

“Eu não esperava por isso. Foi um susto”:

conceber, gestar e parir em tempos de Zika à luz das mulheres de Recife, PE, Brasil

Rosamaria Carneiro^(a)
Soraya Resende Fleischer^(b)

Carneiro R, Fleischer SR. “I never expected this, it was a big shock”: conception, pregnancy and birth in times of zika through the eyes of women in Recife, PE, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(66):709-19.

This article discusses conceptions of conception, gestation and childbirth shortly after the boom of the Zika epidemic in Brazil, from the narratives of female mothers of babies with microcephaly. His children were conceived and gestated in a *sui generis* context, quite chaotic and insecure, due to the deconditioning of the deficit, the roads of Recife and the neighborhoods of popular litters. Most were born in public hospitals in the state capital of Pernambuco. This way, trying to comprehend these sexual and reproductive experiences of these women, with her we were in 2016 and then in 2017, in this case, from the memory of your gestations and births. Try to be more of the particularity of sexual and reproductive life of Brazilian women, to be thought, for this reason we recover their ideals and practices, comparing them to others, a little wider, on the subject.

Keywords: Reproductive health. Woman. Recife. Zika Virus.

Este artigo discute concepções de concepção, gestação e parto logo após o “boom” da epidemia de Zika no Brasil, a partir das narrativas de mulheres mães de bebês com microcefalia. Os seus filhos foram concebidos e gestados em um contexto *sui generis*, bastante caótico e inseguro, por conta do desconhecimento da raiz da deficiência, nas ruas de Recife e em bairros de camadas populares. A maioria nasceu em hospitais públicos da capital pernambucana. Dessa forma, procurando compreender tais experiências da vida sexual e reprodutiva dessas mulheres, com elas estivemos em 2016 e, depois, em 2017, por meio da observação diária de seu cotidiano e relações sociais, mas, nesse caso, a partir da memória de suas gestações e partos. Trata-se de mais uma particularidade, da vida sexual e reprodutiva das mulheres brasileiras, a ser pensada, por isso aqui recuperamos suas ideais e suas práticas, cotejando-as a outras, um pouco mais amplas, sobre o assunto.

Palavras-chave: Saúde reprodutiva. Mulheres. Recife. Zika virus.

^(a) Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília. Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01. Brasília, DF, Brasil. 72220-275. rosacarneiro@yahoo.com.br
^(b) Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. fleischer.soraya@gmail.com

Na cultura do olhar, o que vimos e sobre o que escreveremos^(c)

Quem já gestou sabe o medo ou, no mínimo, sentiu o receio de que algo ruim ou fora de padrão sobre a saúde da criança fosse descoberto durante o pré-natal. Para algumas mulheres, pode ser mais tranquilo, para outras, um pesadelo. Entretanto, em alguma medida, o receio de uma má-formação é algo que assola todas aquelas que um dia carregaram uma criança no ventre. Talvez, não por acaso, em todas as culturas existam prescrições e tabus durante a gestação; considerada, via de regra, um tempo que inspira cuidados alimentares, emocionais, sexuais e espirituais.

Michele disse:

Eu tinha medo de hidrocefalia. Uma vez, tempos atrás, eu tava no hospital do IMIP e vi uma criança de dez anos com a cabeça desse tamanho, cheia de água (ela disse isso com cada mão ao lado da cabeça, imitando uma cabeça muito maior do que a normal). Era tão grande a cabeça que acabou explodindo e a criança morreu. Eu tinha medo de meu filho ter isso. Graças a Deus não é isso. Eu já tinha visto criança com Down. Esses eram os problemas que eu tinha visto antes. Mas eu tinha medo mesmo de água na cabeça. Ainda bem que não é isso que meu filho tem. (notas do diário de campo de SF, 2016)

Por um lado, teme-se alguma anomalia e a mulher que gesta é constantemente responsabilizada pelo cuidado consigo durante o período em que é “dois em um”¹. Mas, por outro, imagina-se o bebê mesmo antes de seu nascimento², definindo-o como pessoa antes de sua existência extraútero. Em que pese esse anseio de descortinamento do que acontece no útero estar mais presente entre as camadas médias e altas³, também se faz presente nas camadas populares, quando, recorrentemente, nos contaram as mulheres de Recife que guardaram dinheiro para fazer a ultrassonografia nas clínicas particulares, por vezes, nas mais populares, que têm preços mais acessíveis.

Segundo Chazan, isso acontece por conta de vivermos em uma cultura do olhar, onde tudo precisa ser visto e, assim, controlado. Foucault⁴ disse algo bastante semelhante ao escrever sobre a medicina, o pensamento moderno e o olhar que tudo deslinda. O olhar da anatomia. Nesse registro do ver para controlar, a ultrassonografia figura, atualmente, como tecnologia central e notadamente importante durante a gravidez.

Mas, e quando não é esse o desfecho do exame de imagem? E quando o bebê que nasce não é o bebê esperado e/ou idealizado pelos que por ele esperam? Pensando sobre essas questões de maneira mais geral, procuramos refletir sobre como as mães que tiveram Zika Vírus em Recife receberam a notícia de que gestavam ou pariram um bebê com uma deficiência ou com o que se convencionou chamar de síndrome congênita do vírus Zika (SCVZ)? Tentamos descrever como foi gestar e parir em casos tão excepcionais e tão dramáticos, como os que se verificaram no início da epidemia, entre os anos 2015-2016, entre aquelas que têm sido chamadas de “primeira geração das mães de Zika”⁵.

Escreve-se, e ainda pesquisa-se, sobre: a relação entre o vírus e a SCVZ; a ideia de estimulação precoce dos bebês; os motivos da má-formação; as estratégias de controle dos mosquitos, e as políticas públicas. Mas pouco, ou ainda quase nada, sobre o cotidiano das mulheres e mães de crianças com a síndrome ou, como genericamente as mulheres diziam, a microcefalia. Por essa razão, estamos às voltas com um projeto mais amplo de investigação, “Zika e

^(c)Faremos menção a diferentes trechos de diários de campo, o principal material empírico gerado por esse projeto, referentes a pesquisa de campo na cidade do Recife/PE em períodos de 2016 e 2017. Para garantir a autoria, identificamos por siglas quem produziu o diário de campo: Yazmin Safatle (YS), Thais Souza (TS), Raquel Lustosa (RL), Lays Venâncio (LV) e Soraya Fleischer (SF).

^(d) Fleischer S. Zika e microcefalia: um estudo antropológico sobre os impactos dos diagnósticos e prognósticos das malformações fetais no cotidiano de mulheres e suas famílias no estado de Pernambuco [projeto de pesquisa]. Recife: 2016.

microcefalia: um estudo antropológico sobre os impactos dos diagnósticos e prognósticos das malformações fetais no cotidiano de mulheres e suas famílias no estado de Pernambuco”^(d), em que objetivamos justamente acompanhá-las: em suas tarefas, mazelas e alegrias cotidianas; nas consultas aos médicos; em suas famílias; casamentos; relações com dinheiro, com o corpo e com o Estado.

Para essa ocasião, nos deteremos na vivência da concepção, da gestação e do parto dessas mulheres, trabalhando tais searas a partir de entrevistas, conversas informais e três estadias de campo entre elas, seus filhos, famílias e afazeres durante o segundo semestre de 2016 e os dois de 2017. Pensaremos, portanto, na vida sexual e reprodutiva dessas “mães de micro”, como se autodenominam. Pensaremos sobre: contracepção, planejamento reprodutivo, gestações, pré-natal, experiências de parto e exames de imagem ao longo de toda essa experiência.

Mulheres pernambucanas e suas estórias de filiação

Karina contou do parto da filha caçula:

Eles queriam que fosse parto normal. Todos meus partos foram normais. Mas eu já tinha acertado, eu queria ligar. Não tinha conversa. Eu tinha assinado todos os papeis. Na hora lá, meu marido até quase mudou de ideia, disse que não queria que eu ligasse. Eu disse, ‘Olha só, sou eu mesma que cuido. Não quero mais filho. Cinco já é muito, já é demais’. Nas vezes em que eu vi Karina falar o número de filhos, eu senti que ela falava constrangida, meio com vergonha. Acho que sabem muito bem o que a classe média acha de ter mais do que dois ou três filhos. (notas do diário de campo de LV, out. 2016)

Em Recife, estivemos com muitas mulheres, mas trabalharemos nesse artigo a partir das estórias e de nossos encontros com: Julia, Jandira, Jaqueline, Michele, Diva, Karina, Sandra, Debora, Cristina, Zelia, Eva e Solange. Todas têm mais de um filho, salvo Debora, a mais jovem delas, com 17 anos, quando seu primeiro filho nasceu. Muitas delas têm entre três e cinco filhos, o que nos remonta, por um lado, às políticas de planejamento reprodutivo no país, informação e contracepção, mas, por outro, as ideias sociais de filiação. Ellen Woortman⁶ e Valéria Corozocass⁷ escreveram sobre isso em tempos diferentes, mas pensando o parentesco em camadas populares.

Para Woortman, os filhos envolvem um “cálculo social”, dizem do status daquela mulher e daquele homem em uma comunidade. As pesquisas que o antropólogo realizou, em 1970, com pessoas que vivem no meio rural, na região amazônica e no Nordeste, e com pessoas que vivem em bairros populares, pobres e urbanos, sugere que ter filhos significa ampliar a rede de solidariedade ou de compadrios. Para esse cálculo, não é válido ter um único filho, mas ter muitos. Além disso, significa dividir o peso na/da velhice entre vários filhos.

Já a intenção de Corozocass⁷ foi compreender a lógica das ideias de reprodução e de sexualidade entre as mulheres negras de camadas populares assistidas no interior de uma maternidade pública do Rio de Janeiro. Em sua etnografia, pôde constatar como a concepção de filiação para essas mulheres era diferente da dos médicos. Enquanto, para eles, o planejamento era necessário e possuía um recorte econômico, para as mulheres, ter filhos carregava um outro tanto de significados. A antropóloga perguntou a uma mulher, chamada de Vanessa, por que tivera filhos. Essa, por sua vez, respondeu: “Eu queria ter, eu gosto, tenho

paciência com crianças, acho que filho é bom para gente, a gente não fica sozinha, tem companhia, tem tudo” (p. 241).

Segundo a autora:

[...] nas palavras de Vanessa, o ato sexual – definido como “fazer amor” – e ter filhos não apenas coincidem, mas também estão associados pelo prazer. Para os médicos, os filhos se faziam sem planejamento, sem serem pensados, já para as mulheres “é fazer amor e fazer filhos”. (p. 249)

Em que pese, natural ou constrangedor, pudemos notar nesse momento que quase todas as nossas interlocutoras no Recife buscavam a laqueadura para não terem mais filhos, coincidindo com dados de outra pesquisadora, que trabalhou no município contíguo de Camaragibe/PE, sobre as práticas de contracepção e o desejo de esterilização cirúrgica⁸.

Estórias de gestação: “Não explicaram nada para nós”

Cristina, Esther e Karina afirmam ter tido Zika vírus na gestação, e ainda durante a gestação terem assim sido diagnosticadas. Algumas relataram terem se sentido como numa virose, com manchas pela pele, às vezes, somente por um dia, como uma espécie de “dengue fraca”. Outras, anunciaram febre e um desconforto de outra ordem, mas não necessariamente o diagnóstico do vírus. E, para outras, como para Eva, não havia a certeza de ter tido Zika em nenhum momento: “Não, acho que tive não, como te disse, a gravidez era de risco, tive febre, dor, cansaço, uma gripe ali outra aqui, mas Zika acho que não tive, que nenhum médico chegou a me dizer... (notas do diário de campo de RL, 2017)”.

Cristina, por sua vez, não entendeu sua gestação como de risco por conta de qualquer virose. Ao contrário, foi tratada de modo especial por outro motivo, pois já tinha 41 anos de vida e, por isso, foi considerada como merecedora de mais cuidados. Eva, nessa mesma linha, teve uma gestação gemelar. Zelia teve pré-eclâmpsia durante a gestação, mas pouco foi informada do que isso significava para si, seu filho e seu parto. Michele teve herpes zoster e uma crise renal bastante séria, mas recusou fazer a cirurgia recomendada pelos médicos, com medo de afetar e perder o bebê. Vemos que algumas delas, e seus respectivos médicos, não identificaram nada de anormal em suas gestações. Algumas tiveram Zika e foram diagnosticadas como tal; outras não chegaram a saber se o tiveram, por falta de diagnóstico durante ou, mesmo, depois da gestação, já que não foi feito o exame sorológico preciso. E ainda outras reconheceram outros fatores de perigo ou de risco, que não relacionados ao mosquito, à síndrome ou ao vírus.

Para além da saúde da gestante, nossas conversas também passaram pela saúde do feto. Cristina, Jandira, Sandra, Julia, Jaqueline e Karina souberam que o bebê tinha microcefalia durante a gestação e por meio da ultrassonografia. Foi recorrente escutar “o médico disse que ele tinha uma cabecinha pequena”. Essa notícia, geralmente, foi dada no segundo trimestre da gestação (entre o quarto e o quinto mês), na realização do exame morfológico, uma ultrassonografia que analisa a propensão para Síndrome de Down e problemas cardíacos.

Os médicos pouco pareciam saber sobre o que ocorria, pois poucas informações forneceram às gestantes na época. Basicamente, comunicavam que algo parecia estar diferente, que a cabeça era pequena ou que não dava para ver a cabeça, pois, segundo Goreti contou ter ouvido do técnico da ultrassonografia, “a carne da mulher era muito dura para ver pelo ultrassom”. Mas não acolhiam e/ou ofereciam suporte para essas mulheres, que sozinhas procuraram os significados do que seria a SCVZ. Em casa, depois, geralmente pela internet ou em seus encontros presenciais ou por aplicativos de celular com as outras mulheres, ou então pelos corredores das instituições, é que foram conseguindo pinçar e reunir informações sobre seus filhos. Numa entrevista, quisemos saber se Karina tinha feito ecografia durante a gravidez:

Sim, duas vezes. Fiz numa clínica particular ali no bairro de casa mesmo. Na primeira, eu vi que tinha alguma coisa na cabeça dela, mas a médica não achou que tinha nada. Mas eu sabia que

tinha. Eu já tinha 4 filhos antes. Na segunda ecografia, já viram o problema. (notas do diário de campo de SF, 2017)

O “bebê imaginado” ou esperado deixava, então, de sê-lo, e muito da gestação ainda estava por vir. Como essas mulheres terão experimentado a gestação, sabendo carregar em seu ventre um bebê que teria limitações e que demandaria muito de si mesmas? É certo que o assunto era novo e desconhecido pela biomedicina, mas nada parece justificar o modo como as mulheres foram comunicadas e, depois do diagnóstico, tão parcamente acolhidas. Com relação a todos esses sentimentos, Diva contou que, diante da notícia (do resultado do exame morfológico), ficou: “[...] num misto de felicidade, porque queria muito um menino, mas de tristeza, quando descobriu que ele tinha problema. (notas do diário de campo de FV, 2016).

Outra mulher, Solange:

[...] ficou desesperada, pensou em *dar* a criança, porque, segundo ela, não tinha condições financeiras e emocionais para cuidar de uma criança especial. Ela disse que não contou para o marido quando teve esse pensamento. (notas de diário de campo de LV, 2016)

Para outras mulheres, como Esther, no entanto, foi entendido como uma dádiva, como um trabalho social importante que envolve devoção, sacrifício e despesas:

Ele foi um presente, mas é como eu disse, não desejo pra ninguém. É óculos, remédio, fralda, comida... É muito difícil mesmo, não desejo nem pro pior inimigo. Meu marido trabalha, né, então não tenho ajuda de ninguém. (notas de diário de campo de RL, 2017)

Os depoimentos revelam a ambiguidade nessa etapa tão inicial da convivência com a notícia, com o entendimento da deficiência, com o assentamento dessa realidade inesperada nos planos da família.

Estórias de parto: “Depois do surto veio o susto”

Algumas mulheres, como vimos na seção anterior, ficaram sabendo dos problemas de saúde da criança ainda no ventre. Mas a grande maioria das mulheres só foi informada sobre a nova situação no período expulsivo ou, mesmo, dias depois do parto. Goreti e Esther narram sobre esse momento. A primeira conta que descobriu a microcefalia somente quando o seu filho nasceu. “Eu não esperava por isso. Foi um susto”:

É como se você tivesse planejado fazer uma viagem para o Rio de Janeiro. Mas, de repente, o piloto avisa que iremos pousar em outra cidade. Em vez do Rio de Janeiro, o avião iria para o Maranhão. Você vai ter que mudar todos os pontos turísticos que você tinha planejado visitar. Você vai ter que planejar de novo o que visitar no Maranhão. Foi, então, uma adaptação forçada. (notas do diário de campo de SF, 2017)

Os partos, em sua imensa maioria, foram vaginais ou, como contaram, “normais”. Foram praticamente somente duas situações de cesárea e, ainda assim, porque as mulheres buscavam e queriam aproveitar para, em seguida, fazer a laqueadura ou “ligar”, como diziam. Elas queriam “operar”, por isso agendavam a cirurgia, mas os filhos anteriores haviam nascido de partos vaginais. Os partos narrados não foram partos fáceis. Pelo contrário, as narrativas sugerem: procedimentos realizados sem consentimento, sem prévia informação da parturiente, manobras abusivas, solidão e/ou um momento de tensão – como nos conta Julia sobre o seu desejo de laqueadura e a necessidade de ter de “dar um bale” para consegui-la:

Eu tinha passagem e tudo. Ele não era uma criança grande, eu só tinha muita água na barriga. Minha barriga que era enorme, não ele. Os outros tudinho foram parto normal. O problema é

que eu tinha um combinado com a minha médica do pré-natal. Eu ia fazer um parto cirúrgico para ligar. Já era para ligar no penúltimo. Mas tinha aquela coisa de idade, de número de filho e não deu. Mas era para ter parado nesse. Eu não queria ter mais filho. Expliquei para enfermeira, “Do jeito que o mundo está hoje, tem essa lei de que filho pode escolher, pode passar por cima de pai e mãe. Eu não gosto disso. Eu acho que tem que respeitar. Então, por isso, eu não queria mais ter filho. É difícil criar filho, ensinar as coisas certas para eles. (notas do diário de campo de SF, 2016)

Foram surpreendidas pela má-formação dos filhos e, por isso, ficaram internadas entre uma a duas semanas para que a criança fosse examinada, ainda que já estivessem de alta, algo que geralmente acontece 24 horas depois do parto vaginal e 48 horas depois do parto cirúrgico. Ou então, durante os exames de APGAR ou pediátricos, ao medirem a cabecinha do bebê e constatarem entre 32 e 33 cm de perímetro cefálico. Em dois casos, a SCVZ só foi confirmada com um mês de vida da criança e depois de feitas as sorologias para o Zika vírus. Diva, por exemplo, ficou internada oito dias no hospital depois do parto, e nos conta do abandono emocional que experimentou: “Nesse tempo, para mim, só veio uma psicóloga para saber o que tinha acontecido e para marcar o atendimento, marcar a sessão de psicologia, mas essa sessão nunca aconteceu. Para o bebê, veio o neuro, o médico, um bando de estudantes para ver (notas do diário de campo de FV, 2016).

Esther, por exemplo, soube da microcefalia somente quando “descansou”, ou seja, quando o bebê nasceu. Para os nossos interesses, no entanto, saltam aos olhos aqui dois pontos: o susto de descobrir a microcefalia ao parir e a ausência de qualquer recomendação específica para os partos de mulheres que tiveram Zika durante a gestação ou SCVZ diagnosticada. Nesse sentido, realmente, ter o bebê parece ser “descansar”, ainda que o descanso logo se torne uma verdadeira maratona em prol de diagnósticos mais específicos, arranjos domésticos de cuidado, de encontrar vagas e profissionais disponíveis para oferecerem as terapias de “estimulação precoce” dessas crianças.

Por que microcefalia? As explicações apontadas pelas mulheres

Na época do borbulhar da epidemia, fins de 2015 e começo de 2016, vimos como as origens da microcefalia foram controversas e dividiram públicos e opiniões na seara científica⁵. Entre as mulheres, não foi muito diferente, múltiplos foram os motivos para a microcefalia. Aqui, nos interessa notar como várias dessas explicações se relacionaram aos eventos reprodutivos. Mas não podemos perder de vista que, ao nos contarem sobre suas explicações para a forma física dos filhos, elas já tivessem sido expostas às narrativas biomédicas e científicas. Balizavam suas opiniões, portanto, dentro desse quadro mais amplo.

Debora, uma jovem negra, de 17 anos, conta que teve um parto normal, mas que a anestesia para a episiotomia não pegou e que tiveram que forçar a barriga para baixo porque o bebê não nascia. Seu bebê teve falta de oxigênio e nasceu com microcefalia. Para ela, foi por conta do parto que a criança adquiriu a deficiência. Em seu caso, disse que os médicos erraram em sua data de parto e que a criança passou da hora.

Daí Debora contou que ela sabia que estava de nove meses, mas por conta do tamanho de sua filha, que era bem pequena, bem levinha, os médicos achavam que tinha oito meses. Aí, ela deduziu que eles tinham estimado errado a data do parto. (notas do diário de campo de YS, 2017)

Para além desse seu caso, Debora também reforçou que a deficiência pode ser resultado do erro dos profissionais de saúde, mas, também, das parturientes: “Tem bebê que tem micro porque a mãe fechou as pernas na hora do parto. Não pode fechar”.

Se o parto apareceu como explicação para a deficiência, as vacinas também despontaram como possível razão. Esse assunto tomou redes sociais e a internet de maneira geral, polarizando grupos e segmentos de profissionais de saúde, sociedade civil e cientistas⁹. Na época, circularam notícias

de que um lote de vacinas prescritas ou vacinas não autorizadas para gestantes havia sido aplicado em mulheres grávidas daquela região. O que explicaria, inclusive, que essas cidades tenham sido as mais acometidas pela epidemia. Assim, essas mulheres, bem como algumas das profissionais que lhes acompanhavam, também cogitaram ter sido algo externo o causador da deficiência, mas não necessariamente o mosquito. Eva, ao levar seu filho na consulta com uma neurologista, foi perguntada se havia tomado vacinas. Explicou que, sim, de rubéola, de gripe etc. E ouviu da médica: “Minha filha, aprenda. Esse país não é sério, desconfie das vacinas. Eu mesma não tomo vacina é pra nada” (notas do diário de campo de RL, 2017).

Para algumas, então, a tese das vacinas operava com alguma força, enquanto para outras, como Zelia, a causa da microcefalia não seria o mosquito e tampouco o vírus Zika, pois muitas mulheres tinham tido a doença e não passaram nada aos seus filhos. Em sua leitura, não havia causa-consequência entre ter tido Zika e a micro. Para ela, sua filha havia nascido assim por conta da pressão alta que teve enquanto estava grávida.

Nós perguntamos se ela achava que era o Zika que foi responsável pela microcefalia e Zelia respondeu que não, que achava que não tinha nada a ver, que não fazia sentido. Quando estávamos na rua de novo, esperando o carro do Uber chegar, ela apontou para algumas mulheres que passavam aleatoriamente pela rua e disse: “Ela teve Zika na gravidez... Aquela outra também... A vizinha de fulana também e não deu nada. Eu não tive, e minha filha nasceu assim”. Zelia teve pré-eclâmpsia nas três gravidezes e correu risco de vida todas as vezes. Ela contou que “desmaiava muito” quando esteve grávida da caçula. (notas do diário de campo de YS, 2017)

Por isso, nos parece importante continuar usando a categoria local, “microcefalia”, muito mais ligada à situação e reconhecimento de uma deficiência (ou um conjunto complexo de deficiências), do que imediatamente adotar o termo biocientífico, “SCVZ”. Esse segundo termo pressupõe que a microcefalia e o conjunto de outros sintomas sejam necessariamente ligados e explicados pelo vírus Zika. Debora e Zelia, que trazem a realidade das complicações gestacionais, ou Eva, que remonta aos efeitos dos medicamentos distribuídos pelo SUS, como no caso das vacinas, estão chamando atenção para um quadro mais amplo e mais estrutural do cuidado que dirigimos, no Brasil, às mulheres em idade reprodutiva. O termo “SCVZ” pode também colocar ênfase demais nas explicações etiológicas de um quadro patológico, quando essas mulheres, no momento mais recente, parecem nos indicar que importante mesmo não é olhar para o passado, mas para a frente, e pensar em como reconhecer, respeitar e reverter a deficiência de seus filhos, garantindo-lhes uma vida com mais bem-estar, conforto e felicidade^{10,11}.

O diagnóstico social, portanto, pode ser bem mais amplo do que a relação entre causa e consequência ou vetor-doença-deficiência. Pode atravessar o parto, as histórias pessoais, vacinas ou, então, ser ainda desconhecida ou inexplicável. De modo já mais apaziguado, não necessariamente mais priorizando as explicações causais específicas, mas encontrando explicações existenciais mais abrangentes, Cristina disse, em diferentes momentos de nossos encontros com ela, que “pensava em ter só a filha mais velha, porém, Deus colocou Ágata no seu caminho” (notas do diário de campo de TS, 2017). Um outro trecho adensa esses significados:

Cristina descobriu que Ana Paula tinha um “probleminha na cabeça” quando fez o primeiro ultrassom, com seis meses de gravidez. Ela contou que “Não quis encarar a realidade. Tanto que eu falei para meu marido, ah, que tava tudo bem e tudo mais”. Ela contou que ainda tinha esperança de não ser nada. Mas quando no segundo ultrassom o diagnóstico foi microcefalia, não tinha mais como negar a realidade. “Aí eu entrei em pânico”, ela nos conta. “Chorei, chorei. Mas aí eu pensei que era Deus que deu né, então eu me acalmei. Porque Deus deu. (notas do diário de campo de YS, 2017)

Para as mulheres mais religiosas, a microcefalia viera inclusive como uma missão de vida. Uma missão religiosa a ser respeitada e que, em última instância confronta diretamente explicações biomédicas, por exemplo¹².

Eu não ia engravidar. Depois, quis começar um tratamento para engravidar. Antes do tratamento, veio o Juca. Ele é uma vitória para mim, é Deus me presenteando. Depois disse, se referindo à notícia da microcefalia logo após o parto, “Eu tive muita lágrima na maternidade”. E continuou, “Mas com três dias, o Juca levantou a caixa do peito assim para cima do berço. Nenhuma criança faz isso com essa idade. Isso foi para calar a boca dos profissionais de saúde”. (notas do diário de campo de SF, 2016)

Contraceção e aborto

Outros dois aspectos que nos saltaram aos olhos, no que tange a vida sexual e reprodutiva, era a temática da contraceção e do aborto. É surpreendente ver a quantidade de mulheres que buscavam a cesárea como modo de obter a laqueadura e encontrar uma forma contraceptiva definitiva -queriam “ligar” para “evitar”. Como outros estudos já bem mostraram, a laqueadura é uma forma de a mulher ter controle absoluto de sua vida reprodutiva, não precisando continuar negociando com o companheiro o uso do preservativo ou o número de filhos do casal.

Será esse um sintoma de algo a ser analisado no campo da educação sexual, quanto ao uso de preservativo, do machismo nas relações conjugais, na sobrecarga da mulher que passa a ser a única responsável pela (não) reprodução? Pensamos que esse dado pode nos dizer muito do acesso aos contraceptivos e do mais íntimo das relações de gênero de um casal, sobretudo, entre mulheres de camadas populares.

Por outro lado, a epidemia e o número de crianças nascidas com microcefalia reacende o debate sobre direitos sexuais reprodutivos e aborto. A Anis, Instituto de Bioética, uma organização não governamental e feminista sediada em Brasília, por exemplo, entrou com pedido de ampliação das causas de aborto legal, considerando a deficiência e as limitações de vida geradas pela microcefalia, tem por objetivo incluir tais casos nessas permissões legais, desde que esse fosse o desejo das mulheres.

Entre as mulheres, entretanto, já que esse é o nosso ponto de vista nesse artigo, o aborto não parecia ser algo cogitado. Eram os médicos que cogitavam a hipótese da interrupção. Jaqueline, por exemplo, nos contou, logo que começamos a pesquisa de campo, que muitos médicos consultaram as mulheres sobre um desejo de aborto diante do diagnóstico durante o pré-natal.

E os médicos queriam que eu fizesse um aborto. Me ofereceram, disseram que não ia nascer, que ia nascer e vegetar essas coisas. Eu não queria de jeito nenhum. Eles, “Você não quer? Então, você tá louca”. Disseram que eu estava louca, colocaram uma psicóloga para me convencer. Era meu filho! Eu queria o meu filho. No ultrassom, eu ficava olhando aquele bebê, eu vi o dedinho dele na boca. Eu falava, “Olha lá, tá com o dedinho na boca, coisa mais linda!”. E a médica me olhava, me achando doída. Falou que eu estava doída, que eu precisava de ajuda profissional, de psiquiatra. Só porque eu estava acompanhando o ultrassom, vendo meu filho, admirando ele na minha barriga. Médico é frio, menina. A neuro é ainda pior. (notas do diário de campo, SF, 2016)

Uma dimensão que essas mulheres nos trouxeram e sobre a qual pouco havíamos pensado foi a das crianças que nasceram mortas; e, de dentro das alas das maternidades, algumas mulheres puderam testemunhar esses momentos. “Nascer morta” poderia ser considerado resultado de um aborto ou não. Nos dois casos, causava constrangimento o modo como as crianças eram tratadas a despeito da presença de suas mães, já que as crianças eram destinadas a estudos, às vezes, segundo contaram nossas interlocutoras, sem o consentimento dessas mães.

Karina viu dois abortos, sendo um de bebê com micro, onde ela presenciou os profissionais enrolando a criança morta num pano e, aproveitando o estado anestesiado da mãe, fizeram-na assinar um termo de consentimento disponibilizando o natimorto para estudo. Levaram o bebê falecido e deixaram a mãe sem o menor amparo. Karina achou aquilo horrível e desumano, assim como nós. Quantos outros casos desses não devem ter acontecido desde o início da epidemia? (notas do diário de campo, LV, 2016)

Essas mulheres eram, então, em sua maioria, contrárias ao aborto, por questões religiosas ou pessoais, também porque o filho tem um valor elevado em suas concepções de família, subsistência, filiação e cuidado, como mostramos acima. Não podemos esquecer que muitas delas, ao circularem pela cidade com seus filhos no colo, ouviram preconceitos sobre a diferença corporal dessas crianças, e uma acusação comum foi a de que haviam tentado abortar, eram chamados de “filhos de aborto”. Assim, a deficiência teria vindo não apenas como evidência desse ato amoral, mas, também, como penalização pessoal. Dissociar-se do aborto, portanto, era importante em muitos sentidos. Mas, ainda assim, não desconsideravam a importância de planejarem as gestações e a vida reprodutiva. Sabendo-se as principais cuidadoras de bebês e crianças numa casa, buscavam, sobretudo, a ligadura como solução definitiva e garantiam certa autonomia nessa decisão.

Novas gestações

Por último, gostaríamos de trazer à tona algo que começava a despontar quando estivemos em campo e que pode cada vez mais passar a aparecer: uma nova ou gestação de mulheres que tiveram um filho com microcefalia no boom do Zika vírus. Goreti, em maio de 2017, quando voltamos ao Recife, estava grávida da segunda filha, e, segundo ela, o “vírus estava ainda ativo”, quer dizer, o vírus era ainda detectável nos exames de laboratório e, por isso, estava submetida a um protocolo de monitoramento. Para ela, parecia não haver muito problema. Dessa vez, esperava uma menina. As outras mulheres, entretanto, pareciam julgá-la ou não aceitarem uma nova gestação de uma mulher que já tinha um filho como SCVZ e que, nesse caso, corria o risco de uma experiência repetida. Cristina, por exemplo, comentou num dos consultórios, em que estávamos também nós, as pesquisadoras, e a médica fonoaudióloga de sua filha: “Não sou demente não, eu enxergo a realidade. Eu cuido do que é meu”. Ela parecia achar bem irresponsável engravidar de novo nessas circunstâncias e ainda ter de deixar os seus filhos com outras pessoas (notas do diário de campo, YS, 2017).

Mas esse debate abre também uma outra frente: a persistência ou permanência do vírus no corpo das mulheres que já tiveram Zika. Na época da explosão da epidemia, em alguma medida, recomendou-se não engravidar. Essa posição partiu de médicos, mídia e, também, oficialmente do Ministério da Saúde. Temia-se tanto a SCVZ no alto verão brasileiro de 2016, período de maior proliferação do mosquito, mas, também, que mulheres que já tivessem tido Zika engravidassem, pois não se sabia ao certo como se daria a transmissão e a sobrevida do vírus nas mulheres, homens e, também, nos bebês que cresciam. Nessa mesma esteira, notícias alarmantes sobre a transmissão do vírus sexualmente e por via oral (beijo na boca) também circularam gerando pânico social. A figura masculina pouco foi mencionada nessa discussão, seja nas esferas mais oficiais, seja nas esferas domésticas. Uma ou outra mulher contou que o companheiro também teve Zika, antes ou durante a gestação dessa mulher. Mas ninguém lembrou casos de homens que foram chamados pelos serviços de saúde para também fazerem testes sorológicos; e poucas têm sido as iniciativas, como de uma ONG feminista local, o Grupo Curumim Gestação e Parto, de envolverem os homens diretamente na infecção pelo vírus e no cuidado das crianças com a síndrome.

No limite, enquanto as supostas certezas não aparecem, mulheres como Goreti nos lembram do valor da autonomia reprodutiva, apesar de poderem ser julgadas por supostamente não serem “boas mães”, por já terem um filho com microcefalia para cuidar, ou, ao optarem por trazer outro ao mundo, por serem irresponsáveis e/ou egoístas. Difícil parece ser controlar tudo isso, haja vista, como vimos, o principal meio contraceptivo acessível a essas mulheres ser a laqueadura. O interessante é refletir sobre a responsabilização excessiva das mulheres que seguem, no limite, como as únicas (ir)responsáveis

pela contracepção, gestação e reprodução; e, de modo mais dramático com o passar do tempo, pelos cuidados diários e intensos de uma criança com deficiência severa.

Colaboradores

Ambas as autoras participaram efetivamente do processo de elaboração das ideias, escrita, discussão dos resultados, da revisão e da aprovação final do trabalho.

Agradecimentos

Esse texto contou com muitos apoios para ser escrito. A FINATEC, o PRO-IC e o Departamento de Antropologia, da Universidade de Brasília, nos ofereceram recursos para chegarmos e permanecermos no Recife/PE. Estudantes de graduação em Ciências Sociais, como Yazmin Safatle, Thais Souza, Lays Venâncio e Fernanda Vieira, e uma antropóloga já formada, Raquel Lustosa, contribuíram com a pesquisa de campo; e Thais Valim e Lays Venâncio realizaram uma primeira organização dos dados. Aqui, aproveitamos para agradecer publicamente por esse conjunto de apoios.

Referências

1. Heritier F. Masculino e feminino. São Paulo: Piaget; 2001.
2. Rezende CB. Imaginando o bebê esperado: parentesco, raça e beleza no Rio de Janeiro. *Etnográfica* [Internet]. 2016; 20(2):231-49 [citado 1 Out 2016]. Disponível em: <http://etnografica.revues.org/4258>. doi: 10.4000/etnografica.4258.
3. Chazan L. Meio quilo de gente: um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
4. Foucault M. História da sexualidade 1. São Paulo: Graal; 2001.
5. Diniz D. Zika: do sertão nordestino à ameaça global. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2016.
6. Woortmann K. Um único filho não é filho. In: Woortmann E, Guidi M, Moreira M. Respeito à diferença: uma introdução à antropologia. Brasília: CESPE; 1999.
7. Corozacss V. O corpo da nação. Rio de Janeiro: UFRJ; 2009.
8. Dalsgaard AL. Vida & esperanças: esterilização feminina no Nordeste. São Paulo: Unesp; 2006.
9. Carvalho LP. Vírus Zika e direitos reprodutivos: entre as políticas transnacionais, as nacionais e as ações locais. *Cad Genero Div*. 2017; 3(2):134-57.
10. Valim T. Ele sente tudo que a gente sente: um olhar antropológico sobre a sociabilidade de bebês nascidos com a Síndrome Congênita do Zika Vírus em Recife/PE [monografia]. Brasília (DF): Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília; 2017.
11. Williamson KE. O presente precário das mulheres do zika: temporalidade nas narrativas de mães de crianças com síndrome congênita do zika vírus na Bahia. In: 2ª Reunião de Antropologia da Saúde; 2017; Brasília. Brasília; 2017.
12. Mattingly C. Moral laboratories: family peril and the struggle for a good life. Oakland: California University Press; 2014.

Carneiro R, Fleischer SR. “Yo no lo esperaba. Fue un susto”: concebir, gestar y parir en tiempos de Zika en la visión de las mujeres de Recife, estado de Pernambuco, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(66):709-719.

Este artículo discute nociones de concepción, gestación y parto inmediatamente después del “boom” de la epidemia de Zika en Brasil, a partir de las narrativas de mujeres madres de bebés con microcefalia. Sus hijos fueron concebidos y gestados en un contexto *sui generis*, bastante caótico e inseguro, debido al desconocimiento de la raíz de la discapacidad, en las calles de Recife y en barrios de capas populares. La mayoría nació en hospitales públicos de la capital del estado de Pernambuco. De esa forma, buscando comprender tales experiencias de la vida sexual y reproductiva de esas mujeres, estuvimos con ellas en 2016 y después en 2017, por medio de la observación diaria de su cotidiano y relaciones sociales, pero, en ese caso, a partir de la memoria de sus gestaciones y partos. Se trata de una particularidad más de la vida sexual y reproductiva de las mujeres brasileñas que debe ser pensada y por eso aquí recuperamos sus ideas y prácticas comparándolas con otras, un poco más amplias, sobre la cuestión.

Palabras clave: Salud reproductiva. Mujeres. Recife. Virus del Zika.

Submetido em 19/11/17. Aprovado em 12/12/17.

