surpreendente não era o vírus, que já havia sido conhecido pela medicina há quase meio século, porém o surto de microcefalia associado ao ZIKAV com transmissão vertical.

No Brasil, oficialmente, os primeiros casos de infecção pelo ZIKAV foram relatados como doença exantemática por causa indeterminada, identificados a partir do final de janeiro de 2015, na Região Nordeste². Apesar dos primeiros registros de surtos da doença exantemática na região terem acontecido desde agosto de 2014, acredita-se que a introdução do vírus tenha ocorrido entre 2013 e 2014³.

Diante do progresso da prevalência de microcefalia nos nascimentos, a partir de agosto de 2015, médicos do estado de Pernambuco relacionaram pela primeira vez a alteração congênita com a possível infecção pelo ZIKAV durante a gestação, haja vista uma correlação espaço-temporal com os surtos de doença exantemática. Outrossim, o Zika vírus era o único elemento novo⁴.

No mês de março de 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracterizou microcefalia como um perímetro cefálico (PC) igual ou inferior a 31,9 cm para meninos e igual ou inferior a 31,5 cm para meninas nascidos a termo⁵. Porém, em 30 de agosto de 2016, a OMS recomendou aos países que adotem como referência para as primeiras 24-48h de vida os parâmetros de InterGrowth para ambos os sexos^{5,6}. Nessa nova tabela de referência, para uma criança que nasceu com 37 semanas de gestação, a medida de referência passa a ser 31,2 cm para meninas e 31,5 cm para meninos. No entanto, é preciso que seja consultada a tabela para cada idade e sexo, de modo que a medida seja obtida com a maior precisão possível³.

A microcefalia não é considerada uma doença em si, mas um indicativo de destruição ou déficit do crescimento cerebral, podendo ser considerada como primária (de origem genética, cromossômica ou ambiental, incluindo infecções) ou secundária, quando derivada de evento danoso que atingiu o cérebro em crescimento, no fim da gestação ou no período peri e pós-natal⁷.

Através de exames de neuroimagem nos neonatos que sofreram exposição ao ZIKAV durante a gestação, têm sido identificadas para além da microcefalia congênita, uma série de manifestações, incluindo desproporção craniofacial, espasticidade, convulsões, irritabilidade, disfunção do tronco encefálico, como problemas de deglutição, contraturas de membros, anormalidades auditivas e oculares e anomalias cerebrais^{8-13,14,15}.Dentre as alterações encontradas por meio de neuroimagem estão as calcificações corticais, subcorticais, malformações corticais, padrão simplificado de giro, alterações migratórias, hipoplasia do tronco cerebral, cerebello e ventriculomegalia. Mesmo que a microcefalia congênita seja o achado inicial para o reconhecimento da síndrome, algumas dessas manifestações neurológicas surgiram sem a microcefalia associada e se tornaram evidentes somente após o nascimento¹⁶⁻¹⁹.

A partir da descoberta de anormalidades relatadas de forma consistente nessas crianças, incluindo achados anormais de neuroimagem, sugeriu-se que uma síndrome congênita, similar à rubéola congênita ou infecção por citomegalovírus (CMV), é atribuível à infecção pelo ZIKAV, no período gestacional. Logo, baseando-se em uma revisão de estudos observacionais, de coorte e de caso-controle, passou a existir um sólido consenso científico de que o ZIKAV é uma causa de microcefalia e outras complicações neurológicas que, somadas, constituem a **Síndrome Congênita do Zika vírus (SCZ)**²⁰⁻²⁶.

A expansão abrupta do nascimento de recém-nascidos vivos com SCZ, primeiramente em Pernambuco, e em seguida em outros estados da região Nordeste, alarmou entidades governamentais do Brasil e do mundo. Desse modo, em fevereiro de 2016 a OMS noticiou como emergência de saúde pública de importância internacional a rápida propagação do vírus zika e o aumento de transtornos neurológicos e malformações congênitas²⁷.

Entre os dias 08 de novembro de 2015 a 30 de dezembro de 2017, o Ministério da Saúde foi notificado sobre 15.298 casos suspeitos de alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, dos quais 1.999 foram excluídos por não atenderem às definições de caso vigentes. Do total de casos notificados, 2.869 permaneciam em investigação até o período citado. Entre os casos com investigação concluída, 6.790 foram descartados, 3.071 foram confirmados, foram classificados como prováveis para relação com infecção congênita durante a gestação e 230 como inconclusivos²⁸.

A quantidade mais expressiva dos casos notificados até o momento citado anteriormente está concentrada na região Nordeste do país (60,6%), seguindo-se as regiões Sudeste (23,9%) e Centro-Oeste (7,3%). Os cinco estados com maior número de casos notificados são Pernambuco (16,8%), Bahia (16,3%), São Paulo (9,0%), Paraíba (7,3%) e Rio de Janeiro (7,3%)²⁸.

Com relação às regionais de saúde do estado de Pernambuco, a XII Gerência Regional de Saúde (XII GERES) não apresentou aumento de nascidos vivos com a SCZ no ano corrente. Sendo assim, a Regional encontra-se desde novembro de 2017 com 110 casos notificados, desses 02 óbitos em investigação, 03 casos inconclusivos, 18 casos confirmados (sendo 02 óbitos), e 87 casos descartados (sendo 02 óbitos). Assim, há um total de 16 crianças vivas e 06 óbitos²⁹, cabendo ressaltar que os óbitos ocorridos não tiveram a SCZ como causa.

Mediante o cenário epidemiológico da XII GERES, a partir de então este trabalho passa a direcionar-se ao contexto de mulheres mães/cuidadoras de crianças portadoras de deficiências, afunilando mais adiante o foco para as mães de crianças com SCZ da XII GERES, tendo em vista o fato de tratar-se de figuras preponderantes em toda a situação relatada até então.

O percurso histórico que transpassa a mulher traz em seu contexto concepções fortes de supremacia, poder, submissão e alienação que paira entre o “ser mulher” para o “ser mãe”, marcando profundamente a construção da sua identidade. Quando Aristóteles nos remete que a mulher tem como único mérito o de ser um bom ventre, então é desta concepção que provém os preconceitos e as dúvidas da maternagem, principalmente quando as mulheres/mães dão à luz um filho deficiente³⁰.

Assim, está enraizado na cultura que a mulher deve conceber um filho “normal”. A partir do momento em que este ato diverge do padrão da sociedade, estas são vistas como incrédulas, que não desempenharam sua atribuição, surgindo a ideia de fraqueza, invalidez, imperfeição e impotência, não exercendo sua dimensão do ser mulher, provendo ao seu esposo um filho imperfeito³⁰.

Devido ao fato de haver uma relação de cuidado ao novo ser estabelecida como inerente à identidade feminina, este fato se torna ainda mais explícito quando ela gera um filho com deficiência, de modo que a constituição da sua identidade atravessa não apenas as escolhas, mas também a responsabilidade assumida diante de tais escolhas, consistindo um fator determinante para que as várias funções experienciadas influenciem no modo de se perceber mulher. Essa relação de cuidado, vinculado à sua

perda de identidade, pode estar relacionado ao sentimento de anulação que essas mães vivenciam na descoberta da deficiência do seu filho³⁰.

Houve um aumento significativo no número de famílias envolvidas na relação com a deficiência e suas repercussões afetivas e emocionais. O nascimento de uma criança com deficiência pode trazer uma série de conflitos no contexto familiar, entre mãe/criança, pai/criança, pai/mãe, e, conseqüentemente, dificultar a relação mãe/criança. Da mesma forma, o nascimento de um filho pode ser considerado um dos acontecimentos mais significativos para um casal gerando mudanças consideráveis em toda a estrutura familiar³¹⁻³³.

Cada família é única e irá assimilar o nascimento de uma criança com deficiência de maneiras distintas. O vínculo estabelecido entre pais e filhos diante desse contexto pode ser prejudicado pelo impacto causado, demandando receber um apoio e necessitando de uma organização familiar para o acolhimento da criança. Desse modo, levando em conta todo o contexto no qual a família está inserida, é importante que seja dada uma atenção especial à mãe, visto que, culturalmente, a mulher ainda é detentora dos cuidados domésticos e maternos, cabendo a ela a total responsabilidade pelo cuidado à criança com deficiência³⁴.

Conforme Milbrath et. al³² e Moura e Valério,³³ a família, que até determinado momento dispunha de segurança e sabia qual sua função diante do nascimento de uma criança, quando se depara com um diagnóstico de deficiência, começa a expressar mudanças em seu comportamento e traz à tona uma série de complicações oriundas de sentimentos de culpa, rejeição, negação ou desespero, alterando as relações familiares e sua própria estrutura. Posteriormente ao nascimento desencadeia-se um processo semelhante ao luto, trata-se de um luto pela perda da fantasia do filho perfeito, da criança sadia.

O acompanhamento prestado nessa circunstância é voltado unicamente à doença da criança, a qual é vista como único problema existente, o que gera um enfoque totalmente em torno da melhora do seu quadro clínico. Destarte, o aspecto psicológico da família, em especial da mãe, é negligenciado, restando a esta apenas o papel de cuidadora e de executora das ordens dos profissionais³⁴.

Um estudo realizado por Guerra et. al³⁵ revelou que o nascimento de uma criança com deficiência desencadeia repercussões na vida, no comportamento e nas emoções de todos os membros da família e, como resultado, pode fragilizar a relação entre o binômio mãe/filho, surgindo a partir da descoberta a trajetória das dificuldades

caracterizadas pelas incertezas, medo, confusões, culpa, horas nos serviços de saúde, a falta de informação e dentre outros problemas, ocasionando significativas mudanças em toda a estrutura familiar.

Diante disso, as famílias de crianças com complicações de saúde decorrentes da SCZ são alvo de uma atenção especial, haja vista estarem vivenciando realidades marcadas por dificuldades diversas, sendo necessário que as equipes de saúde considerem as verdadeiras condições da família, a fim de propiciarem oportunidades de superar adversidades vividas e minimizar a sofrimento diante o nascimento de um filho com a Síndrome Congênita pelo Zika Vírus.

Nesse sentido, este trabalho surgiu a partir de um projeto maior intitulado “*A Trajetória Assistencial das Mães de Filhos Com a Síndrome Congênita do Zika Vírus: Um Estudo Etnográfico*”. Trata-se de Projeto de Tese de doutorado da Msc. Camilla de Sena Guerra Bulhões, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - PPGENF/UFPB, em cumprimento às exigências para a submissão ao Comitê de Ética na linha: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Enquanto residente de Saúde Coletiva da XII Regional de Saúde de Pernambuco, foi possível observar, juntamente com a orientadora mencionada anteriormente, as dificuldades de acesso que essas mães e seus filhos enfrentam, visto que a rede regional no primeiro momento não dispunha de um centro de reabilitação para o acompanhamento e desenvolvimento dessas crianças, gerando sofrimento e angústias para essas mães que precisavam ir em busca de atendimento em outros territórios, demandando gastos e dificuldade de acesso, principalmente no que se refere ao deslocamento para a busca pelo cuidado.

Entretanto, cabe ressaltar que em maio de 2016 surgiu o Núcleo de Apoio às Famílias e Crianças com Microcefalia, funcionando com um apoiador responsável por cada Regional de Saúde, de modo a prestar suporte às crianças e suas famílias na busca por atendimentos nas diversas especialidades. Além disso, a partir de agosto de 2017 foi implantadoo centro de reabilitação do Hospital Regional Belarmino Correia, no município de Goiana, na região metropolitana de Recife, que conta com uma equipe multiprofissional, funcionando como um importante suporte também aos municípios vizinhos.

A relevância deste estudo consiste no fato de propor um olhar diferenciado a essas mães, de modo a dar voz a essas mulheres silenciadas, pois muito se tem discutido

acerca da SCZ, porém ainda são escassos os estudos e cuidados voltados ao grupo referido.

Ademais, este trabalho visa investigar as repercussões psíquicas em mães de crianças com complicações decorrentes da Síndrome Congênita pelo Zika Vírus, trazendo como objetivos específicos avaliar a autoestima dessas mães e sintomas indicativos de sofrimento psíquico.

2 METODOLOGIA

2.1 Desenho e População do Estudo

O desenho adotado foi um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa.

As participantes da investigação foram as 15 mães de filhos com Síndrome Congênita por Zika Vírus, da XII Regional de Saúde de Pernambuco, cujo perfil sociodemográfico será apresentado no quadro 1 abaixo:

Quadro 1 - Perfil Sociodemográfico das participantes

Familiar	Sexo	Idade	Estado Civil	Nº de Filhos	Ocupação	Grau de parentesco com a Criança
Familiar 1	F	37	Casada	02	Do lar	Mãe
Familiar 2	F	33	Casada	02	Do lar	Mãe
Familiar 3	F	27	Casada	02	Do lar	Mãe
Familiar 4	F	25	Separada	02	Do lar	Mãe
Familiar 5	F	30	Casada	03	Do lar	Mãe
Familiar 6	F	47	Viúva	02	Do lar	Mãe adotiva
Familiar 7	F	19	Casada	01	Do lar	Mãe
Familiar 8	F	22	Separada	02	Do lar	Mãe
Familiar 9	F	27	Separada	03	Do lar	Mãe
Familiar 10	F	28	Casada	02	Do lar	Mãe
Familiar 11	F	33	Casada	04	Do lar	Mãe
Familiar 12	F	42	Viúva	03	Do lar	Mãe
Familiar 13	F	25	Casada	02	Do lar	Mãe
Familiar 14	F	20	Casada	02	Do lar	Mãe

Familiar 15	F	20	Separada	03	Do lar	Mãe
-------------	---	----	----------	----	--------	-----

Fonte: pesquisa direta, 2018.

2.2 Área do Estudo

O estudo foi realizado nos municípios da XII Regional de Saúde do Estado de Pernambuco, que possuem casos confirmados da Síndrome Congênita pelo Zika Vírus. Com sede em Goiana (Região Metropolitana), a XII Regional de Saúde é também composta pelos municípios de Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Itambé, Itaquitinga, Macaparana, Timbaúba (Zona da Mata Norte) e São Vicente Férrer (Agreste), ocupando uma área de 1.913 Km². O território abrange uma população de 302.767 habitantes, sendo a maioria da população residente na zona urbana (76,12%)³⁶.

Os municípios que farão parte da pesquisa serão Goiana, Itambé, Condado, Aliança, Timbaúba, Ferreiros e São Vicente Férrer. Os municípios foram escolhidos segundo critérios de confirmação dos casos da Síndrome Congênita do Zika Vírus e limitou-se aos municípios da referida Regional por ser o local de atuação da residente, já que os prazos foram curtos para abranger outros municípios de Pernambuco.

2.3 Período do Estudo

O estudo foi realizado entre fevereiro de 2017 e fevereiro de 2018.

2.4 Seleção dos Casos – critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão instituídos para a pesquisa foram os seguintes elementos considerados importantes na seleção das pessoas acessíveis a serem entrevistadas:

- Ser mãe de filho (s) com a Síndrome Congênita do Zika Vírus;
- Ser residente nos municípios que fazem parte da XII Regional de Saúde de Pernambuco, e
- Desejar fazer parte da investigação.

Como critérios de exclusão estabelecidos para o estudo, utilizaremos os seguintes:

- Recusa em assinar o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido;
- Ser menor de 18 anos

- Ser mãe de filhos com deficiência (s) causada (s) por outros fatores que não sejam a Síndrome Congênita do Zika Vírus.

2.5 Procedimentos e Instrumentos de Coleta de dados

Serão aplicados dois instrumentos: o SRQ-20 - Self Report Questionnaire e o instrumento de Avaliação de Autoestima. Os mesmos serão aplicados após um contato prévio com as genitoras, de maneira a proporcionar um momento de conhecimento, explicação acerca da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os instrumentos deverão avaliar sintomas indicativos de sofrimento mental e contabilizar os menores índices de autoestima, respectivamente.

Dentre os instrumentos a serem utilizados, o SRQ-20 contém 20 perguntas com respostas “sim” e “não”, podendo ter escore que varia de 1 a 20. Já foi traduzido para 8 idiomas e sua versão em português foi validada no Brasil em 1986 por Mari et al³⁷.

Já para a análise do Instrumento de Autoestima de Barreto,³⁸ que continha 20 questões com respostas que variaram de A a D, o somatório dos itens seguiu a pontuação apresentada na tabela 1 abaixo:

Tabela 1 – Tabulação do instrumento de autoestima

Alternativa	Pontuação
Letra A	4 pontos
Letra B	2 pontos
Letra C	1 ponto
Letra D	0 ponto

Fonte: Barreto, 2008, p.330.

Com base na contagem e na pontuação final, o resultado foi interpretado a partir dos seguintes escores: de 20 a 30 pontos: baixa autoestima; de 31 a 50: tendência à baixa autoestima; 51 à 65 pontos: tendência à boa autoestima e de 66 a 80 pontos: boa autoestima. Para Barreto³⁸, a autoestima é a chave que possibilita as pessoas saírem de situações aparentemente sem solução. Ela encoraja ou desencoraja os pensamentos e sentimentos, e conduz a felicidade quando se acredita em si e na sua capacidade de

superação dos obstáculos. A autoestima também potencializa a confiança, segurança e persistência na busca do sucesso das ações idealizadas.

2.6 Tratamento e análise dos dados

Para atingir os objetivos propostos, os dados serão digitados (codificados e em alguns casos agrupados) em uma planilha eletrônica do programa Excel versão 2010, e posteriormente tratados estatisticamente com o software StatisticaPackage for the Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 20.0. Os resultados obtidos serão analisados por meio de técnicas de estatística descritiva.

Para caracterização dos sujeitos da pesquisa será utilizada a estatística descritiva com medidas de frequência para variáveis categóricas, média e desvio padrão para variáveis contínuas. A análise Descritiva e Exploratória de Dados será utilizada, de um modo geral, para se extrair resultados para construção de tabelas e gráficos visando descrever e explorar os dados.

2.7 Aspectos Éticos

Este estudo é um recorte de um projeto maior intitulado “A Trajetória Assistencial das Mães de Filhos Com a Síndrome Congênita do Zika Vírus: Um Estudo Etnográfico”, o qual obedeceu aos princípios éticos regidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as normas e as diretrizes regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos³⁹. A pesquisa foi realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e mediante a permissão do participante após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo este um documento que faz alusão à concordância do participante em fazer parte da pesquisa, de modo que este também será assegurado quanto ao sigilo de seus dados e quanto aos benefícios esperados da pesquisa que deverão prevalecer sobre os malefícios previsíveis.

Diante da necessidade do sigilo e tomando por base referida Resolução, compreende-se que existem riscos inerentes a todas as pesquisas que envolvem seres humanos podendo ser eles imediatos ou tardios e, portanto, a presente pesquisa poderá apresentar o risco de exposição do sujeito, constrangimento ou quebra de sigilo e anonimato com relação aos dados obtidos, mas para que não aconteça tal fato, a

pesquisadora adotará os cuidados necessários para evitá-los, através da preservação da privacidade dos sujeitos; pelo uso exclusivo das informações colhidas apenas para a execução do trabalho em questão, e; pelo agendamento e duração da aplicação das entrevistas com os participantes conforme a disponibilidade dos mesmos.

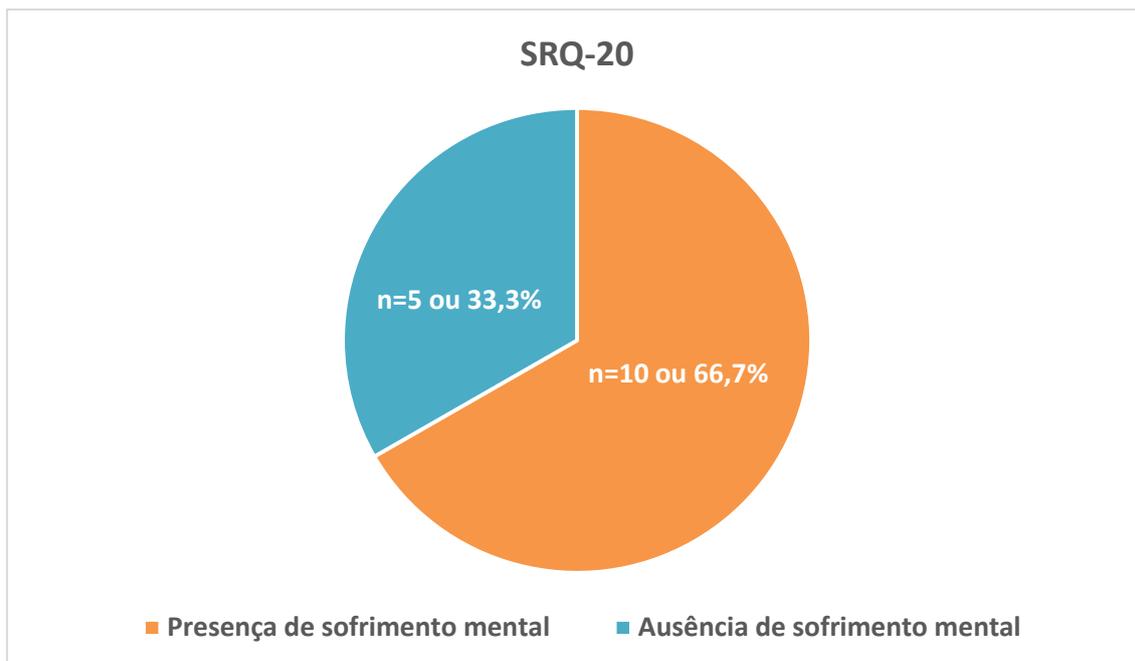
Nessa perspectiva, os participantes serão informados sobre a proposta da presente investigação e posteriormente serão solicitados a assinarem o TCLE enquanto documento no qual será explicitado o consentimento do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, a partir de uma linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento acerca da pesquisa. Assim os participantes terão suas identidades preservadas e mantidas em sigilo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa foram obtidos a partir da aplicação dos instrumentos SRQ-20 e de avaliação de autoestima. Abaixo serão apresentados os achados e posteriormente a análise e discussão dos mesmos.

A análise do instrumento SRQ- 20 demonstra conforme a figura 1, a prevalência de sofrimento mental entre as mulheres do estudo. Ao observar a frequência do sofrimento mental no grupo de 15 (100%) mulheres entrevistadas, percebe-se que 66,7% (n=10) apresentaram resultado positivo para o sofrimento mental e 33,3% (n=5), ausência de sofrimento mental, segundo o ponto de corte adotado no estudo (resultado ≥ 7 respostas sim).

Figura 1- Prevalência de sofrimento mental entre as mulheres do estudo, segundo o instrumento SRQ-20. Goiana, 2018 (n= 15).



Fonte: pesquisa direta, 2018.

A tabela 2 apresenta o resultado da frequência das respostas do SRQ-20 de acordo com os grupos de sintomas psiquiátricos.

Tabela 2 – Distribuição da frequência de respostas do questionário SRQ-20 de acordo com os grupos de sintomas psiquiátricos. Goiana, 2018.

Perguntas do SRQ-20	Sim		Não	
	n	%	n	%
Grupo 1: Humor depressivo/ ansioso				
Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	12	80	3	20
Assusta-se com facilidade?	6	40	9	60
Tem se sentido triste ultimamente?	7	46,7	8	53,3
Tem chorado mais do que costume?	4	26,7	11	73,3
Grupo 2: Sintomas somáticos				
Você tem dores de cabeça frequentes?	7	46,7	8	53,3
Dorme mal?	6	40	9	60
Tem sensações desagradáveis no estômago?	2	13,3	13	86,7
Tem falta de apetite?	5	33,3	10	66,7
Tem má digestão?	5	33,3	10	66,7
Tem tremores nas mãos?	3	20	12	80
Grupo 3: Decréscimo da energia vital				
Você se cansa com facilidade?	6	40	9	60
Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	9	60	6	40
Tem dificuldades para tomar decisões?	11	73,3	4	26,7

Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento)?	6	40	9	60
Tem dificuldades de pensar com clareza?	10	66,7	5	33,3
Sente-se cansado (a) o tempo todo?	8	53,3	7	46,7
Grupo 4: Pensamentos depressivos				
Tem perdido o interesse pelas coisas?	4	26,7	11	73,3
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	3	20	12	80
Tem tido ideia de acabar com a vida?	5	33,3	10	66,7
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	2	13,3	13	86,7

Fonte: pesquisa direta, 2018.

Percebe-se que a frequência de afirmações positivas encontra-se bastante elevada no grupo de sintomas de “**Decréscimo da energia vital**”, indicando que as mulheres investigadas estão em constante desgaste físico/psíquico, podendo isto ser um fator promotor ao surgimento/agravamento de transtornos mentais.

Percebeu-se ainda que não houve soberania de afirmações positivas sobre as negativas em nenhum outro grupo de sintomas psiquiátricos avaliados, com exceção do item “Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?” no grupo de sintomas “**Humor depressivo/ansioso**”. Esse item apareceu com destaque em respostas positivas provavelmente por ser um sintoma comum em pessoas que provêm cuidados complexos constantes a terceiros, como é o caso da população investigada.

Isto corrobora o estudo de Cummins ⁴⁰, que discorre acerca do impacto do nascimento de uma criança com incapacidades graves, atrelado à árdua incumbência de prestar-lhe os cuidados necessários. O autor verificou que, quando membros da família abraçam o papel de cuidadores, há maior propensão para o desenvolvimento de estresse, depressão e diminuição subjetiva em sua qualidade de vida.

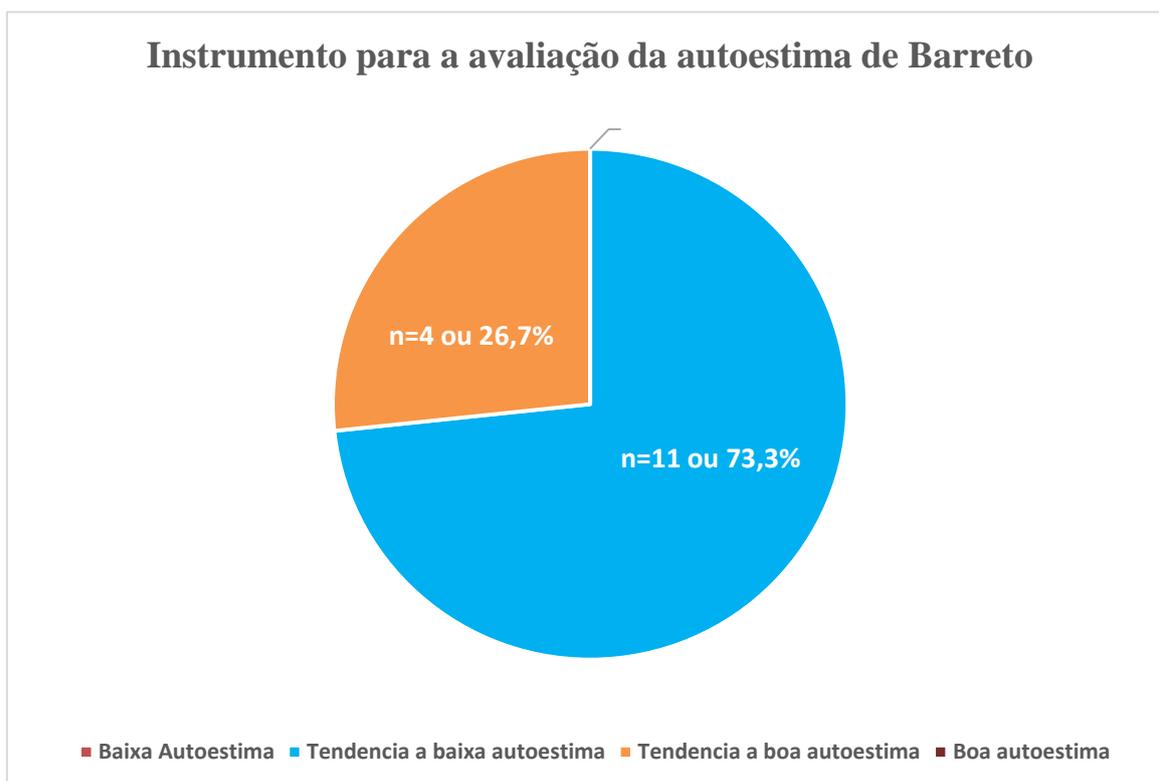
Os resultados da análise mencionada também vêm ao encontro de um estudo realizado com 75 mães de crianças com deficiência, numa faixa etária entre 4 e 8 anos, no qual foi observado que mais de 75% das genitoras apresentaram-se estressadas devido a um estilo de vida potencialmente estressante. É referido, ainda, que, como mães de crianças com deficiência, elas têm menor possibilidade de manter e ampliar sua rede de amizade, e acabam por dispor da rede social composta principalmente por membros da família⁴¹.

Ademais, Dellveet al. ⁴², numa pesquisa que abordou estresse e bem-estar em pais de crianças com doenças raras, constataram que as mães apresentaram maiores

níveis de estresse físico e emocional, quando comparadas aos pais das crianças. Sendo assim, verifica-se que a situação de detentora, na maioria das vezes exclusiva, dos cuidados à criança com deficiência impacta nos mais diversos âmbitos da vida da genitora, tornando a sua rotina raramente direcionada para seus desejos e necessidades, e, reforçando ainda mais as questões de gênero.

Acerca da análise do Instrumento de avaliação da autoestima foi constatado, conforme a figura 2, que após a contagem dos resultados, a prevalência de respostas das mulheres investigadas concentrou-se nos escores indicativos a fases de transição: “Tendência a baixa autoestima” (26,7%) e “Tendência a boa autoestima” (73,3%).

Figura 2- Resultado das frequências do nível de autoestima nas mulheres investigadas segundo o Instrumento para avaliação da autoestima de Barreto ³⁸.Goiana, 2018 (n= 15).



Fonte: pesquisa direta, 2018.

A tabela 3 apresenta o resultado da frequência das respostas ao Instrumento para avaliação da autoestima.

Tabela 3 – Distribuição da frequência de respostas ao Instrumento para avaliação da autoestima de Barreto ³⁸.Goiana, 2018.

Em um conflito com alguém,	Eu me esforço	Constantemente	Difícilmente	Jamais procuro
----------------------------	---------------	----------------	--------------	----------------

você procura entender o que está acontecendo?	para entender				entender o que está acontecendo			
	n	%	n	%	n	%	n	%
	9	60	2	13,3	4	26,7	0	0
Você gosta e se considera uma pessoa legal sem precisar justificar-se?	A todo momento		Muitas vezes		Acho uma tarefa complicada		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	7	46,7	4	26,7	4	26,7	0	0
Você assume responsabilidade pelos seus atos?	Todas as vezes		Me empenho		Poucas vezes		Em tempo algum	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	12	80	2	13,3	1	6,7	0	0
Você sente que é respeitado pelos outros?	A toda hora		Provavelmente sim		Muito pouco		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	5	33,3	7	46,7	2	13,3	1	6,7
Você é capaz de perder hoje e ganhar amanhã?	Sempre		Faço esforço		As vezes		Em tempo algum	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	7	46,7	4	26,7	2	13,3	2	13,3
Você se considera uma pessoa autêntica?	Constantemente		Muitas vezes		Difícilmente		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	5	33,3	9	60	1	6,7	0	0
Você vibra com suas descobertas e realizações?	Sempre que acontece		Me esforço		Raramente		Jamais	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	12	80	1	6,7	1	6,7	1	6,7
Você é capaz de expressar e assumir seus desejos, pensamentos e opiniões?	A todo momento		É pouco provável		As vezes consigo		Não consigo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	5	33,3	2	13,3	7	46,7	1	6,7
Você reconhece suas limitações?	Constantemente		Me interesse		Em algumas situações		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	5	33,3	6	40	2	13,3	2	13,3
Você é reconhecido e aprovado pelo que faz?	Sempre		As vezes		Difícilmente		Em tempo algum	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	5	33,3	8	53,3	1	6,7	1	6,7
Você sabe e insiste no que quer?	Constantemente		Eu me esforço para		Difícilmente		Jamais	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	5	33,3	9	60	1	6,7	0	0
Você é justo com os outros?	Muitas vezes sim		Não		Acho uma tarefa complicada		A todo momento	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	5	33,3	1	6,7	4	26,7	5	33,3
Quando erra, assume e pede desculpa para o outro?	Todas as vezes		Me empenho		Poucas vezes		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	3	20	6	40	5	33,3	1	6,7
Você consegue dizer não sem se sentir culpado?	A toda hora		Provavelmente sim		Muito pouco		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	2	13,3	7	46,7	6	40	0	0
Você procura consertar seus erros e aprender com eles?	Sempre		Faço esforço		As vezes		Em tempo algum	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	4	26,7	7	46,7	3	20	1	6,7
Você, quando pode, compra coisas para você?	Constantemente		Muitas vezes faço isso		Difícilmente		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	0	0	3	20	11	73,3	1	6,7

Você reflete sobre sua vida?	Continuamente		Me esforço		Raramente		Jamais	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	9	60	4	26,7	2	13,3	0	0

Você costuma pedir ajuda para resolver os problemas?	A todo momento		Me empenho		As vezes consigo		Não consigo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	2	13,3	1	6,7	9	60	3	20

Você se sente capaz de começar um trabalho novo?	Constantemente		Me interesse		Em algumas situações		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	1	6,7	4	26,7	2	13,3	8	53,3

Você cumpre o que promete?	Sempre		As vezes		Difícilmente		Em tempo algum	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	7	46,7	8	53,3	0	0	0	0

Fonte: pesquisa direta, 2018

Diante dos resultados obtidos através do instrumento que avaliou a autoestima das mães em apreço, cabe a reflexão de que o nascimento de uma criança com deficiência implica transformações na dinâmica familiar, ao trazer à tona sentimentos e emoções muitas vezes permeados por angústia, ansiedade e frustração, podendo alterar a estrutura familiar. A notícia de que um/a filho/a tem deficiência e, como consequência, é uma criança limitada, leva a família a questionar os seus planos de vida, os seus sonhos e desejos, que, muitas vezes, são anulados e/ou modificados frente ao contexto da deficiência⁴³. Isto pôde ser observado na maioria das respostas das entrevistadas acerca de questionamentos que versaram sobre a possibilidade de iniciarem um novo trabalho e a frequência com a qual costumam comprar coisas para elas mesmas.

Além disso, a identidade de uma família é colocada em conflito diante da existência de uma criança deficiente, uma vez que tal realidade pode fazer emergir sentimentos de incompetência e baixa autoestima, de modo que partindo de que todas as atividades são realizadas em função da condição da criança deficiente, a deficiência passa a ser como uma marca da família que a vive⁴³.

Hodgkinson e Lester⁴⁴, em estudo com mães de crianças com fibrose cística, encontraram altos níveis de estresse. Os resultados sugerem uma grande sobrecarga associada à responsabilidade nos cuidados com a criança e o sentimento de perda de uma identidade própria, mediante os sacrifícios e abdições frente às necessidades do filho.

Ainda que o papel de prover cuidados seja parte dos desafios e atribuições de pais de crianças, a experiência de cuidados com um filho que vivencia limitações

funcionais decorrentes de algum problema crônico tem um significado peculiar na vida desses pais. Percalços no manejo dos problemas crônicos de saúde e a conciliação desse papel com as outras atribuições de seu cotidiano são questões constantes e frequentes na vida de cuidadores⁴⁵.

Mesmo assim, cabe recordar que os resultados deste trabalho apontam para uma significativa **tendência à baixa autoestima**, seguido de **tendência à boa autoestima**, valendo destacar o fato de não terem surgido escores na classificação de **baixa autoestima** propriamente dita, nem **boa autoestima**. Assim, observa-se um perfil de mulheres que ainda demandam apoio e cuidados específicos, mas que também demonstram aptidão para novos enfrentamentos e possíveis ressignificações.

Nesse sentido, vale observar a forma como as famílias respondem à situação, revelando nesse percurso as possíveis estratégias que desenvolvem na lida com suas demandas emocionais e afetivas. Diante disso, e segundo Apolônio e Franco⁴⁵ a definição de resiliência surge como a “capacidade do indivíduo ou da família, para enfrentar as adversidades, sendo transformados por elas, mas, também, superando-as”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a explanação dos resultados pode-se considerar que a pesquisa atingiu seu propósito, no sentido de trazer à tona dados que permitam uma leitura a respeito do impacto causado pela situação das crianças com SCZ na vida de suas mães, especificamente no que tange a questões que reverberam em suas condições psíquicas e emocionais.

Tomando por base a análise do SRQ – 20, é possível observar que apesar de indicar que 66,7% (n=10) das participantes apresentaram resultado positivo para o sofrimento mental, tal resultado ficou concentrado no Grupo 3 (decréscimo de energia vital) e no item “Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?” do Grupo 1 (humor depressivo/ansioso). Logo, não houve prevalência de respostas positivas nos grupos 2 (sintomas somáticos), tampouco 4 (pensamentos depressivos). Tais dados chamam a atenção para a necessidade de cuidados em relação a essas mães, e, ao mesmo tempo, para um possível potencial adaptativo frente a situações adversas.

Seguindo o mesmo direcionamento, a partir da análise do instrumento de avaliação da autoestima, os resultados indicativos de fases de transição requerem atenção, mas também podem implicar em um movimento de resiliência dessas mães diante da condição atual. Isso pode ser cogitado devido ao fato de a maioria dos filhos das mães em apreço já estarem com idade próxima aos dois anos no momento das entrevistas, de forma que já haviam passado por diversas fases ao longo da gestação, nascimento e desenvolvimento das crianças. Sendo assim, é possível constatar que o sofrimento continua presente, porém, sem deixar de considerar as possibilidades de ressignificações.

Destarte, é possível considerar que esta pesquisa favoreceu uma visibilidade a essas mulheres para além do papel de mães de crianças portadoras da SCZ, visto que a situação alarmante que a síndrome causou, comovendo o Brasil e o mundo, por vezes se limitou a prestar apoio, não sem entraves, às necessidades dos bebês. Entretanto, pouco se tem discutido a respeito de melhorias na qualidade de vida dessas mulheres que experienciaram uma repentina e profunda transformação em suas rotinas, cercada por constantes situações de sofrimento.

Além do mais, este trabalho funcionou como ferramenta de escuta às dores e superações das participantes, salientando que os momentos de entrevista permitiram que elas também “parassem” para pensar sobre si mesmas e escutar suas respostas, em meio a tantas demandas externas a elas. Espera-se que os resultados contribuam com o despertar de novos espaços de fala a essa população, de modo que os mais diversos setores governamentais e da sociedade em geral funcionem como importantes ferramentas no sentido de permitirem suporte para que essas mulheres vislumbrem possibilidades de autocuidado e fortalecimento de suas identidades e potencialidades.

Nesse direcionamento, cabe ressaltar a necessidade de acesso a rede de apoio disponível na Regional, já que alguns municípios contam com serviços de assistência social, ambulatórios com atendimentos em psicoterapia e outras práticas integrativas complementares, entre outros, que podem funcionar como equipamentos que podem auxiliar no bem estar de tais usuárias.

Por fim, conclui-se que este trabalho contribuiu de maneira significativa na formação da residente enquanto sanitarista, haja vista ter possibilitado uma nova perspectiva em relação a uma situação epidemiológica que até então só havia acessado através de bancos de dados na sede da Regional de Saúde, trabalhos científicos e

noticiários. Logo, o trabalho de campo permitiu um conhecimento consideravelmente amplo, já que através do contato direto com as crianças e seus familiares foi possível “tocar” numa realidade que envolve diversos aspectos, tais como, emoções, vínculos, cultura, renda, moradia, entre tantos outros.

Agradecimentos

Agradecemos aos profissionais da XII Gerência Regional de Saúde de Pernambuco e municípios de residência da população pesquisada, pela disponibilidade e apoio no processo de coleta de dados, às participantes deste estudo, por confiarem em nosso trabalho e dispensarem de forma solícita as informações prestadas, aos amigos e companheiros residentes pelo apoio e torcida, e à Orientadora Clínicopedagógica, por acompanhar grande parte desta construção com constante apoio.

Colaboradores

A. M. Anjos, C. S. G. Bulhões e J. B. Silva, participaram na concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados, na redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e na aprovação final da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

- 1 Diniz D. Zika: do sertão nordestino à ameaça global. Rio de Janeiro: Civilização brasileira; 2016.
- 2 Heukelbach J, Alencar CH, Kelvin AA, de Oliveira WK, de Góes Cavalcanti LP. Zika virus outbreak in Brazil. *Journal of Infection in Developing Countries*. 2016;10(2):116–20.
- 3 Oliveira WK. Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional: resposta brasileira à síndrome congênita associada à infecção pelo Zika vírus, 2015 e 2016. Porto alegre. Tese [Doutorado em Epidemiologia] -Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017.
- 4 Teixeira MG, Da Conceição N Costa M, De Oliveira WK, Nunes ML, Rodrigues LC. The epidemic of Zika virus-related microcephaly in Brazil:

- Detection, control, etiology, and future scenarios. *American Journal of Public Health*. 2016;106(4):601–
- 5 World Health Organization. Avaliação de bebês com microcefalia no contexto do vírus Zika - Orientações Provisórias [Internet]. Geneva, Switzerland: Organização Mundial da Saúde; 2016.[Acesso em: 20. Mar. 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/csr/resources/publications/zika/assessment-infants/en/>
 - 6 InterGrowth. Website - InterGrowth - Consórcio Internacional de Crescimento Fetal e Neonatal pro século 21, ou INTERGROWTH-21st [Internet]. Padrões de Crescimento Infantil da OMS para o período fetal e neonatal e dar ferramentas para a continuidade dos cuidados desde a concepção até 5 anos de idade. 2016 [Acesso em: 17. Mai. 2017] Disponível em:<https://intergrowth21.tghn.org/about/sobre-intergrowth-21st-portuguese/>
 - 7 Eickmann, SH. et al. Síndrome da infecção congênita pelo vírus zika. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(7):e00047716.
 - 8 Faluyi U, Obadare O, Sangem A, Angel C, Medavarapu S. Complications Associated with Zika Virus Infection : A Systematic Review Study. 2000; 4(1): 151–61.
 - 9 Nhan T-X, Cao-Lormeau V-M, Musso D. Lesinfections à virusZika. *RevueFrancophonedesLaboratoires*. 2014;2014(467):45–52.
 - 10 Calvet GA, Santos FB dos, Sequeira PC. Zika virus infection. *Current Opinion in Infectious Diseases* [Internet]. 2016;29(5):459–66.[Acesso em: 20. Mar. 2017].Disponível em: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=0001432-201610000-00006>.
 - 11 Flores MS, Burgess TH, Rajnik M. Zika virus: A primer for clinicians. *Cleveland Clinicjournalof medicine* [Internet]. 2016;83(4):261—270. [Acesso em: 20. Mar. 2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3949/ccjm.83a.16027>.
 - 12 Wiwanitkit S, Wiwanitkit V. Afebrile, asymptomatic and non-thrombocytopenic Zika virus infection: Don't miss it! *Asian Pacific journal of tropical medicine* [Internet]. 2016;9(5):513. [Acessoem: 17. Mai. 2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apjtm.2016.03.036>.
 - 13 Mo Y, Alferes Salada BM, Tambyah PA. Zika virus-a review for clinicians. *British Medical Bulletin*. 2016; 119(1):25-36.
 - 14 França GVA, Schuler-Faccini L, Oliveira WK, Henriques CMP, Carmo EH, Pedi VD, et al. Congenital Zika virus syndrome in Brazil: A case series of the first 1501 livebirths with complete investigation. *The Lancet*. 2016;6736(16):1–7.
 - 15 Schuler-Faccini L, Ribeiro EM, Feitosa IML, Horovitz DDG, Cavalcanti DP, Pessoa A, et al. Possível associação entre a infecção pelo vírus zika e a microcefalia — Brasil, 2015; 2016:65(3):59–62.
 - 16 Rasmussen SA, Jamieson DJ, Honein MA, Petersen LR. Zika Virus and Birth Defects — Reviewing the Evidence for Causality. 2016; 374(20):1981-7.

- 17 Baptista T, Quaghebeur G, Alarcon A. Neuroimaging findings of babies with microcephaly and presumed congenital Zika virus infection. *Bmj* [Internet]. 2016;2194(April):i2194.[Acesso em: 05 de abril de 2017].Disponível em: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.i2194>.
- 18 Martines RB, Bhatnagar J, de Oliveira Ramos AM, Davi HPF, Iglezias SDA, Kanamura CT, et al. Pathology of congenital Zika syndrome in Brazil: A case series. *The Lancet* [Internet]. 2016;6736(16):1–7. [Acesso em: 05. Abr. 2017]. Disponível em:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30883-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30883-2)
- 19 De Barros Miranda-Filho D, Martelli CMT, De Alencar Ximenes RA, Araújo TVB, Rocha MAW, Ramos RCF, et al. Initial description of the presumed congenital Zika syndrome. *American Journal of Public Health*. 2016;106(4):598–600.
- 20 Martines RB, Bhatnagar J, de Oliveira Ramos AM, Davi HPF, Iglezias SD, Kanamura CT, et al. Pathology of congenital Zika syndrome in Brazil: a case series. *The Lancet*. 2016;0(0):1347–50.
- 21 Araújo TVB, Rodrigues LC, de Alencar Ximenes RA, de Barros Miranda-Filho D, Montarroyos UR, de Melo APL, et al. Association between Zika virus infection and microcephaly in Brazil, January to May, 2016: preliminary report of a casecontrol study. *The Lancet Infectious Diseases* [Internet]. 2016;3099(16):1–8. [Acesso em 06. mai. 2017]. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1473309916303188>
- 22 Russell K, Oliver SE, Lewis L, Barfield WD, Cragan J, Meaney-Delman D, et al. Update: Interim Guidance for the Evaluation and Management of Infants with Possible Congenital Zika Virus Infection - United States, August 2016. *MMWR Morbidity and mortality weekly report* [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 21];65(33):870–8. [Acesso em: 06. Mai. 2017].Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27559830>.
- 23 PAHO. Guidelines for surveillance of Zika virus disease and its complications [Internet]. 1st ed. Washington, D.C: Pan American Health Organization; 2016. 60 p. [Acessoem: 07. Mai. 2017].Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28405/9789275118948_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- 24 Miranda-Filho D de B, Martelli CMT, Ximenes RA de A, Araújo TVB, Rocha MAW, Ramos RCF, et al. Initial Description of the Presumed Congenital Zika Syndrome. *American Journal of Public Health* [Internet]. 2016;106(4):598–600. [Acesso em: 08. Mai. 2017]. Disponível em: <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2016.303115>
- 25 Calvet G, Aguiar RS, Melo ASO, Sampaio SA, de Filippis I, Fabri A, et al. Detection and sequencing of Zika virus from amniotic fluid of fetuses with microcephaly in Brazil: a case study. *The Lancet Infectious Diseases*. 2016;16(6):653–60.
- 26 van der Linden V, Filho ELR, Lins OG, van der Linden A, Aragão M de FVV, Brainer-Lima AM, et al. Congenital Zika syndrome with arthrogryposis: retrospective case series study. *BMJ (Clinical research ed)* [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 21]; 354:i3899. [Acesso em:03. Jun. 2017]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27509902>

- 27 Nações Unidas no Brasil [internet]. Zika é desafio de longo prazo para saúde pública, diz OPAS. [Acesso em: 21. Jan.2018]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/zika-e-desafio-de-longo-prazo-para-saude-publica-diz-opas/>
- 28 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em 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 52 de 2017. [Acesso em: 15. Fev. 2018]. Vol 49; N° 6-2018. Disponível em:<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/20/2018-003-Final.pdf>
- 29 Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado. XII Gerência Regional de Saúde. Vigilância em Saúde. Banco de Monitoramento de Microcefalia, Semana Epidemiológica 07 de 2018. [Acesso em 20. Fev. 2018]
- 30 Guerra, CS. Mães de filhos com deficiência: histórias de superação com a Terapia Comunitária Integrativa. João Pessoa. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Universidade Federal da Paraíba; 2014.
- 31 Falkenbach AP, Rosa L. A formação de vínculos afetivos na relação primária mãe/criança com deficiência. Revista Digital. [internet] 2009; [Acesso em: 05 de maio de 2017]; 14:(133) Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd133/relacao-primaria-mae-crianca-com-deficiencia.htm>.
- 32 Milbrath VM, Soares DC, Amestoy SC, Cecagno D, Siqueira HCH. Mães vivenciando o diagnóstico da paralisia cerebral em seus filhos. Rev Gaúcha Enferm. 2009;30(3):437-44.
- 33 Moura L.; Valério N. A família da criança deficiente. Cad. de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenv. 2003; 03(1): 47-51.
- 34 Gondim KM, Pinheiro PNC, Carvalho ZMF. Participação das mães no tratamento dos filhos com paralisia cerebral. 2009; 10(4):136-144.
- 35 Guerra CS et. al. Do sonho a realidade: vivência de mães de filhos com deficiência. Texto Contexto Enferm. 2015; 24(2): 459-66.
- 36 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Contagem Populacional. [Acesso em: 08. Mai. 2017]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm.
- 37 Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. Br J Psychiatry. 1986;148:23-6.
- 38 Barreto AP. Terapia comunitária passo a passo. Fortaleza: LCR; 2008.
- 39 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, CONEP. Resolução nº. 466/12 sobre Pesquisa envolvendo seres humanos. [Acesso em: 10 de abril de 2017]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>

- 40 Cummins RA. The subjective caring for a Family member with a well-being of people at home: a review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 2001; 26(1): 83-100.
- 41 Matsukura, TS, Marturano ED, Oishi J, Borasche G. Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. *Rev. bras. educ. espec.* [internet]. 2017 [Acesso em: 30 Mar. 2017] Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382007000300008&lng=en&nrm=iso.
- 42 Dellve L. et al. Stress and well-being among parentes of children with rare diseases: a prospective intervention study. *Journal of Advanced Nursing*. 2006; 53(4): 392-402.
- 43 Duarte MR. Percepções, Sentimentos e Receios de Famílias de Crianças com Deficiência: Um Estudo de Casos Múltiplos. Coimbra. Dissertação [Mestrado em Ciências da Educação]-Universidade De Coimbra Faculdade De Psicologia e Ciências da Educação; 2010.
- 44 Hodgkinson R, Lester H. Stresses and coping strategies of mothers living with a child with cystic fibrosis: implications for nursing professionals. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;39(4):377-383.
- 45 Parminder R. et al. The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics*. 2007;115(6): 626-636.
- 46 Franco V, Apolónio AM. Desenvolvimento, Resiliência e Necessidades das Famílias com Crianças Deficientes. *Revista Ciência Psicológica*. 2009;(8):1-12.

Correspondência:

AM Anjos

1 Escola de Governo em Saúde

Pública de Pernambuco – ESPPE.

Rua Quarenta e Oito, 224 –

Encruzilhada, Recife - PE, 52050-380

E-mail: angeliaanjos@hotmail.com