

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA

Carolina Schmitt Colomé

**VIVÊNCIAS DA MATERNIDADE EM CASOS DE TOXOPLASMOSE
CONGÊNITA E PÓS-NATAL**

Santa Maria, RS
2019

Carolina Schmitt Colomé

**VIVÊNCIA DA MATERNIDADE EM CASOS DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA E
PÓS-NATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Bacharel em Psicologia**.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jana Gonçalves Zappe
Coorientadora: Luísa da Rosa Olesiak

Santa Maria, RS
2019

Carolina Schmitt Colomé

**VIVÊNCIA DA MATERNIDADE EM CASOS DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA E
PÓS-NATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Bacharel em Psicologia**.

Aprovado em 25 de novembro de 2019:

Jana Gonçalves Zappe, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Caroline Rubin Rossato Pereira, Dra. (UFSM)

Ana Paula Ramos de Souza, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2019

AGRADECIMENTOS

À professora Jana, por ser um exemplo de profissional e ser humano. Pelo imenso apoio, incentivo, acolhimento e ajuda ao longo da construção e execução deste trabalho, o qual foi idealizado por nós com muito carinho.

À Luísa, por todo o cuidado e sensibilidade dedicados na coorientação deste estudo, bem como por ser uma pessoa excepcional, cujo trabalho admiro profundamente e cuja amizade atribuo imenso valor.

Aos meus pais, por todo apoio, carinho, inspiração e sustentação. Por toda a dedicação voltada a mim durante todo o meu desenvolvimento, por todo o amor que me é imprescindível e inestimável.

À Isadora, luz da minha vida. Por ser a minha base, pela escuta, cuidado, delicadeza e doçura que me dedica. Por todo o suporte durante todos os anos de graduação, em especial este último.

Aos meus avós queridos, pelo imenso carinho cotidiano, por me acolherem em sua casa e proporcionarem tanto cuidado e amor em cada gesto e cada palavra.

Ao Lucas, pela presença diária e incansável, por todo amor e cuidado a mim dedicados. Obrigada por trazer tanto carinho, alegria e inspiração aos meus dias, especialmente neste último ano de graduação, em que teu abraço e sorriso me serviram de porto seguro.

Às colegas e amigas da Psicologia, com as quais compartilhei as alegrias e angústias dos últimos cinco anos. Por serem tão incríveis e especiais, companheiras inestimáveis de caminhada, pessoas que admiro profundamente e nas quais me espelho como pessoa e profissional. Um agradecimento excepcional à Cândida, por todo o apoio referente ao presente trabalho e aos planos futuros relativos ao estudo de temas relacionados ao desenvolvimento infantil.

Aos colegas dos grupos de pesquisa, por me acompanharem durante o percurso da graduação, enriquecendo-o através de espaços de aprendizagem, companheirismo e trocas imensamente importantes para minha formação enquanto profissional. Também, pela imprescindível ajuda acerca da construção, aprovação e execução do projeto que originou o presente trabalho.

Aos profissionais do Ambulatório de Toxoplasmose, pela acolhida durante as semanas de coleta de dados, bem como por proporcionarem a realização desta pesquisa.

Às participantes deste estudo, pela abertura e disponibilidade para compartilharem suas vivências com tanta profundidade, sensibilidade e emoção. Pelos depoimentos a partir dos quais este trabalho se tornou possível.

À Universidade Federal de Santa Maria, por todos os aprendizados que me proporcionou, tendo possibilitado meu crescimento profissional e pessoal através das diversas reflexões e conhecimentos que compuseram a minha graduação em Psicologia.

RESUMO

VIVÊNCIA DA MATERNIDADE EM CASOS DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA E PÓS-NATAL

AUTORA: Carolina Schmitt Colomé
ORIENTADORA: Jana Gonçalves Zappe
CO-ORIENTADORA: Luísa da Rosa Olesiak

Em 2018, um surto na região de Santa Maria/RS desencadeou diversos casos de toxoplasmose gestacional, congênita e pós-natal, com risco de intercorrências orgânicas para as crianças, o que pode afetar o desenvolvimento psicológico da mãe e do bebê durante o período gestacional e após o nascimento. Assim, este estudo de caráter clínico-qualitativo buscou compreender a vivência da maternidade em casos de bebês com toxoplasmose. Participaram 5 mães de bebês com diagnóstico de toxoplasmose congênita ou pós-natal. A coleta de dados se deu através de entrevistas semiestruturadas e observação de Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI). As informações foram submetidas a Análise de Conteúdo e os resultados foram agrupados em quatro categorias: 1) os choques da vivência da maternidade com toxoplasmose; 2) o sofrimento da vivência da maternidade com toxoplasmose; 3) o vínculo mãe-bebê e as diferentes formas de significar a experiência da maternidade com toxoplasmose; 4) possibilidades de superação das dificuldades da maternidade com toxoplasmose e importância das redes de apoio. Destaca-se que, apesar das dificuldades impostas pela doença, a vinculação mãe-bebê foi bem-sucedida, de modo que a toxoplasmose não impediu o bom relacionamento entre as mães e seus filhos. As redes de apoio relativas à assistência em saúde, ao suporte familiar e ao exercício da espiritualidade e da religiosidade foram fatores importantes para a superação das dificuldades trazidas pela doença. Conclui-se acerca da importância da capacitação dos profissionais para compreender as peculiaridades dos casos que têm suas vivências atravessadas pela toxoplasmose, proporcionando um acolhimento afetivo e efetivo.

Palavras-chave: Toxoplasmose Congênita; Maternidade, Relações Mãe-Criança.

ABSTRACT

MATERNITY EXPERIENCES IN CASES OF CONGENITAL AND POST-NATAL TOXOPLASMOSIS

AUTHOR: Carolina Schmitt Colomé

ADVISOR: Prof^a. Dr^a. Jana Gonçalves Zappe

CO-ADVISOR: Luísa da Rosa Olesiak

In 2018, an outbreak in the region of Santa Maria/RS triggered several cases of gestational, congenital and postnatal toxoplasmosis, with risk of organic complications for children, which may affect the psychological development of mother and baby during pregnancy and after birth. Thus, this clinical-qualitative study aimed to understand the experience of maternity in cases of babies with toxoplasmosis. Five mothers of babies diagnosed with congenital or postnatal toxoplasmosis had participated. Data were collected through semi-structured interviews and observation of Risk Indicators for Child Development (IRDI). After Content Analysis, the results were grouped into four categories: 1) the shocks of maternity experience with toxoplasmosis; 2) the suffering of maternity experience with toxoplasmosis; 3) the mother-baby bond and the different ways to signify the experience of motherhood with toxoplasmosis; 4) possibilities of overcoming maternity difficulties with toxoplasmosis and importance of support networks. Despite the difficulties imposed by the disease, mother-infant bonding was successful, therefore, toxoplasmosis did not impair the good relationship between mothers and their children. The support networks related to health care, family support and the practice of spirituality and religiosity were important factors to overcome the difficulties brought by the disease. In conclusion, it is important to emphasize the training of professionals to understand the peculiarities of cases that have their experiences crossed by toxoplasmosis, in order to provide an affective and effective welcoming.

Key-words: Congenital Toxoplasmosis; Maternity; Mother-child Relations.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	10
2.1. A TOXOPLASMOSE E SUAS IMPLICAÇÕES.....	10
2.2. A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ FRENTE AO DIAGNÓSTICO	12
3. MÉTODO.....	14
3.1. DESENHO DO ESTUDO.....	14
3.2. CENÁRIO DO ESTUDO	15
3.3. PARTICIPANTES DA PESQUISA	16
3.4. COLETA DE DADOS	19
3.5. ANÁLISE DOS DADOS	21
3.6. ASPECTOS ÉTICOS	23
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
4.1. “Parece que o chão sumiu dos meus pés”: os choques da vivência da maternidade com toxoplasmose	24
4.2. “Eu acho que tu ser mãe, mãe já é difícil, mas tu ser mãe com toxoplasmose é pior ainda”: o sofrimento da vivência da maternidade com toxoplasmose	30
4.3. “As gurias são tudo pra mim, independente da toxoplasmose ou não”: o vínculo mãe-bebê e as diferentes formas de significar a experiência da maternidade com toxoplasmose	36
4.4. “Depois da tempestade vem o arco-íris”: possibilidades de superação das dificuldades da maternidade com toxoplasmose e importância das redes de apoio.....	42
5. CONCLUSÃO	48
6. REFERÊNCIAS	51
ANEXOS.....	59

1. INTRODUÇÃO

A gravidez pode ser caracterizada como um período conturbado, marcado por ambivalências, dúvidas e expectativas. É quando se possibilita o “vir-a-ser” do bebê e da mãe, momento em que ambos se constituem, uma vez que a mulher inicia a construção simbólica de seu papel materno e começa a supor um sujeito no seu filho, preparando-se imaginária e simbolicamente para recebê-lo no plano do real (BRAZELTON; CRAMER, 1992; KLAUS; KENNEL, 1992). Entretanto, quando a gestação é marcada por uma infecção, como a toxoplasmose, que pode ameaçar a integridade do seu bebê, ocorre uma ruptura nesse processo.

Desse modo, a escolha do tema da vivência da maternidade frente ao nascimento de um filho com toxoplasmose congênita ou pós-natal se deu a partir do interesse da autora, despertado durante a trajetória acadêmica, em temas relacionados à gravidez, primeira infância, maternidade, relação mãe-bebê e suas respectivas implicações, como os diferentes processos de desenvolvimento envolvidos e as elaborações e adaptações necessárias por parte dos sujeitos em questão. O interesse pelo cenário da toxoplasmose congênita e pós-natal, em específico, surgiu devido ao surto ocorrido da referida doença na cidade de Santa Maria/RS e região, no ano de 2018 (SECRETARIA DA SAÚDE, 2018). De acordo com o último Relatório de Investigação de Surto, realizado pela Superintendência de Vigilância em Saúde e publicado pela Secretaria da Saúde de Santa Maria em outubro do mesmo ano, havia 2010 casos notificados de toxoplasmose até esse período, sendo 809 confirmados, dos quais 114 eram gestantes. Já havia, além disso, naquela época, 22 ocorrências de toxoplasmose congênita (SECRETARIA DA SAÚDE, 2018). Em abril de 2019, em notícia publicada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), consta que no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) já haviam sido atendidas 204 gestantes com diagnóstico e/ou suspeita de toxoplasmose gestacional, sendo 152 provenientes do município de Santa Maria e 52 da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. Das primeiras 152, 52% já haviam tido diagnóstico confirmado. O procedimento de atendimento no HUSM consistia em encaminhamento a partir de Unidades Básicas de Saúde (UBS), após a realização do exame sorológico de triagem. Dessa forma, as gestantes acompanhavam o quadro de toxoplasmose gestacional através de consultas e exames realizados no hospital, com posterior encaminhamento dos seus bebês ao Ambulatório de Toxoplasmose no setor pediátrico.

Ainda, justifica-se a escolha das mães como participantes uma vez que buscou-se compreender como a toxoplasmose influenciou as suas vivências durante a gestação e após o nascimento dos bebês, a partir do diagnóstico, tratamento e possíveis sequelas, visando apreender que impactos tais fenômenos produziram no desenvolvimento da maternidade e da

relação mãe-bebê. Destaca-se que a escolha pelas mães como participantes deste estudo não significa que se desconsidere a importância do pai ou de outros cuidadores da criança, muitas vezes negligenciada em uma concepção cultural que dá maior ênfase ao papel materno do que ao papel paterno, como se as crianças devessem ser prioritariamente cuidadas pelas mães (BORSA; NUNES, 2017). Entende-se e valoriza-se o lugar de ambos os genitores e demais cuidadores na vida da criança, porém, neste estudo, o foco se deu na vivência da maternidade e dos mecanismos utilizados por essas mulheres para construir-se enquanto mães de crianças com toxoplasmose, uma vez que a gestação é vivenciada de forma mais intensa pela mãe, cujo estado psicológico afeta de forma mais direta aspectos neurocomportamentais e afetivos do desenvolvimento do bebê (ANDRADE, BACCELLI; BENINCASA, 2017).

Ademais, entende-se que os resultados de estudos nessa área podem proporcionar subsídios para os profissionais da saúde avançarem na estruturação de acompanhamento e tratamento especializados nas demandas desse público em específico, de modo a estarem instrumentalizados para oferecer um amparo adequado ao processo vivenciado por essas mães, que envolve a elaboração do luto do filho ideal para posterior investimento no filho real e na sua condição (FRANCO, 2015). Este amparo adequado poderá envolver a compreensão e consideração dos aspectos emocionais desse cenário, possibilitando melhores suportes para que essas mulheres vivenciem uma maternidade mais saudável do ponto de vista psíquico, levando-se em conta tanto a saúde mental da mãe como a do bebê.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. A TOXOPLASMOSE E SUAS IMPLICAÇÕES

Segundo o Protocolo de Notificação e Investigação sobre Toxoplasmose Gestacional e Congênita, elaborado pelo Ministério da Saúde em 2018, o Brasil está dentre os países que possui as maiores incidências da doença. Nesse sentido, a vigilância epidemiológica específica para a toxoplasmose encontra-se em fase de estruturação no país (BRASIL, 2018).

A etiologia da doença caracteriza-se pela infecção do protozoário *Toxoplasma gondii*, a qual se dá principalmente pelas vias oral (através da ingestão de água ou alimentos contaminados) e congênita (pela transmissão vertical da mãe para o seu bebê) (MARTINS-COSTA et al. 2017). A maior parte dos casos de toxoplasmose é assintomática ou apresenta sintomas inespecíficos que podem ser confundidos com outras doenças. Contudo, mesmo na ausência de sintomatologia, o diagnóstico de infecção na gravidez é extremamente importante e necessário, de modo a possibilitar a prevenção da toxoplasmose congênita e suas sequelas. Desse modo, idealmente, a sorologia para toxoplasmose na mulher deveria ser conhecida antes

da concepção (BRASIL, 2010; 2013; 2018; BÁRTHOLO et al. 2015; MARTINS-COSTA et al. 2017).

A detecção precoce da presença da infecção pelo *Toxoplasma gondii* durante a gravidez objetiva prevenir a transmissão do mesmo ao feto e proporcionar tratamento caso esta já tenha ocorrido. De acordo com o Manual Técnico sobre Gestação de Alto-risco proposto pelo Ministério da Saúde em 2010, a sorologia da doença deve ser solicitada na primeira consulta do pré-natal, devendo ser realizada durante o primeiro trimestre de gravidez. Os casos confirmados serão, então, considerados de alto risco (BRASIL, 2010; 2018). Ainda, de acordo com o Ministério da Saúde (2014), aproximadamente 85% dos recém-nascidos com toxoplasmose congênita não apresentam sintomatologia ao nascimento, de modo que as manifestações clínicas podem ser evidenciadas durante os primeiros meses de vida, bem como na adolescência ou na fase adulta, entendendo-se que a toxoplasmose congênita pode gerar sequelas tardias, se não tratada. Além disso, estima-se que 85% dos recém-nascidos assintomáticos ao nascimento apresentarão acometimentos visuais em graus variados e 50% evoluirão com anormalidades neurológicas. Nos bebês que já apresentam sinais ao nascer, as sequelas são mais frequentes e mais graves, como cegueira, retardo mental, anormalidades motoras e surdez (BRASIL 2014; 2018). Assim, as alterações mais encontradas nos bebês nos quais foi confirmado o diagnóstico de toxoplasmose congênita são retinocoroidite (lesão na retina), hepatoesplenomegalia (hipertrofia de fígado e baço), linfadenopatia (hipertrofia de linfonodos), icterícia (aspecto amarelado em mucosas e região cutânea), anemia, anormalidades liquóricas, estrabismo, crises convulsivas, hidrocefalia, calcificações cerebrais, macro ou microcefalia, restrição do crescimento intrauterino, prematuridade, distermias (alterações de temperatura), sangramentos e erupção cutânea (BRASIL, 2014; MARTINS-COSTA et al. 2017).

A determinação do período em que a infecção se deu na mãe é importante, uma vez que, se ocorrida antes da concepção, tem menor risco de transmissão para o feto (MITSUKA-BREGANÓ, LOPES-MORI; NAVARRO, 2010). Estima-se que 40% das gestantes com toxoplasmose transmitirão o protozoário ao feto. Ademais, o risco de infecção congênita é diretamente proporcional à idade gestacional em que a mulher é infectada, aumentando significativamente conforme a evolução da gravidez. Supõe-se que a infecção congênita ocorre em 17% dos casos quando a mãe é infectada no primeiro trimestre, em 25% no segundo trimestre e 65% no terceiro. Já a gravidade da doença no bebê é inversamente proporcional à idade gestacional de infecção: torna-se mais grave quando o feto é infectado no primeiro

trimestre de gestação, podendo ser leve ou assintomática quando a infecção corre no terceiro trimestre (BRASIL, 2014).

O diagnóstico de toxoplasmose gestacional ocorre durante o período da gravidez, entretanto, a confirmação do diagnóstico de toxoplasmose congênita só pode ser realizada após o nascimento do bebê. Assim, a mãe só saberá se ele foi infectado após o parto, embora algumas alterações possam ser identificadas por ultrassom durante a gestação. Nessa linha, Santana (2007) aponta que o recebimento do diagnóstico de toxoplasmose gestacional tem um grande impacto na mãe e na dinâmica familiar estabelecida até então, através do conhecimento de que a doença pode afetar diretamente o bebê. A partir disso, surgem questionamentos sobre as diferentes possibilidades de sequelas e o que a toxoplasmose pode causar de fato à criança. Assim, embora não haja garantia de não contaminação do feto, as gestantes com toxoplasmose passam a realizar exames médicos periódicos e fazer uso regular da medicação indicada. Sentimentos como preocupação, ansiedade e medo fazem-se presentes nesse momento, de forma mais intensa (SANTANA, 2007).

2.2. A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ FRENTE AO DIAGNÓSTICO

Focando-se no desenvolvimento do bebê a partir do nascimento, compreende-se que, ao nascer, este é completamente dependente. Ao considerar-se um bebê, torna-se imprescindível também levar em consideração as condições ambientais em que ele se encontra e, ao lado delas, o cuidador principal que se ocupa desse bebê, optando-se, aqui, pelo foco na figura materna. Dessa forma, partindo-se do ponto de vista do bebê, nada existe além dele próprio, de modo que a mãe é inicialmente parte dele (WINNICOTT, 1967/1998). Nesse ponto, Mannoni (1967/1983) destaca a linguagem como uma forma de comunicação presente mesmo antes do nascimento da palavra, constituída de ruídos, gestos, ritmos ou simplesmente de silêncio. Para a autora, é a troca entre mãe e filho desde o nascimento que permite ao bebê uma estruturação psíquica enquanto pessoa, o que se dá concomitantemente à construção da vivência da mulher enquanto mãe. Ainda, Winnicott (1967/1998) aponta que os conhecimentos desta acerca da maternagem têm de vir de um nível mais profundo, de uma parte onde não há palavras para tudo, uma vez que as principais coisas que a mãe faz com o bebê envolvem mais do que palavras ou não se dão nesse nível de comunicação.

Nesse viés, a apreensão do bebê de si enquanto sujeito depende deste outro que é a mãe, a qual empresta significantes que resultam no “eu” do bebê. Pode-se dizer, dessa forma, que o “eu” é fruto de uma alienação ao campo deste “outro”, ou seja, a mãe (FARIA, 2016). A partir disso, quando um processo de adoecimento se coloca nessa dinâmica, torna-se importante

refletir acerca de que efeitos terá sob os significantes que a mãe atribuirá ao seu filho. Assim, o surgimento de um diagnóstico como o de toxoplasmose, que pode trazer consigo a possibilidade do aparecimento de uma incapacidade, um defeito físico ou uma lesão, confronta-se com o lugar preexistente que a criança ocupava para a mãe ao ter sido idealizada e imaginada durante a gestação, o que pode gerar as mais diversas repercussões, como negação, rejeição e superproteção (BERNARDINO, 2007; FRANCO, 2015). Ainda, partindo-se de uma tendência à supervalorização orgânica, o diagnóstico pode ser tomado pelos pais como um destino inexorável, equivalendo o filho à sua condição, o que pode vir a aumentar a probabilidade de surgimento de riscos psíquicos advindos do vínculo mãe-bebê, pela dificuldade de atribuir outros sentidos a este e ao seu corpo para além da doença (SILVA; HERZBERG, 2016; BATTIKHA, FARIA; KOPELMAN, 2007; ALMEIDA; MELGAÇO, 2016).

Dessa forma, pensando-se em maneiras de identificar e prevenir o aparecimento de riscos psíquicos aos bebês, torna-se importante destacar o lugar dos Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI), idealizados por Kupfer et al. (2009). Busca-se, através desses indicadores, partindo de observações realizadas com bebês e suas mães ou demais educadores, identificar detenções ou ausência de processos que deveriam estar em curso e que podem levar a problemas no desenvolvimento. De acordo com os autores, o desenvolvimento humano é concebido tanto por processos maturativos de ordem genética e neurológica como por processos de constituição do sujeito psíquico. Este último não coincide com as noções de “Eu” ou de personalidade, mas caracteriza-se por ser uma instância psíquica inconsciente, construindo-se desde o início da vida da criança, a partir do meio social em que se insere, da história de sua família e do desejo dos seus pais, bem como dos (des)encontros e acasos que incidem em sua trajetória e das significações atribuídas às suas vivências. O sujeito psíquico coloca-se então como instância organizadora de todas as vertentes da vida da criança: física, psicomotora, cognitiva e psíquica. Dessa forma, o uso de indicadores clínicos de risco encontra uma aplicação importante e significativa no campo da saúde mental, atuando como auxiliar na detecção de possíveis problemas de desenvolvimento nas crianças até 18 meses, público para o qual eles foram validados (KUPFER et al. 2009).

Sendo assim, a maneira como a mãe elabora o diagnóstico de toxoplasmose implicará diretamente no estabelecimento de sua relação com seu bebê, o que refletirá e propiciará diferentes efeitos na saúde mental de ambos. A forma como as mães experienciam e a maneira como significam o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento, bem como as estratégias emocionais utilizadas por elas para tanto, destacam-se como elementos de suma importância no processo de vinculação mãe-bebê (SILVA, HERZBERG, 2016).

A partir disso, o presente estudo objetivou compreender a vivência da maternidade frente aos atravessamentos da toxoplasmose congênita e pós-natal. Buscou-se conhecer as implicações decorrentes do diagnóstico e do tratamento, verificando como se deu a construção do papel materno e da vinculação mãe-bebê diante da doença.

3. MÉTODO

3.1. DESENHO DO ESTUDO

A presente pesquisa consiste em um estudo exploratório e descritivo, tendo como base o método clínico-qualitativo desenvolvido por Turato (2013). O caráter exploratório do estudo justifica-se pelo objetivo de buscar maior familiaridade com o problema, de modo a torná-lo mais explicativo (GIL, 2002). Permite-se ir além da situação problema, criando significados diversos. Coloca-se como meta o aprimoramento das ideias, com o intuito de buscar novas interpretações a novos problemas, para os quais não se encontram respostas nas teorias já construídas. Parte-se, assim, da ideia de um novo recorte e olhar sobre o fenômeno (MINAYO, 2011).

Já no que condiz ao caráter descritivo do estudo, entende-se que tem por objetivo descrever os aspectos e características de um determinado fenômeno e população (GIL, 2002). Desse modo, sendo esta uma pesquisa que teve como objetivo a compreensão de significações atribuídas por uma determinada população (mães de bebês que apresentam toxoplasmose congênita ou pós-natal) sobre determinados fenômenos (como se dá a vivência da maternidade nesse contexto), legitimou-se seu caráter descritivo.

Ademais, definiu-se o método qualitativo tendo em vista que as pesquisas qualitativas são caracterizadas por serem naturalísticas, descritivas, analisam processos, são indutivas e buscam, sobretudo, os sentidos e significações atribuídos pelos pesquisados à determinada temática, identificando perspectivas construídas socialmente (CRESWELL, 2007; TURATO, 2013). Pretendeu-se, assim, estudar a história, as relações, as convicções e interpretações que se constroem a partir das percepções que os sujeitos possuem acerca da maneira como vivem, sentem, pensam e produzem a si mesmos (MINAYO, 2014).

Escolheu-se, especificamente, o método de pesquisa clínico-qualitativo, visto que segue um refinamento de pesquisas qualitativas tradicionais, singularizado por um olhar clínico, buscando produzir interpretações e significações sobre os diversos fenômenos condizentes ao campo saúde-doença (TURATO, 2013). Ainda, o método clínico-qualitativo ocupa-se dos possíveis impactos que a investigação científica das ciências humanas em saúde possa causar aos participantes, além de reconhecer que o pesquisador não é um mero espectador da pesquisa,

entendendo-o como um outro participante ativo (TURATO, 2013). A partir de sua utilização em *settings* da saúde, o método se coloca como um meio científico de apreender e interpretar os sentidos atribuídos aos aspectos relacionados à saúde dos pacientes e pessoas da comunidade, bem como suas problemáticas (TURATO, 2013).

No que se refere ao aspecto clínico, entende-se a busca por uma ciência do singular. Permite-se, dessa forma, o envolvimento do sujeito pesquisador com o seu fenômeno de pesquisa, o que demanda um olhar atento ao sujeito pesquisado, que se almeja conhecer, devendo o pesquisador estar atento a possíveis manifestações verbais e não verbais que possam possibilitar indícios para interpretação do caso. Dessa maneira, como pilares do método clínico-qualitativo encontram-se: a) a atitude clínica, que permite um olhar para o sujeito que porta a dor existencialista com consequente reflexão sobre as questões humanas e b) a atitude psicanalítica, vinculada a uma escuta sensível do sujeito que vivencia as problemáticas. Assim, promove-se um acolhimento das ansiedades e angústias do participante, bem como a valorização das emoções e dinâmicas mobilizadas na relação com os sujeitos pesquisados (TURATO, 2013).

Ainda, frente ao pilar calcado na Psicanálise, demonstra-se a preocupação com os sentidos e significados conscientes e inconscientes manifestados pelos sujeitos aos diferentes fenômenos por ele vivenciados. A tradução dos elementos que escapam à consciência se dá por meio da perspectiva clínica que possibilita considerar o imaginário, o inconsciente, bem como, a intuição e a ação de elaboração de sentidos presentes nas pesquisas (CAMPOS; BASSORA, 2010).

3.2. CENÁRIO DO ESTUDO

No que diz respeito ao cenário do estudo para a coleta de dados, Turato (2013) retrata que o lugar mais adequado é o ambiente natural em que o sujeito pesquisado está imerso, onde se apresentam as informações mais relevantes, visto que se conservam relações e características do sujeito da pesquisa. Assim, o trabalho de campo vem a possibilitar maior riqueza, incorporando valores de validade das informações.

Nesse viés, as participantes da pesquisa foram buscadas através do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), o qual foi definido como referência diante do surto de toxoplasmose, mais especificamente no ambulatório de toxoplasmose localizado no setor pediátrico, o qual tem lugar nas terças-feiras das 13h às 16:30. Optou-se pelo referido serviço uma vez que nele encontram-se vinculados bebês que apresentam diagnóstico de toxoplasmose congênita e pós-natal, tornando mais acessível o contato com estes e suas mães. Destaca-se que

o ambulatório de toxoplasmose no setor pediátrico foi especialmente criado devido ao considerável número de casos de toxoplasmose na cidade de Santa Maria no ano de 2018, decorrentes do surto ocorrido no referido ano (SECRETARIA DA SAÚDE, 2018). Assim, o ambulatório surgiu com o objetivo principal de acompanhar os casos de toxoplasmose congênita em bebês cujas mães contraíram a doença durante a gravidez.

As consultas para os bebês eram agendadas como “retorno” ou “pós-alta”. No período de realização da pesquisa, a equipe de saúde contava com uma médica infecto-pediatra, bem como com residentes e graduandos em medicina cujo número variava conforme a semana. Ainda, havia uma equipe de enfermagem responsável pela triagem dos bebês antes de estes serem encaminhados à médica. Os horários de consulta eram agendados para as 13h ou 14h, de modo que o paciente poderia chegar até 1 hora e 20 minutos após o seu horário marcado para ser atendido. O ambulatório fica localizado no final do corredor de uma ala específica do hospital, de modo que as cadeiras dispostas ao longo do mesmo funcionam como sala de espera. Os consultórios ficam situados em portas laterais neste mesmo corredor, de modo que os bebês são chamados pelo nome para a triagem e posteriormente para a consulta médica.

Cada bebê tem consulta no ambulatório aproximadamente uma vez por mês, salvo exceções em que se torna necessário uma frequência maior de atendimentos. Do serviço ambulatorial são realizados encaminhamentos para realização de exames de sangue, auditivos, oftalmológicos, tomografias, dentre outros, os quais são importantes para o acompanhamento da evolução dos quadros de toxoplasmose.

3.3. PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa cinco mães de bebês com toxoplasmose. Destas, quatro mães contraíram a toxoplasmose durante a gravidez no ano de 2018, e seus bebês nasceram com o diagnóstico de toxoplasmose congênita. Ainda, participou uma mãe cujo bebê contraiu a toxoplasmose aos 4 meses de idade, também em 2018. Conforme descrito no tópico anterior, as mães foram contatadas a partir do ambulatório de toxoplasmose do setor pediátrico do HUSM, ao qual seus bebês estão vinculados em tratamento.

Como critérios de inclusão, contou-se com:

- Ter tido a vivência da maternidade atravessada pela toxoplasmose congênita ou pós-natal;
- Ser mãe de filho(a) em acompanhamento no ambulatório de toxoplasmose do setor pediátrico;
- Aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

Já os critérios de exclusão compreenderam:

- Apresentar dificuldade de entendimento que impossibilite a participação na pesquisa.

Segue abaixo um quadro com a descrição de cada participante (Quadro 1), contando com os elementos: Caracterização da díade (nome fictício da mãe; idade da mãe; estado civil; número de filhos; nome fictício do bebê; idade do bebê; sexo do bebê) e História e atravessamento da toxoplasmose, onde também se descreve a justificativa dos nomes fictícios escolhidos. Ressalta-se que estes últimos são compostos pelas palavras “mãe” ou “bebê” somadas a um elemento significativo do depoimento da mãe, que caracteriza algum sentido atribuído à experiência da maternidade com toxoplasmose. Tais elementos poderão ser observados de forma mais contextualizada ao longo da leitura dos relatos das mães, recortados pela pesquisadora e apresentados nos resultados.

Caracterização da díade	História e atravessamento da toxoplasmose
<p>Mãe “Duas Emoções”, 31 anos, casada, 1 filha.</p> <p>Bebê “Duas Emoções”, 1 ano e 5 meses, sexo feminino.</p>	<p>Mãe Duas Emoções tinha dificuldade para engravidar. A gravidez de Bebê Duas Emoções foi inesperada, porém desejada. Entretanto, a passagem do papel de filha para o papel de mãe foi conturbada para Mãe Duas Emoções. Tal processo se intensificou a partir do recebimento do seu diagnóstico de toxoplasmose e posterior diagnóstico de toxoplasmose de sua bebê aos quatro meses. A pesquisadora conheceu a participante no dia em que ela havia recebido a notícia de que Bebê Duas Emoções estava com lesões na retina e dificuldades visuais provenientes da toxoplasmose. O depoimento dessa participante evidencia o quanto, para ela, a experiência da maternidade está marcada pela ambivalência, pelas “duas emoções” representadas pela felicidade em ser mãe e a preocupação advinda dos atravessamentos da toxoplasmose.</p>
<p>Mãe “Perfeição”, 33 anos, solteira, 3 filhos.</p> <p>Bebê “Perfeição”, 11 meses, sexo masculino.</p>	<p>A descoberta da gravidez de Bebê Perfeição foi inesperada para Mãe Perfeição, que já tinha dois filhos. Descobriu o diagnóstico de toxoplasmose já durante a gestação, preocupando-se com o que poderia acontecer com seu bebê após o nascimento, realizando tratamento para reduzir a possibilidade de prejuízos ao mesmo. Bebê Perfeição foi diagnosticado com calcificações cerebrais e lesões na retina provenientes da toxoplasmose. No momento em que a pesquisadora conheceu a díade, o quadro do bebê encontrava-se estável. O que mais se destaca no relato dessa participante é a forma como consegue enxergar seu filho como perfeito, apesar das sequelas deixadas pela toxoplasmose.</p>
<p>Mãe “Medalha”, 34 anos, casada, 3 filhas.</p>	<p>Mãe Medalha planejou a gravidez de Bebê Medalha, preparando as demais filhas para receber a nova irmã. Após o parto, Mãe Medalha recebeu a notícia de que</p>

<p>Bebê “Medalha”, 1 ano e 3 meses, sexo feminino.</p>	<p>Bebê Medalha precisaria permanecer no hospital devido à infecção por toxoplasmose. Segundo a participante, é provável que tenha entrado em contato com a doença na última semana de gestação. Bebê Medalha teve lesões na retina, as quais estavam estáveis no momento da entrevista. Ainda, uma vez que os exames apontaram que seus níveis sorológicos de toxoplasmose haviam decaído, Bebê Medalha recebeu alta do ambulatório de toxoplasmose no dia em que a pesquisadora conheceu a díade, permanecendo apenas em acompanhamento oftalmológico. A participante utiliza o termo “medalha” para se referir à alta do tratamento da filha, expressando sua alegria após ter passado por todo o processo de tratamento da doença.</p>
<p>Mãe “Arco-íris”, 29 anos, casada, 1 filha.</p> <p>Bebê “Arco-íris”, 3 meses, sexo feminino.</p>	<p>Mãe Arco-íris havia experienciado um abortamento em função da infecção por toxoplasmose. Por conta disso, estava em acompanhamento psicológico. Inesperadamente, descobriu a gestação de Bebê Arco-íris, na qual também foi diagnosticada com toxoplasmose, realizando tratamento para reduzir a possibilidade de prejuízos ao seu bebê. Bebê Arco-íris foi diagnosticada com toxoplasmose congênita ao nascer, mas até o momento da entrevista não havia apresentado sequelas. O termo “arco-íris” é utilizado dentro da expressão “depois da tempestade vem o arco-íris”, referindo-se ao episódio de abortamento e posteriormente ao nascimento de Bebê Arco-íris.</p>
<p>Mãe “Vestidinho”, 28 anos, casada, 2 filhas (gêmeas).</p> <p>Bebês “Vestidinho”, 4 meses, sexos femininos.</p>	<p>Mãe Vestidinho planejou a gestação, descobrindo o diagnóstico de toxoplasmose gestacional no primeiro mês de gravidez. Realizou o tratamento necessário para reduzir a possibilidade de prejuízo a seus bebês, processo marcado por muito sofrimento para ela. No dia em que a pesquisadora conheceu a participante, esta recebeu a notícia de que os níveis sorológicos da toxoplasmose em suas filhas haviam decaído, de modo a receberem alta do ambulatório de toxoplasmose. Para esta participante fica evidente o sofrimento envolvido por não ter experienciado a gestação da forma que idealizou devido ao tratamento para a toxoplasmose, de modo que refere não ter podido exibir o “barrigão de vestidinho”.</p>

Quadro 1 - Descrição das participantes

Ainda, elaborou-se um segundo quadro (Quadro 2) com o intuito de explicitar de forma mais objetiva ao leitor algumas das informações percorridas no Quadro 1, sendo estas: o período do diagnóstico de toxoplasmose; a realização ou não de tratamento durante a gestação; e a presença ou não de sequelas no bebê.

Mãe	Período de diagnóstico	Tratamento na gestação	Sequelas no bebê
“Duas Emoções”	Aos 4 meses do bebê	Ausente	Presente
“Perfeição”	Durante a gestação	Presente	Presente
“Medalha”	No momento do parto	Ausente	Presente
“Arco-íris”	Durante a gestação	Presente	Ausente
“Vestidinho”	Durante a gestação	Presente	Ausente

Quadro 2 - Detalhamento acerca do diagnóstico, tratamento e complicações relacionadas à toxoplasmose

As participantes da pesquisa compuseram uma amostragem intencional, a qual, de acordo com Turato (2013), consiste em um pequeno conjunto de sujeitos, deliberadamente selecionados devido a sua importância quanto à temática da pesquisa. A fim de delimitar o número de participantes, foi utilizado o critério de saturação da amostra, o qual consiste, conforme Minayo (2011), no conhecimento adquirido pelo pesquisador de que capturou a lógica interna do grupo pesquisado. Isto ocorre quando o pesquisador alcança a compreensão da homogeneidade, da intensidade e da diversidade das informações necessárias para a pesquisa. Corroborando, Turato (2013) coloca que o pesquisador fecha o grupo da pesquisa depois de as informações coletadas repetirem-se com um número de participantes, sendo que novas entrevistas passam a não ter acréscimos significativos para o alcance e discussão dos objetivos propostos no projeto. É possível pontuar, ainda, que a investigação qualitativa se propõe a abordar e compreender os fenômenos na sua profundidade e complexidade, contando com um número quantitativamente reduzido de participantes, a fim de que estes possam ser abarcados de forma intensa (MINAYO; SANCHES, 1993).

3.4. COLETA DE DADOS

Segundo Turato (2013) o pesquisador constitui-se no principal instrumento para a coleta e registro dos dados, visto que é capaz de apreender os fenômenos e elaborá-los. Nesse sentido, através da entrevista clínico-psicológica, a qual caracteriza-se por ser um instrumento de conhecimento interpessoal (entrevistado-pesquisador), permite-se a apreensão de fenômenos necessários à investigação científica (TURATO, 2013). Possibilita-se, assim, a fala livre sobre um tema, enquanto que os questionamentos do investigador motivam e norteiam a continuidade do diálogo, em busca de aprofundar as reflexões (MINAYO, 2011).

Desse modo, a coleta de dados se deu por meio de entrevistas semidirigidas, compostas por eixos norteadores que corresponderam a tópicos de discussão relacionados aos objetivos da

pesquisa (gestação, diagnóstico de toxoplasmose, tratamento, cuidados do bebê e vivência da maternidade). Assim, a direção dos assuntos abordados foi guiada ora pela pesquisadora, ora pela entrevistada, uma vez que, apesar de flexíveis, as entrevistas mantêm um caminho a ser percorrido (TURATO, 2013).

Desse modo, após a autorização institucional concedida pelo Hospital Universitário de Santa Maria e posterior aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, a pesquisadora responsável entrou em contato com o serviço ambulatorial voltado à toxoplasmose no setor pediátrico, de modo a aproximar-se dos registros das mães de bebês em tratamento devido à infecção por toxoplasmose congênita ou pós-natal. Dessa forma, a pesquisadora passou a frequentar o ambulatório e conhecer os bebês e as mães que estavam a ele vinculados, realizando assim o convite para a participação na pesquisa. Tal processo teve a duração de aproximadamente sete semanas. Assim, eram oferecidas duas possibilidades às mães: a entrevista poderia ser realizada no próprio HUSM, em algum dia em que tivessem consulta, ou nos seus respectivos domicílios. A pesquisadora ficava com o contato das mães e deixava o seu próprio número telefônico com elas, entrando em contato posteriormente para combinar o dia e o local da entrevista.

Todas as participantes optaram por serem entrevistadas em casa, corroborando com Turato (2013) no que tange à riqueza que a imersão do pesquisador no ambiente natural em que o pesquisado está inserido pode trazer para a pesquisa. Ademais, pensando-se no cenário específico da maternidade e da vinculação mãe-bebê, destaca-se a importância da inserção da pesquisadora no cotidiano da díade, o que possibilitou uma observação mais completa, além de favorecer o estabelecimento do *rapport*. Este condiz a um momento de interação mútua entre pesquisador e entrevistado, com o estabelecimento de um espaço acolhedor e amigável, bem como, um canal aberto de comunicação, seguido da retomada da temática da pesquisa, de seus objetivos e a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em linguagem clara e compreensível. Compreende-se que a entrevista compõe o estabelecimento de um setting, bem como a valorização da transferência e contratransferência, além da observação de fenômenos verbais e não verbais relativos aos entrevistados (TURATO, 2013).

Ainda, para além de entrevista e escuta das mães, buscou-se observar como se dá a relação, interação e vinculação destas com seus bebês, o que também foi facilitado pela realização das entrevistas nos domicílios das participantes. Para tanto, atentou-se para a presença ou ausência de alguns Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) (ANEXO I), de acordo com a faixa etária da criança. Assim, os indicadores de risco foram observados unindo-se o material verbal e não-verbal do momento da entrevista, norteando

também os tópicos a serem abordados nesta. Existem, no instrumento original, 31 indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil, que sinalizam a possibilidade de aparecimento de distúrbios psíquicos ulteriores e variam de acordo com a idade da criança, respectivamente: até 4 meses, de 4 a 8 meses, de 8 a 12 meses incompletos e de 12 a 18 meses (KUPFER et al. 2009; KUPFER; BERNARDINO, 2009). O objetivo não se caracterizou por definir o real risco ao desenvolvimento do bebê, mas sim avaliar a presença ou ausência de alguns dos indicadores de risco psicológico e vinculá-los à vivência da maternidade no contexto da toxoplasmose congênita e pós-natal, de acordo com o que foi considerado possível de se observar e pontuar através da realização das entrevistas.

As mesmas foram gravadas em áudio, com o prévio consentimento das entrevistadas e, posteriormente, transcritas na íntegra para análise (TURATO, 2013). Tal instrumento de gravação possibilita que o entrevistador possa concentrar-se unicamente no entrevistado e na entrevista, sem desatentar a detalhes, uma vez que o comportamento global da mãe-bebê deveria ser observado, devendo-se atentar aos modos de fala, as interposições, os silêncios, os lapsos, bem como, os comportamentos e linguagem não verbal, como o modo de relação, o olhar, o contato físico, dentre outros aspectos que permitem informações adicionais ao pesquisador.

3.5. ANÁLISE DOS DADOS

A escolha da técnica de análise e o tratamento promovido aos dados demandaram a consideração de um olhar complexo e multifacetado à gama de resultados, de modo a considerar as observações e as entrevistas na íntegra. Assim, após a coleta de informações, fez-se necessário uma leitura atenta que resultou na construção de reflexões e discussões acerca dos dados. Nesse sentido, foi utilizada a estratégia de Análise de Conteúdo, uma vez que se objetivou buscar os sentidos e significações presentes nos discursos (MINAYO, 2011).

Segundo a mesma autora, tratando-se de um método interpretativo, a Análise de Conteúdo permite ao pesquisador aproximar-se do que está implícito nos conteúdos manifestos, abrangendo não apenas o que está sendo informado, mas também os seus significados ocultos. Assim, tornou-se possível a descoberta de núcleos de sentido a partir da análise da presença ou frequência de aparição de determinados termos nas falas das entrevistadas, relacionando as estruturas semânticas (significantes) às estruturas sociológicas (significados) (MINAYO, 2011). Realizaram-se assim, inferências sobre o texto transcrito das entrevistas e sobre as observações realizadas, de modo a promover e produzir conhecimentos subjacentes às

mensagens, bem como, ancorá-las a uma gama de referenciais teóricos presentes na literatura (TURATO, 2013).

Nesse viés, de acordo com Turato (2013), entende-se que analisar um material significa codificá-lo, transformando-o em uma representação, a partir de seu estado bruto. Assim, foram seguidos os passos propostos pelo autor referentes à Análise de Conteúdo em pesquisa clínico-qualitativa. Primeiramente, na etapa de pré-análise, realizou-se a leitura flutuante das transcrições das entrevistas, não priorizando nenhum elemento *à priori*. Foi necessária a leitura e releitura para assimilação do conteúdo, de modo a surgirem pontos de maior significação. Em seguida, no processo de categorização, classificou-se e agrupou-se dos elementos similares identificados anteriormente, de modo a destacar assuntos que mereciam discussão em grandes tópicos.

A partir desse processo, surgiram quatro categorias. Destaca-se que, no processo de Categorização, foi levado em conta o critério de repetição, o qual preconiza que se coloque em destaque as colocações reincidentes, fazendo a investigação do que cada um deles tem em comum. Além disso, considerou-se o critério de relevância, em que não necessariamente um ponto é repetido, mas é considerado, segundo a ótica do pesquisador, rico em conteúdo, sendo capaz de confirmar ou refutar suposições iniciais, constituindo-se um ponto central na construção dos significados dos entrevistados (TURATO, 2013).

Portanto, o procedimento de análise deste estudo consistiu primeiramente na leitura da entrevista e na análise da observação de cada participante individualmente e, posteriormente, a partir do conjunto das informações obtidas, foram definidas as categorias. Em seguida, foi realizada a análise a partir das categorias, dialogando com a literatura na qual o estudo se apoia e, por fim, a pesquisadora realizou as suas inferências. Dessa forma, as categorias emergentes foram: 4.1. “Parece que o chão sumiu dos meus pés”: os choques da vivência da maternidade com toxoplasmose; 4.2. “Eu acho que tu ser mãe, mãe já é difícil, mas tu ser mãe com toxoplasmose é pior ainda”: o sofrimento da vivência da maternidade com toxoplasmose; 4.3. “As gurias são tudo pra mim, independente da toxoplasmose ou não”: o vínculo mãe-bebê e as diferentes formas de significar a experiência da maternidade com toxoplasmose e 4.4. “Depois da tempestade vem o arco-íris”: possibilidades de superação das dificuldades da maternidade com toxoplasmose e importância das redes de apoio, as quais serão detalhadas na sessão “4. Resultados e Discussão”.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Com o intuito de contemplar os padrões científicos e éticos em pesquisa, o presente estudo segue os princípios regidos pela Resolução 510 de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, a qual guia a ética nas pesquisas com seres humanos em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016a). Atendendo às exigências da Resolução, foram respeitados os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, assegurando os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Ressalta-se que a pesquisa somente foi colocada em prática após a Autorização Institucional do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e posterior aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM. Após esse processo, foram abordados os sujeitos elegíveis para a pesquisa, para os quais foram oferecidas as informações a respeito da natureza do estudo, os objetivos, métodos e procedimentos, além dos possíveis benefícios e riscos previstos, assegurando-os a participação voluntária e o sigilo das informações pessoais. Assim, garantiu-se que a identidade das participantes permaneceria no anonimato, não sendo mencionadas informações que pudessem identificá-las.

Mediante esses aspectos, antes das entrevistas e observações, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado às participantes, com o intuito de que a proposta da pesquisa pudesse ser explanada, bem como para que pudessem ser esclarecidas quaisquer dúvidas que a entrevistada pudesse ter sobre o estudo. A partir disso, esta poderia autorizar a sua participação voluntária na pesquisa. Dessa forma, o TCLE foi assinado em duas vias, uma das quais será resguardada pelas pesquisadoras responsáveis, enquanto a outra foi cedida às participantes. Ainda, garantiu-se a desistência das mesmas em qualquer momento do estudo, sem que isso lhes acarretasse prejuízos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentadas as quatro categorias elencadas através da análise dos dados provenientes do presente estudo. A categoria 4.1. “‘Parece que o chão sumiu dos meus pés’: os choques da vivência da maternidade com toxoplasmose” aborda assuntos relativos ao que significa tornar-se e construir-se enquanto mãe, bem como a intensificação das vivências emocionais desse processo a partir do diagnóstico de toxoplasmose, o qual traz consigo inúmeros medos em relação ao futuro do bebê. Seguindo essa linha, a categoria 4.2. “‘Eu acho que tu ser mãe, mãe já é difícil, mas tu ser mãe com toxoplasmose é pior ainda’: o sofrimento da vivência da maternidade com toxoplasmose” aprofundará sobre as diversas dificuldades enfrentadas pelas mães a partir da toxoplasmose, como a falta de autocuidado e a preocupação

relativa ao seu tratamento e ao dos bebês, com a administração de medicações e realização de exames invasivos. Já a categoria 4.3. “As gurias são tudo pra mim, independente da toxoplasmose ou não’: o vínculo mãe-bebê e as diferentes formas de significar a experiência da maternidade com toxoplasmose” destacará que, apesar do sofrimento trazido pela toxoplasmose, as participantes conseguiram construir uma boa vinculação com seus bebês, ainda que tenham sido profundamente marcadas pela experiência da doença, o que lhes afetou de diferentes formas conforme cada uma conseguiu atribuir sentido ao que viveu, envolvendo temas como culpabilização e (ausência de) desejo de ter mais filhos. Por fim, a categoria 4.4. “Depois da tempestade vem o arco-íris’: possibilidades de superação das dificuldades da maternidade com toxoplasmose e importância das redes de apoio” aborda a assistência em saúde, o apoio familiar e a espiritualidade/religiosidade como fontes de suporte emocional à vivência da maternidade com toxoplasmose, as quais possibilitaram uma ressignificação positiva das experiências, marcadas por relatos de superação e alta do tratamento. Seguem abaixo as categorias:

4.1. “Parece que o chão sumiu dos meus pés’’: os choques da vivência da maternidade com toxoplasmose

A espera por um bebê se coloca como um momento onde ocorrem importantes reestruturações na vida da mulher, pois sua identidade passa por transformações significativas. A gravidez caracteriza-se por um momento único, singular e delicado, o qual desperta e mobiliza sentimentos diversos nos pais. Ainda, compreende-se o período gestacional como uma relevante etapa da constituição da maternidade como um todo, no qual se estabelece um progressivo exercício do papel materno, que atingirá o ápice após o nascimento (PICCININI et al. 2008). Segundo Bernardino (2007), durante a gestação, a criança não é representada pelos pais pelo que é na realidade, ou seja, um embrião em desenvolvimento, mas sim por um corpo imaginado, já entendido como completo e unificado. Sobre essa imagem, que recobre o corpo e a condição real do bebê, é que se inclinará todo o investimento psíquico parental. Desse modo, fazem-se necessárias uma série de mudanças, as quais são esperadas em um espaço relativamente curto de tempo cronológico. Exigem-se modificações relativas à (re)organização da dinâmica familiar, financeira, laboral, corporal, interpessoal e emocional, uma vez que a chegada de um bebê traz consigo um profundo potencial de transformação para todos que o rodeiam, sejam pais, irmãos, avós, tios ou demais familiares e pessoas que irão fazer parte do círculo social da criança (FONSECA et al. 2018; ZANNATA; PEREIRA; ALVES, 2017):

[...] Nós mexemos na estrutura da casa, nós pintamos um quarto de princesas pra poder acomodar a moça no quarto, já que a outra filhinha poderia chegar né, e aí mexemos na estrutura da casa, mexemos na nossa estrutura financeira, nós comunicamos as filhas também que viria um outro bebê, e aí nos planejamos pra ter a Bebê Medalha. (Mãe Medalha).

É possível perceber de modo explícito, no relato de Mãe Medalha, ao menos três estruturas que foram modificadas na espera de Bebê Medalha: as estruturas da casa e financeira, através da pintura do quarto, e a estrutura relacional-familiar, pela comunicação às outras filhas de que um bebê estava a caminho. Entretanto, ainda se pode pensar em outras “estruturas”, de ordem emocional, afetiva e psicológica, que de modo mais subliminar e inconsciente também sofrem modificações, influenciando a dinâmica psíquica individual e relacional da gestante. Entende-se que a maneira como a mãe vivencia tais mudanças tem uma repercussão intensa na constituição da própria maternidade e da relação mãe-bebê (PICCININI et al. 2008; FERRARI; PICCININI; LOPES, 2007).

Dessa forma, os nove meses de gravidez dão aos futuros pais a oportunidade e a possibilidade de prepararem-se para o recebimento do filho, gestando-se, concomitantemente, a si mesmos enquanto pai e enquanto mãe, referências e papéis que até então eram ocupados pelos seus respectivos progenitores. Tal tarefa não se coloca como algo simples, manifestando-se como marcada por sentimentos tanto positivos quanto negativos, como ansiedade, satisfação, ambivalência e expectativa, uma vez que remete os pais à (re)vivência de seus próprios conflitos infantis (BRAZELTON; CRAMER, 1992; FONSECA et al. 2018; FERRARI; PICCININI; LOPES, 2007; KLAUS; KENNEL, 1992). O relato de Mãe Duas Emoções ilustra bem essa situação:

[...] Tudo muito rápido sabe, ter a tua casa, tua família [...] pra mim foi bem... um choque assim sabe, saí da casa da mãe, sabe, ter a minha casa e de repente já ter um nenê, sabe, então ali já começou a ficar aquela coisa assim [...] Eu sempre tive o desejo de ser mãe, de ter um filho, e na hora foi um choque mas ao mesmo tempo bom, sabe, as duas emoções junto, é bem... sabe, é bem, não teve como assim, eu ria e chorava, não tem como eu te dizer que eu tava completamente feliz ou completamente assustada. (Mãe Duas Emoções).

Destaca-se a mudança de posição relatada por Mãe Duas Emoções, de filha (“saí da casa da mãe”) para mãe (“ter a minha casa e de repente já ter um nenê”) como uma vivência difícil de ser elaborada, o que ressalta o contraste entre os papéis de “filha” e de “mãe”, tornando necessária uma reedição de si mesma em termos identitários. Segundo Stern (1997), a “reorganização da identidade” é um dos temas principais dentro da “constelação da maternidade” – uma nova forma de organização psíquica que a mulher adquire ao vivenciar o papel materno, considerando todas as transformações que este implica. De acordo com Stern

(1997), fazem-se presentes alguns discursos inter-relacionados que demandam elaboração: o discurso da mãe com sua própria mãe, da mãe consigo mesma e da mãe com seu bebê. Compreende-se que a mulher precisa transformar e reorganizar sua identidade e seus investimentos emocionais, mudando seu centro de filha para mãe, de esposa para progenitora, de uma geração para a precedente (LOPES; PROCHNOW; PICCININI, 2010; STERN, 1997; FERRARI; PICCININI; LOPES, 2007).

Ainda, aparece de modo muito claro a marca da ambivalência inerente à gestação. Concomitantemente ao júbilo e à satisfação, destaca-se a presença de diversas inquietações, gerando sentimentos de desamparo, que coexistem com os sentimentos positivos que envolvem a perspectiva de nascimento do bebê. Frente à confirmação da gestação fazem-se presentes emoções e sensações como alegria, negação, surpresa e angústia, de modo que o período gestacional se caracteriza como perpassado por instabilidade emocional e insegurança em relação à maternidade. Todo esse processo e vivência emocional fazem parte da construção progressiva da identidade materna. (BRAZELTON; CRAMER, 1992; FONSECA et al. 2018; ROSADO, 2016; ZANATTA; PEREIRA, 2015; STERN, 1997).

Assim, embora diversos aspectos sejam esperados das mães à época do nascimento, estes nem sempre se fazem possíveis: que tenham realizado com sucesso a elaboração da mudança de seu anterior papel de filha para a incorporação do novo papel de mãe; que já estejam suficientemente preparadas para o choque da separação anatômica, de modo a aceitar o fim abrupto do sentimento de fusão com o feto e as fantasias de completude experienciadas durante a gestação; que se adaptem a um bebê em particular, sendo este último um novo ser, diferente do bebê imaginário idealizado durante a gravidez. É aspirado, além disso, o surgimento, entre mãe e bebê, de um novo tipo de relacionamento singular no qual se demandará uma adaptação de ambos, um ao outro, às suas necessidades e aos seus desejos (BRAZELTON; CRAMER, 1992). É nesse sentido que Rosado (2016) propõe a compreensão da gravidez enquanto uma experiência que, ao ser vivenciada e significada, transforma a própria mulher gestante não apenas corporalmente, mas profundamente em seu psiquismo.

Seguindo essa linha, para Mannoni (1964/1999), qualquer que seja a mãe, de maneira geral o nascimento de uma criança não corresponde ao que se espera. É importante não tomar isso como uma polarização positiva ou negativa da experiência de se ter um filho, mas sim entendê-la como uma vivência que será perpassada concomitantemente por sentimentos de satisfação e frustração. A gestação traz consigo o desejo dos pais de recompensar o que foi deficiente e/ou repetir o que foi gratificante em sua própria infância, o que, de maneira geral,

nem sempre é possibilitado pelo nascimento do filho real da forma que se esperava. (MANNONI, 1964/1999).

Todavia, quando uma doença infecciosa se faz presente nesse processo, com a possibilidade de trazer sequelas para o bebê, o que pode acontecer? De acordo com Mannoni (1964/1999), a irrupção na realidade de um corpo enfermo virá a produzir um choque na mãe. Dessa forma, todos os sentimentos negativos inerentes à experiência da maternidade referidos até então são intensificados. O surgimento de uma incapacidade, um defeito físico ou uma lesão, vai se confrontar com o lugar preexistente que a criança ocupava no imaginário materno, podendo gerar as mais diversas repercussões, uma vez que fere a mãe de modo narcísico (BERNARDINO, 2007; MÜNICH, 2017; FRANCO, 2015). As narrativas a seguir, de Mãe Duas Emoções, Mãe Perfeição e Mãe Medalha explicitam o abalo emocional sofrido pelas mães ao receberem o diagnóstico de toxoplasmose relativo aos seus bebês, o qual se fez presente no relato de todas as participantes: “Quando eu abri o exame, eu senti aquele tapa na cara né [...] tava muito alto, muito, muito, muito, alto a toxo.” (Mãe Perfeição), “Parece que eu levei uma tunda, uma surra sabe, assim ó, cansada, pesada, eu não esperava por aquilo, eu tinha certeza que não ia dar nada. Então aqueles primeiros dias foram extremos assim, um desespero.” (Mãe Duas Emoções).

Parece que o chão sumiu dos meus pés, peguei aquela receita, remarquei os exames, eu me lembro que, eu abraçada nela bem forte assim, saí do hospital e eu não sabia nem onde era a porta da saída porque eu tinha que pegar 2 ônibus pra voltar, e eu não me lembrava onde é que era a porta da saída sabe [...] eu lembro que eu tava mal, eu olhava pra ela assim, abraçadinha na parada de ônibus e me negava a acreditar que aquilo ali era comigo [...] tentei ser forte, vontade de chorar, de desespero, gritar, sair correndo [...] agora é lutar contra a correnteza que tá levando a gente pra alto mar. (Mãe Medalha).

Ficam evidentes sentimentos de preocupação, ansiedade e medo, os quais se fazem presentes de forma mais intensa no momento do diagnóstico (SANTANA, 2007; MÜNICH, 2017; BARROS et al. 2017). A revelação deste é percebida como um evento abrupto, inesperado e impactante, causando incredulidade e demandando reestruturação parental frente à realidade que se coloca (FREITAG, MILBRATH, SCHNEIDER, LANGE, 2017; MARQUES, 2019). Segundo Klaus e Kennel (1992), dentre os estágios emocionais que os pais usualmente costumam passar quando deparados a um diagnóstico de possível deficiência do filho, encontram-se o choque e a negação. Os depoimentos de Mãe Duas Emoções, Mãe Perfeição e Mãe Medalha retratam de maneira explícita o choque emocional, equiparando-o a sensações corporais pelas expressões “tapa na cara” e “uma tunda, uma surra”, e de confusão e desorientação, como “não sabia onde era a porta de saída”, as quais funcionam como uma tentativa de demonstrar a proporção do impacto que a notícia causou. Ainda, o relato de Mãe

Medalha, mais especificamente, evidencia a negação no fragmento “me negava a acreditar que aquilo ali era comigo”, que tem continuidade no seguimento da narrativa desta participante:

[A médica informa:] “pois é, teu bebê tá com a toxoplasmose, teu bebê tá com toxoplasmose”, eu me lembro dela assim tão pequenininha assim enroladinha nos pano dela, eu olhava pra ela assim, ela dormindo e eu disse “mas não pode”, ela “pode, não só pode como é” e eu digo “mas não pode, meu bebê não, me cuidei tanto, planejei minha gestação, a família envolta de mim, tive uma gestação tão plena, tão abençoada” e ela disse “pode mãe, tanto pode que tá aqui a receita, a senhora precisa ir manipular a medicação, precisa dar todos os dias, é tratamento de 1 ano, não pode falhar um dia, porque é um bebezinho” e eu disse “não é doutora, tá enganada, tá errada” e ela disse “é sim mãe, tá aqui os exames, agora é a hora que eu preciso dizer pra senhora tudo que acontece com essa doença que é tão silenciosa e tão grave”. (Mãe Medalha).

É importante destacar a riqueza de detalhes que Mãe Medalha rememora ao compartilhar sua vivência com a entrevistadora. Lembra da filha, da maneira como olhava para ela, e reitera repetidas vezes “mas não pode, meu bebê não”. Essa fala demonstra o sentimento referido por todas as participantes, de que, em maior ou menor grau, embora tenham “se cuidado”, reorganizado a vida na espera do bebê e contado com apoio familiar, a toxoplasmose se coloca como um evento que vai na contramão de toda essa preparação, de todas as expectativas, fazendo-se presente como uma marca do real que exige providências relativas a questões como tratamento, medicação e acompanhamento, as quais trazem consigo o fantasma da possibilidade de evolução da doença e o aparecimento de sequelas (BARROS et al. 2017).

O diagnóstico de toxoplasmose gestacional é realizado durante o período da gravidez, entretanto, a confirmação do diagnóstico de toxoplasmose congênita só pode ser realizado após o nascimento do bebê, embora algumas alterações possam ser identificadas por ultrassom durante a gestação. Assim, a mãe só saberá se o filho foi infectado após o parto, embora o diagnóstico de infecção por toxoplasmose pós-natal não determine se o bebê desenvolverá sequelas e de que tipo estas poderão ser (MARTINS-COSTA et al. 2017). Nessa linha, Santana (2007) aponta que, para a mãe, receber o diagnóstico de toxoplasmose durante a gravidez a afeta profundamente, bem como a dinâmica familiar estabelecida até então, de modo a surgirem inúmeros questionamentos sobre o que a toxoplasmose pode causar de fato à criança. As gestantes com toxoplasmose tendem a depositar suas expectativas nos exames médicos e no uso regular da medicação indicada durante a gravidez, embora isso não garanta a não contaminação do feto:

Daí depois ela [médica] viu, no ultrassom ela já viu que tinha umas calcificações no cérebro né, que ele tem, e daí ela disse que algumas outras coisas a gente só vai conseguir analisar bem quando ele nascer, no caso, visão, os reflexos, essas coisas assim só depois que ele nascesse. Então assim eu tinha aquela fé que não fosse dar nada, mas também eu tinha aquele medo né [...] porque até então tinha aparecido aborto, má-formação, um monte de coisas assim né, só coisa ruim que aparece. Teve uma mulher

acho que perdeu o bebê com oito meses, na barriga, acho que mora aqui pro meu lado eu acho, uma menina, disse que tinha todo o enxoval pronto né, aí eu me apavorei né, que até então tava tudo bem a gestação. (Mãe Perfeição).

Eu fico pensando, a doutora disse que não tem como saber o que que já afetou o olho dela, o que não afetou, se vai ficar alguma sequela ou não, só quando ela puder falar, que ela disser o que que ela vê ou não, então eu fico, aquela coisa fica, não sai, aquela preocupação, aquele sentimento. (Mãe Duas Emoções).

Aí a doutora disse, naquele dia ela disse assim “de antemão eu não posso te dizer que a tua filha não vai correr risco porque eu posso te dizer que ficam sequelas, que eu não sei quando vai aparecer e de que forma vai aparecer, em que tempo vai aparecer, não posso te dar uma previsão, mas a tua filha tem a toxoplasmose [...] tem crianças que já nascem cegas, ou crianças que já nascem com lesões cerebrais ou cognitiva, ou motora” [...] Então todas essas informações, é uma avalanche de informações muito ruins, um prognóstico muito ruim pra alguém que tem a vida projetada, planejada. (Mãe Medalha).

De acordo com Münich (2017) e Falkenbach, Drexler e Werler, (2008), desde o diagnóstico, bem como das mudanças e adaptações por ele acarretadas, surge um terceiro fator que aflige os pais em relação a seus bebês: o futuro dos mesmos. Surgem inquietações acerca do que o filho conseguirá ou não fazer, ser e realizar, bem como a respeito da sua autonomia e da própria capacidade – parental – de proporcionar-lhe conforto, proteção e bem-estar (OLIVEIRA; POLETO, 2015). As narrativas trazem diversas fantasias formuladas pelas participantes a partir da notícia de que só poderiam saber mais detalhes da condição de saúde dos seus filhos no futuro: no caso de Mãe Perfeição, após o nascimento, e no caso de Mãe Duas Emoções e Mãe Medalha após algum tempo de acompanhamento ambulatorial. Para elas, os sentimentos de aflição e angústia se colocam como da ordem do inevitável, como refere Mãe Vestidinho: “aquele sentimento de ‘e se’, ‘e se’ é pra vida toda, então não tem como não ter essa preocupação”. Ainda, os relatos de Mãe Perfeição e Mãe Medalha evidenciam os efeitos trazidos pelo espectro da comparação com outros casos, de outras crianças, os quais colocam a possibilidade de sequelas muito graves, operando como um assombro para as mães. Tais efeitos também se fizeram presentes nos depoimentos das demais participantes. Assim, conforme reitera Mãe Medalha, torna-se muito difícil lidar com a possibilidade de tantas consequências futuras na sua vida e na de seu bebê, partindo-se do ponto de que este já tinha a vida projetada e planejada. Isso exige uma reedição e elaboração do lugar ocupado pela criança no imaginário parental, o qual é regido e significado pela história individual dos pais, bem como por suas expectativas e desejos em relação ao filho, além das condições da gestação, do nascimento e das possibilidades de desenvolvimento do mesmo (ALMEIDA; MELGAÇO, 2016).

Ainda, compreende-se que o medo do que acontecerá no futuro do filho pode ter relação direta com a ideia de que o nascimento de um bebê traz consigo a suposição do futuro da linhagem dos pais. Todo nascimento demanda um remanejamento psíquico profundo em torno

do bebê, sobre o qual é tecida uma rede de expectativas e desejos. Desse modo, reconhecer-se no filho é uma forma dos mesmos sustentarem as próprias fantasias de continuidade, imortalidade, potência e competência (BATTIKHA; FARIA; KOPELMAN, 2007). É possível observar no relato de Mãe Medalha a aflição que se instala a partir das incertezas relacionadas ao futuro da filha:

E o pior de tudo é saber que eu não sei como é que vai ser o futuro da minha filha. Ela tem uma lesão no olho esquerdo que a doutora disse, “olha mãe, tem que ter cuidado com a imunidade dela, porque até os 10 anos tem grandes chances de ela pegar uma infecçãozinha um pouquinho mais grave, como qualquer outra criança, tá fora do ângulo de visão, ele tá cauterizado, mas e se abrir, e se chegar no ângulo de visão pode ser que tenha uma cegueira iminente”. Então como é que eu vou dizer isso pra minha filha, “olha filha, tu não vai poder fazer uma faculdade”, “olha filha, tu não vai poder viver sem os óculos”, “olha filha, tu não vai enxergar do olho esquerdo”, então mexe no emocional, mexe no psicológico, e tu convive com essa incerteza sempre, sempre. É diferente das outras duas filhas, que se elas não terem a chance é porque elas não querem, essa talvez não vai ter a chance porque não pode. É como se você condenasse uma pessoa a, a matar os sonhos sem eles existirem ainda. (Mãe Medalha).

O depoimento de Mãe Medalha retrata com profundidade os efeitos emocionais e psicológicos que a convivência com a incerteza provoca no seu imaginário e nas fantasias que elabora em relação às possibilidades e impossibilidades que se farão presentes no futuro do seu bebê. Embora já tenha recebido o diagnóstico de uma lesão no olho da filha, a mãe não sabe o que acontecerá a partir disso, afligindo-se com a perspectiva da filha “não poder fazer uma faculdade”, “não poder viver sem os óculos” e “não enxergar do olho esquerdo”, além de não poder ter as mesmas oportunidades que as irmãs. Falando do seu bebê, fala também de si enquanto mãe: sente-se “condenada” e percebe seus sonhos como destroçados, o que aniquila a possibilidade de fantasias como as de continuidade, imortalidade, potência e competência, referidas por Battikha, Faria e Kopelman (2007) como provenientes da experiência de ter um filho e reconhecer-se como mãe. Identifica-se, a partir disso, a presença de inúmeros sofrimentos advindos do atravessamento da toxoplasmose, os quais mobilizam as mães emocional, psicológica e até mesmo fisicamente, tópico que será abordado no decorrer da categoria a seguir.

4.2. “Eu acho que tu ser mãe, mãe já é difícil, mas tu ser mãe com toxoplasmose é pior ainda”: o sofrimento da vivência da maternidade com toxoplasmose

Ao nascer, o bebê é completamente dependente. Sem um outro que o ampare e acolha, não sobrevive. Suas necessidades mais básicas – fome, frio, sono, dentre outras – precisam de satisfação, a qual passa pela interpretação deste outro, que é essencial nesse momento. A mãe,

ou o cuidador que exerce essa função, traduz o choro em necessidade, interpreta, significa e dá sentido às manifestações do bebê. Esse choro, que inicialmente não é endereçado, expressando apenas um desconforto ou desprazer, passa a ter endereçamento no momento em que se distingue um eu de onde ele parte e um outro ao qual se dirige. Assim, a mãe supõe uma demanda e oferece uma resposta ao desconforto, capturando ela mesma e seu bebê em um circuito interpretativo, atendendo-o quando ele precisa dela (WINNICOTT 1967/1998; FARIA, 2016).

De acordo com o que propõe Winnicott (1967/1998) acerca da experiência da maternidade, no início da vida do bebê a mãe comumente entra numa fase em que “ela é o bebê e o bebê é ela”. Nesse ponto, coloca-se a importância das experiências da própria mãe enquanto bebê e dos cuidados que recebeu, vivências cujas lembranças e recordações podem tanto ajudá-la quanto atrapalhá-la em sua experiência como mãe (ZANATTA; PEREIRA, 2015). Tal fase, denominada *preocupação materna primária*, caracteriza-se por uma intensa identificação da mãe com as necessidades do seu bebê, de modo a atendê-las quando ele as apresenta, originando-se a partir de um intenso trabalho psicológico por parte da mãe. A *preocupação materna primária* desenvolve-se progressivamente ao longo da gestação e após ao nascimento, permitindo à criança a oportunidade de ser e de sentir-se real, facilitando os processos de desenvolvimento psicológico, psicossomático e da personalidade do bebê. É possível identificar aspectos relativos a esse estado nas seguintes narrativas: “Mãe identifica choro, identifica risada, identifica espirro, sabe... tu não tem noção.” (Mãe Medalha).

Não sei te explicar, mas assim, agora não é só eu né, agora eu tenho um serzinho que depende de mim, e ela é minha companheira né, que a gente vive junta, grudada, e ela dorme comigo, sei lá, é um sentimento diferente, como dizem, é um amor inexplicável né. [...] Eu morria de medo, aí, pegar aquelas crianças bem pequenininhas, bem molezinhas, mas quando eu já vi ela eu já peguei no colo, sabe, eu já abracei ela, eu já senti o cheirinho dela, foi tudo automático assim. (Mãe Arco-íris).

O relato de Mãe Medalha demarca a sua intensa identificação com a filha, enquanto o depoimento de Mãe Arco-íris demonstra a profundidade de seu envolvimento emocional com seu bebê, bem como uma nítida modificação na sua identidade e *status* a partir da maternidade: “agora não é só eu né”. Ainda, as expressões “tu não tem noção”, “não sei te explicar”, “é um sentimento diferente” e “um amor inexplicável” apontam para a peculiaridade desse estado de ser e sentir, que não pode ser comparado a nenhuma outra experiência que pudesse auxiliar as participantes a aproximar a entrevistadora de uma compreensão do que é ser mãe. Winnicott (1967/1988) ainda aponta que o nível de identificação e amor da mãe para com seu bebê no estado de *preocupação materna primária* é tal, que se presente em qualquer outro contexto da

vida poderia ser considerado como “loucura”, dando origem à expressão “loucura necessária das mães” como modo de descrever a *preocupação materna primária*. Stern (1997), abordando a constelação da maternidade no tema “relacionar-se primário” também abarca o conceito de *preocupação materna primária* como uma nova organização psíquica incorporada pelas mulheres mães, sugerindo que, a partir do nascimento do bebê, a identidade e os papéis sociais ocupados pela mulher mudam radicalmente, de forma que esse novo modo de ser no mundo, pautado na capacidade de envolver-se profundamente com seu bebê, torna-se o eixo-organizador psíquico dominante da mãe.

Nesse sentido, quando um processo de adoecimento atravessa esse contexto, no qual a mãe comumente se encontra em estado de extrema identificação com seu bebê, gera-se um profundo impacto emocional. A sensação de impotência proporcionada pela realização de procedimentos invasivos, exames complexos e administração de medicamentos em seus bebês coloca as mães em um estado desesperador, visto que além de não poderem atender ao choro dos filhos, por vezes precisam ser as agentes causadoras do desconforto, em prol da saúde física de seus bebês. Tal fenômeno é ainda intensificado pelas crenças sociais naturalizantes sobre o ‘ser mãe’, entendido como sinônimo de amorosidade e dedicação absoluta (SILVA, 2012):

[...] Aí quanto mais os dias vai passando e a criança só conhece o leite materno e tu tem que inserir com remédio goela a baixo, e aí vem as complicações da medicação que ela inchou a barriguinha, ela sentia muitas dores abdominais, dores de cabeça, vômito, ela teve muitas reações e cada vez que eu tinha que dar a medicação nela ela transpirava, ela suava de tão nervosa que ela ficava, e se batia, tremia [...] e cada vez que a gente tinha que dar, uma vez por dia ou duas vezes por dia, a gente chorava junto com ela. (Mãe Medalha).

No início assim me deixou com bastante medo, principalmente lá no hospital, que aí principalmente quando ela ia fazer a tal da punção eu entrava em pânico lá, porque ela chorava e eu ouvia o chorinho dela lá da outra sala, e aí eu pensava “meu Deus, ela passando por tudo isso né”, totalmente invasivo, ela fazia exame todos os dias, o tempo inteiro praticamente, reviraram a guria dos pés à cabeça. (Mãe Arco-íris).

Os depoimentos descrevem o ‘pânico’ vivenciado pelas mães ao depararem-se com o sofrimento dos seus bebês quando submetidos ao tratamento e à realização de exames relativos ao diagnóstico de toxoplasmose. Choro, dor, nervosismo e tremor são algumas das manifestações dos bebês destacadas pelas mães como desesperadoras para elas. Não poder atender às necessidades do filho quando este as apresenta, ser impossibilitada de pegá-lo no colo enquanto chora por conta da realização de exames, ou se ver obrigada a provocar desconforto no bebê através da administração de medicamentos, se coloca como da ordem do insuportável para essas mulheres. Assim, talvez como uma forma de reparar essa não realização

do impulso de atender o bebê, inerente ao estado de *preocupação materna primária*, as mães entram na lógica da hipercompensação, tentando suprir essa ‘lacuna’ no cuidado com os filhos:

A partir do momento que o Bebê Perfeição nasceu eu esqueci de mim, entendeu [...] acaba tu deixando o teu eu de lado um pouco né [...] faz uns 10-11 dias que eu não saio pra fora do portão, entendeu, só dentro de casa, porque eu não tenho vontade nenhuma de sair. Eu saio tipo assim, quando ele tem consulta, um exame [...] É coisa assim que eu notei, que a pessoa tem que ter aquela autoestima, autocuidado... tem uma coisa errada, eu sei que tem uma coisa errada, eu sei como eu era e como eu tô agora né... então, eu nunca fui muito vaidosa assim, muito de me arrumar, mas assim, fazer uma chapinha no cabelo, pintar, fazer a sobrancelha, uma limpeza de pele, uma unha, de vez enquanto eu sempre fazia né, e não tenho vontade nenhuma de fazer [...] Que até então eu fui só mãe, eu deixei de ser mulher há muito tempo, só mãe, até então eu sou só mãe, porque eu vivo pra ele né, não que eu não cuide meus outros filhos, mas até com eles eu tô meio desleixada assim sabe, tipo, atenção mais é pra esse aqui. (Mãe Perfeição).

Quando eu tava com 8 meses eu pensava assim, ainda falava pra minha cunhada “ah, quando ela tiver uns 2 mesinhos vou entrar na academia, vou perder peso, vou poder deixar ela com alguém, vou ter um momento só meu” e aí foi por água abaixo quando me veio essa notícia, aí eu não pude, a minha, o meu olhar é voltado inteiramente pro tratamento dela, então eu ganhei mais peso, mexe na autoestima, mexe no convívio com o marido, porque você prioriza ela, e não ele, e não as outras filhas... e muitas das vezes as outras vezes as outras filhas diz, apesar de já ter 9 anos elas diz “ah mãe, eu queria um colinho também” e eu tenho que dizer “filha, só um pouquinho, preciso atender a tua irmã”, né. (Mãe Medalha).

Os depoimentos de Mãe Perfeição e Mãe Medalha ilustram o que foi apontado por todas as participantes e que pode ser resumido no fragmento da narrativa de Mãe Duas Emoções: “tudo fica pra depois pra mim, tudo é em primeiro lugar ela”. Mãe Perfeição destaca que desde que Bebê Perfeição nasceu, deixou de ser mulher para ocupar exclusivamente o papel de mãe. Os relatos demonstram uma exacerbação da *preocupação materna primária*, que é intensificada justamente pelo atravessamento da toxoplasmose na vivência da maternidade dessas mulheres. As participantes deixam claro que seu autocuidado fica de lado a partir do diagnóstico de seus bebês, o que torna difícil o investimento em si mesmas por outra via que não através do investimento no tratamento do filho. Ainda, os relatos explicitam que além do auto desinvestimento, as mães deixam de dar a mesma atenção ao marido e aos demais filhos. Sobre estes últimos, Fiamenghi Jr. e Messa (2007), propõem reflexões acerca da vulnerabilidade relativa à experiência de ter um irmão com alguma condição especial que demande atenção diferenciada. Para os autores, tal vivência pode ser conflitiva e permeada por sentimentos tanto positivos como negativos, uma vez que exige compreensão e paciência, destacando a autodeterminação da família como essencial para lidar com tais situações (FIAMENGHI JR.; MESSA, 2007; MESSA; FIAMENGHI JR. 2010).

Ademais, pode-se pensar que esse fenômeno de priorizar o bebê às custas de si ocorre desde o período gestacional. Pensando-se nos efeitos físicos causados pela toxoplasmose

durante a gravidez das mães, entende-se que estes se referem ao tratamento da doença, não propriamente aos sintomas da mesma. Tendo como objetivo diminuir a possibilidade de sequelas para o bebê, o tratamento da toxoplasmose gestacional, uma vez identificada, tem como base a administração de espiramicina, podendo ou não ser alternado com sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico (TABILE et al. 2015). Assim, embora fosse lhes causar mal-estar, todas as participantes que identificaram a toxoplasmose durante a gestação (Mãe Perfeição, Mãe Arco-íris e Mãe Vestidinho) fizeram uso destas medicações, apesar dos efeitos colaterais das mesmas, como ilustram os recortes a seguir:

Eu comecei a tomar, imagina, aquela sulfa era de 12h em 12h, 4 comprimido redondo assim, aquilo ali destruiu meu estômago, tudo que eu não tive até aquele momento que eu tava com 5 meses, a partir daquele momento comecei a ter. Era azia, era uma fraqueza, era um sono, era vômito, era um mal-estar assim tipo terrível, parece que eu tava anêmica, sabe aquela fraqueza? Terrível. Tanto que da gestação dele eu engordei 9 quilos, e dos meus outros filhos foi 22, 25. Ele foi só 9 quilos. (Mãe Perfeição).

Foi horrível. Eu tive muita náusea, eu não tive tanto vômito, mas muita náusea, me deu alergia, não foi fácil. Sabe aquela mãe que andava na rua mostrando o barrigão, de vestidinho? Não dava certo, me enchi de alergia, foi uma reação na pele que me saiu, e eu não podia parar de tomar, pra elas era bom, pra mim podia não ser. [...] Era muito calor e eu passava pura pasta d'água, parecia um bicho assim [...] é muito ruim, qualquer roupa que tu vista, tudo pega naquela coisa, aí a pasta d'água ajuda um pouco. Como se fosse um monte de catapora, é bem ruim, aí era verão, era calor, eu andava só em casa de calcinha e sutiã, muito banho, ar condicionado, minhas costa ficou cheia, e eles diziam que eu não podia pegar sol, então se eu saía era sempre de calça comprida, um casaquinho, uma coisa levinha, mas eu tinha que usar... então eu não fui aquela gestante que a gente vê na rua. Mas é isso aí, eu acho que tu ser mãe, mãe já é difícil, mas tu ser mãe com toxoplasmose é pior ainda, em questão de dificuldade. (Mãe Vestidinho).

Em ambos os depoimentos, percebe-se o sofrimento advindo dos efeitos colaterais da medicação. Fisicamente, as mães tiveram azia, náusea, vômito, mal-estar e alergia na pele; psicologicamente, entendiam que por mais que para elas não estivesse “sendo bom”, como retrata Mãe Vestidinho, os bebês precisavam do tratamento. Tal constatação supõe, desde então, uma identificação da mãe com seu filho, implicando um sacrifício de si pelo mesmo.

Falkenbach, Drexler e Werler (2008) levantam a discussão acerca do diagnóstico no período gestacional, o qual pode trazer intenso sofrimento às mães, fato que pode ser associado culturalmente ao receio de afetar o bebê com sentimentos negativos. Por esse motivo, no estudo dos mesmos autores, realizado com cinco mães de bebês com deficiência, as participantes referiram preferir não saber acerca de possíveis diagnósticos durante a gestação. Destaca-se, contudo, que no caso da toxoplasmose, conforme assegura Martins-Costa et al. (2017), o quanto antes o diagnóstico for realizado, maiores são as possibilidades de evitação de sequelas orgânicas para o bebê, através da realização do tratamento medicamentoso por parte da mãe. Dessa maneira, de forma peculiar, as mães com toxoplasmose não têm outra escolha que não

seja seguir o tratamento, na esperança de que a doença não afete os seus bebês, porém sem ter certeza da presença de sequelas até o nascimento ou após alguns meses deste. Assim, ainda seguindo Falkenbach, Drexler e Werler (2008), o importante nesse momento é a compreensão de como a mãe precisa ser bem atendida, acolhida e escutada pelas pessoas à sua volta, o que contribui para a consolidação de um processo relacional positivo da mesma com seu filho, frente ao cenário de angústia e medo que se coloca.

Compreende-se, dessa forma, o atravessamento da toxoplasmose na experiência da gravidez como uma quebra da idealização do que é ser gestante e, conseqüentemente, do que é ser mãe. Para Mãe Vestidinho, ser “aquela gestante que a gente vê na rua”, “aquela mãe que anda na rua mostrando o barrigão, de vestidinho” era algo que fantasiava como parte do processo da maternidade, experiência que foi impedida, barrada pela administração dos medicamentos provenientes do tratamento da toxoplasmose. Nesse ponto, pode-se pensar no conceito de luto não reconhecido, abordado por Casselato (2015), no sentido de não ser permitido ou visualizado nem pelo próprio enlutado (no caso, a mãe), nem pela sociedade. Reconhecer, nesse viés, implica admitir algo como real e verdadeiro, de modo que, ao se negar reconhecimento, se está negando, por conseguinte, as emoções e conseqüências do fato não reconhecido. A perda, nesse caso, não pode ser admitida abertamente, de forma que o luto não pode ser expresso ou socialmente suportado. Dessa maneira, contrariamente ao suporte social necessário por parte da mãe, esta pode ser isolada e silenciada frente à resposta também de silêncio que se coloca à sua dor, uma vez que ter sido impedida de “exibir o barrigão de vestidinho” pode não ser reconhecida como experiência suficiente para causar sofrimento. Desse modo, precisa reelaborar os sentidos atribuídos até então ao “ser gestante” (CASSELATO, 2015).

Portanto, é possível perceber o quanto a presença da doença impacta e intensifica as vivências e sentimentos negativos da maternidade típica. Como visto anteriormente, de forma geral, a experiência de ser mãe é marcada pela ambivalência, sendo perpassada por emoções positivas como expectativa, satisfação e realização, bem como negativas, como frustração, inquietação e desamparo. Todavia, os resultados apontam que a toxoplasmose acentua os medos e mal-estares, sejam físicos ou psicológicos, uma vez que impede a mulher de incorporar o papel materno da maneira como esperava ou idealizava. Surge, então, a importância de se pensar acerca de que influência e efeitos essas questões podem apresentar na vinculação mãe-bebê, temática que será aprofundada logo abaixo.

4.3. “As gurias são tudo pra mim, independente da toxoplasmose ou não”: o vínculo mãe-bebê e as diferentes formas de significar a experiência da maternidade com toxoplasmose

Levando-se em consideração o que já foi abordado até então, torna-se possível perceber que a toxoplasmose se apresenta no cenário da maternidade trazendo consigo um potencial desestruturador, abalando as mães e a maneira como se relacionam consigo mesmas, com seus bebês e com os demais membros da família. Nesse viés, abre-se espaço no imaginário materno para tentativas de compreensão do que as levou a ter uma experiência diferente da idealizada por elas (MARQUES, 2019; SOUZA; MARANHÃO, 2018). Perguntam-se o que fizeram de errado, o que poderia ter evitado a contração da doença, cada uma significando da sua forma, que diz da maneira como atribuem sentido à própria experiência da maternidade com toxoplasmose: “E se eu tivesse feito alguma coisa, sabe, eu me sinto culpada porque eu fervia a água na jarra elétrica, e o certo seria ferver a água, mas eu jamais imaginei que ia ter alguma coisa na água, ou que tava errado a maneira que eu tava fervendo a água.” (Mãe Duas Emoções), “Ninguém quer assumir, mas olha quanta criança vai precisar de um suporte a mais devido a essa negligência geral. Por isso não pode passar em branco, alguém tem que ser responsabilizado, nem que demore anos, e eu espero que não se repita também”. (Mãe Vestidinho).

Tudo por conta de outras pessoas que não fui eu, porque eu tive uma gestação tranquila, eu tive uma gestação calma, não tive atritos familiares, não tive estresses que me levassem a dizer “ah, foi isso”, e por causa de terceiros, de autoridades que não tiveram esse cuidado a minha filha se tornou uma vítima, eu, ela, a minha família, todo mundo. [...] então não posso me queixar da doença, eu me queixo das pessoas que causaram. (Mãe Medalha).

É possível perceber algumas diferenças discursivas nos relatos das participantes. Mãe Duas Emoções sente culpa, entendendo que sua maneira de ferver a água possibilitou a contração da doença. Diferentemente das outras mães participantes, a bebê de Mãe Duas Emoções contraiu a toxoplasmose aos 4 meses de vida, enquanto nos demais casos, as mães contraíram a doença durante a gestação (embora Mãe Medalha só tenha descoberto no momento do parto, por exemplo). Assim, no caso de Mãe Duas Emoções, a filha nasceu “saudável”, o que a faz pensar que por um descuido ou incompetência sua enquanto mãe e cuidadora, sua bebê foi exposta ao protozoário. Já Mãe Medalha e Mãe Vestidinho ilustram o posicionamento das demais participantes, de que a responsabilização pelo surto da doença está nas autoridades, as quais devem responder pelo que aconteceu. Entende-se que pensar sobre a culpa e a responsabilização se coloca como uma forma importante e necessária de se atribuir sentido à

vivência da maternidade atravessada pela doença, no caso, a toxoplasmose. Frente a esse cenário, a culpa se coloca como sentimento que precisa ser direcionado, recaindo sobre si, como no caso de Mãe Duas Emoções, ou sobre o outro, como se deu para as demais participantes. (SOUZA; MARANHÃO, 2018).

Nesse viés, destaca-se que num cenário no qual se apresenta uma doença como a toxoplasmose, o que realmente importa não é a doença propriamente dita, mas a maneira com que os sujeitos envolvidos irão compreender, interpretar e significar esse acontecimento, que será sempre de forma singular, a partir da experiência de cada indivíduo. Assim, uma lesão nunca é apenas uma lesão, mas um significante que vai se combinar com outros significantes e adquirir sentido de acordo com as relações e vivências de cada pessoa (BERNARDINO, 2007). Nesse sentido, a criança não faz face apenas a uma dificuldade intata, mas à maneira como a mãe e o pai percebem a doença e esse “defeito” de modo fantasmático, já que toda intercorrência orgânica marca os pais em função de sua própria história (MANNONI, 1967/1983; 1964/1999). Assim, a maneira como cada mãe significa o diagnóstico do filho e os sentimentos provenientes deste – como negação, medo do futuro, culpa e revolta – terá grande efeito sobre sua vinculação com o bebê.

É nessa linha que, de acordo com Dolto (1984/1992), a criança é herdeira simbólica do desejo dos genitores que a conceberam, significante que dá sentido à futura identidade social e simbólica do bebê. Nesse ponto, a autora coloca o conceito de *imagem inconsciente do corpo*, que se caracteriza, de modo resumido, como “a síntese viva das experiências emocionais de um indivíduo” e que se faz presente e se constitui desde o momento da concepção, muito antes de que o bebê seja capaz de designar-se a si mesmo por “eu” ou saiba dizer “eu”. Assim, o sujeito inconsciente desejante em relação ao corpo existe desde a gestação, no imaginário dos pais, através do sujeito que estes supõem – ou não supõem – no filho que ainda nem nasceu. É a manutenção deste elo inconsciente de desejo entre o feto e sua genitora, e vice-versa, que permitirá à criança viver saudavelmente, do ponto de vista psíquico, sua vida fetal e pós-natal (DOLTO, 1984/1992; FONSECA et al. 2018).

Seguindo essa linha, Dolto (1984/1992) aponta que muito embora intercorrências orgânicas possam provocar perturbações no esquema corporal da criança, é a falta ou interrupção do investimento afetivo dos pais que pode conduzir a modificações na *imagem inconsciente do corpo*. A evolução desta de forma saudável depende da relação emocional dos pais em relação ao filho, das informações verídicas, em forma de palavras que lhe são dirigidas precocemente, relativas ao seu estado físico enfermo. Aí se coloca o lugar que a intercorrência orgânica do filho ocupa para os pais, no sentido de a terem aceitado ou não. Toda culpa, angústia

e aflição experimentada pelos genitores será sentida pela criança, independentemente de isso ser dirigido a ela de forma verbal. Assim, o filho será narcisado por ser amado como é ou desnarcisado pelo não reconhecimento e aceitação de sua enfermidade (DOLTO, 1984/1992). Os relatos de Mãe Perfeição, Mãe Vestidinho e Mãe Arco-íris exemplificam a maneira como as participantes lidaram com essas questões: “As gurias são tudo pra mim, independente da toxoplasmose ou não” (Mãe Vestidinho), “[quando perguntada sobre como está sendo a experiência da maternidade] Maravilhosa! Eu olho assim pra ela, tem dias que... é só amor.” (Mãe Arco-íris).

[...] Eu graças a Deus não posso me queixar, tirando a dificuldade, o cansaço físico e psicológico, o meu filho é perfeito. Tirando essa lesãozinha, essas coisinhas no cérebro, as calcificaçõeszinhas, que o médico disse que com o passar do tempo pode até desaparecer, não atingiu nada, problema neurológico, nada nele. (Mãe Perfeição).

Ao contrário do que apontam Silva e Herzberg (2016), Amiralian (2003) e Almeida e Melgaço (2016) sobre o diagnóstico poder ser tomado pelos pais como um destino inexorável, equivalendo o filho à sua deficiência pela dificuldade de atribuir outros sentidos a este e ao seu corpo perpassado pela doença, é possível perceber que as mães participantes conseguiram enxergar seus bebês para além da toxoplasmose e das sequelas advindas desta. Para Mãe Perfeição, apesar da lesão na retina e das calcificações no cérebro, seu filho é visto por ela como sendo perfeito. A utilização do vocabulário no diminutivo demonstra o lugar que tais intercorrências orgânicas ocupam para essa mãe, que as sente como ‘pequenas’ quando comparadas ao que sente por seu bebê. No mesmo sentido, para Mãe Vestidinho o atravessamento da toxoplasmose não muda o lugar simbólico ocupado por suas filhas. Assim, compreende-se que a *imagem inconsciente do corpo* só pode estruturar-se por intermédio de referências relacionais e de sua cumplicidade afetiva, através do amor que é dedicado ao bebê e que o introduz numa relação simbólica, tornando-se perfeitamente possível a construção de uma imagem do corpo sã desde que a criança tenha sido apoiada em relação aos outros e a si mesma, por parte dos pais. De acordo com os depoimentos, a vivência das participantes vai ao encontro dessas formulações, o que permite aos bebês ferramentas afetivas e emocionais para a construção de uma imagem corporal que abarque seu potencial de expressão e desenvolvimento (DOLTO, 1984/1992; SILVA; HERZBERG, 2016). Segundo Barros et al. (2017), a experiência de ter um filho com o diagnóstico de uma doença que traz consigo a possibilidade de sequelas, pode funcionar como reorganizadora de processos psicológicos e pessoais que envolvem o “ser mãe”, possibilitando e potencializando a construção de vínculos afetivos apesar do sofrimento.

Nesse sentido, no caso das participantes Mãe Perfeição, Mãe Medalha, Mãe Arco-íris e Mãe Vestidinho, a aplicação do IRDI teve como resultado todos os itens presentes, o que demonstra que essas mães conseguiram significar a experiência da toxoplasmose de modo a não influenciar negativamente na vinculação com seus bebês. Já o IRDI de Mãe Duas Emoções contou com dois itens ausentes, o que pode ser indicativo de que, para essa mãe, algumas questões ainda não se encontram bem elaboradas, interferindo na relação com a sua filha, destacando-se o aspecto relacionado à culpa, referido acima. Embora os elementos estruturantes da relação mãe-bebê se tratem de coisas muitas vezes simples e que comumente se estabelecem entre as mães e seus filhos de forma natural, são assuntos de importância vital no que diz respeito ao assentamento das bases da saúde mental dos indivíduos. Ao longo da vida e dos estágios posteriores de desenvolvimento, um longo percurso é feito, mas só apresentará bons resultados se o início tiver sido satisfatório. Dessa maneira, a saúde mental do bebê é construída desde o início pela relação que tem com sua mãe – ou com seu cuidador principal – a qual é responsável por oferecer um ambiente em que os processos evolutivos e as interações do bebê com o meio possam ocorrer de acordo com o padrão hereditário do indivíduo. Tal dinâmica torna-se ainda mais delicada quando o atravessamento de uma doença se faz presente (WINNICOTT, 1967/1998; BORSA, 2007; ANDRADE; BACCELLI; BENINCASA, 2017).

Assim, seguindo-se a linha de pensamento referente às diferentes formas possíveis de atribuir sentido à vivência da maternidade com toxoplasmose e os efeitos desse processo nas mães e em seus bebês, destaca-se que a experiência das mães com a doença as marcou de modo profundo e significativo, (des)estruturando sua visão a respeito da maternidade em si e do que é “ter um filho”. É possível perceber a influência desse processo no desejo de ser ou não mãe novamente. Tratando acerca da experiência da maternidade em si, inicialmente, Mãe Medalha afirma: “Eu sempre falo pras meninas que têm o primeiro filho, eu digo assim, ‘é igual a acender a luz de casa, é como se tu vivesse uma escuridão plena, e aí você vai lá no interruptor e a luz acende, ilumina tudo””.

Fica evidente no depoimento de Mãe Medalha a transformação que a maternidade proporcionou em sua vida, “iluminando-a”, trazendo outro sentido. Contudo, após vivenciar a experiência de ser mãe com toxoplasmose, Mãe Medalha modificou sua perspectiva, assim como Mãe Duas Emoções e Mãe Perfeição. Seguem as respostas referentes à pergunta sobre se gostariam de ter mais filhos:

Não, não tenho condições físicas, não tenho condições psíquicas, emocionais, não tenho. Depois dessa da Bebê Medalha, eu pensava de repente então em ao menos adotar, quando ela tivesse uns 5 anos, mas não, não quero mais, foi muito impactante, essa é a palavra, teve um impacto muito forte na nossa família. (Mãe Medalha).

Eu não tenho medo de engravidar, eu não tenho medo da gestação, eu não tenho medo da cesárea, eu não tenho medo hoje em dia nem de criar mais um filho sozinha, se for o caso, um exemplo, porque eu criei o Bebê Perfeição, até o momento. O meu medo maior é de doenças, porque tu pode ver que cada ano é um surto diferente. (Mãe Perfeição).

Não vem o gurizinho, não vem outra guriuzinha, não quero outra gravidez, não quero outro filho, chego a ter um trauma assim [...] é uma tortura, eu já passei muita coisa com a Bebê Duas Emoções e eu fico pensando o que ainda há por vir, imagina outro! (Mãe Duas Emoções).

As narrativas deixam claro o peso da sombra da toxoplasmose para essas participantes, que após passarem por essa vivência não querem ter mais filhos. Mãe Duas Emoções coloca o termo “trauma”, que pela leitura de Iaconelli (2007), pode ser entendido como proveniente de uma experiência que demanda um intenso trabalho psíquico, podendo estar relacionado, na perspectiva da autora, a um enlutamento não autorizado ou reconhecido socialmente, que no caso do referido estudo é relativo a mães cujos filhos foram a óbito durante a gestação ou ao nascer. Embora tal situação se diferencie da vivência da toxoplasmose na maternidade, não se pode desconsiderar que as participantes do presente estudo também tiveram um intenso trabalho de luto de perdas reais e idealizadas, compreendidas como elementos traumáticos da vivência da maternidade com toxoplasmose. Tal processo está relacionado à idealização do filho imaginário *versus* a desidealização do filho real pela qual as mães passaram, dinâmica inerente à maternidade típica e intensificada no contexto da doença, visto que a criança fica ainda mais distanciada do lugar que ocupava anteriormente no imaginário materno (MANNONI, 1964/1999; FRANCO, 2015).

Em contrapartida, como referido anteriormente, nota-se que as mães demonstraram estar conseguindo investir em seus bebês para além da doença, o que não exclui o processo de enlutamento, mas o perpassa. Pode-se pensar que a vinculação saudável entre as mães e seus bebês só se tornou possível a partir da elaboração do referido luto, já que é justamente a diferenciação que se faz entre bebê imaginário e bebê real que permite novas possibilidades de investimento e vinculação entre os pais e seus filhos, de modo que o bebê sonhado se desconstrói, dando lugar a um ser real que demandará outras representações e significações relacionais para o desenvolvimento do feto. Dessa forma, entende-se que, embora doloroso, o luto é necessário para o processo de aceitação e investimento no filho real (MACHADO; ELIAS; CORRÊIA, 2019; TAVARES; CARVALHO; PELLOSO, 2014).

Entretanto, nem todas as participantes desistiram da ideia de ter mais filhos após a experiência da toxoplasmose. As narrativas demonstraram que a vivência de situações diferentes pode gerar efeitos e consequências diferentes: enquanto os bebês de Mãe Duas Emoções, Mãe Perfeição e Mãe Medalha apresentaram intercorrências orgânicas provenientes

da doença, as filhas de Mãe Arco-íris e Mãe Vestidinho ainda não haviam recebido nenhum diagnóstico relativo a sequelas da toxoplasmose. Assim, essas últimas mães vivenciaram o fantasma da doença de forma mais intensa durante a gestação, o que trouxe sofrimento, como expressa Mãe Vestidinho logo abaixo, mas as motivou para desejarem ter uma experiência diferente, buscando significar sua concepção de si enquanto mães sem a presença da toxoplasmose. Já no caso de Mãe Duas Emoções, Mãe Perfeição e Mãe Medalha, a experiência como um todo foi tão “impactante”, que as impossibilitou de desejarem ser mãe novamente, ao menos até o momento da entrevista. Segue o depoimento de Mãe Vestidinho como ilustração do desejo de ter mais filhos a partir da toxoplasmose:

Eu digo pra todo mundo e vou dizer pra ti também, eu quero ter outro filho pra saber como é ser mãe sem toxoplasmose, sabe? Poder ir na praia, poder comer alguma coisa que não me dê uma azia e eu não fique muito ruim, não precisar daquele policiamento, de 8h em 8h medicação, de 6h em 6h medicação, aquela pressão, “tem que dar tudo certo, tem que dar tudo certo”, tu fica pressionada. E tu te sente impotente, tá tu tá tomando o remédio, mas ele vai fazer uma barreira mesmo na tua placenta pra aquilo não passar pros teus bebês? O efeito é exatamente como tão te prometendo? Eu li um monte sobre isso, pra saber se realmente tudo ia dar certo. As gurias assim, se Deus o livre tivesse algum efeito dela, ou não, iam ser tudo pra mim da mesma forma. Mas a sensação do medo, da insegurança e do não poder fazer nada, é muito ruim. Eu digo pro [marido], eu quero ser mãe de novo agora pra mim saber como é que é né! (Mãe Vestidinho).

Dessa forma, a partir dos relatos das participantes deste estudo, destacam-se duas tendências distintas em relação ao desejo de ter mais filhos após ter tido um bebê marcado pela toxoplasmose: a) o temor pela reincidência, nos casos em que os bebês ficaram com sequelas provenientes da doença; e b) a necessidade de ter uma experiência diferente, numa tentativa de resgatar e corresponder ao ideal trazido na subcategoria precedente de ‘ser aquela gestante que a gente vê na rua, que anda mostrando o barrigão de vestidinho’, o qual teve de ser abandonado em prol do tratamento. Ademais, conforme já discutido anteriormente, a partir do entendimento de que o diagnóstico de uma doença no filho é marcado como uma ferida narcísica na mãe, Souza e Maranhão (2018) colocam o desejo por ter outros filhos como uma tentativa materna inconsciente de provar para si mesma que é capaz de ter uma gestação típica e saudável, com filhos saudáveis.

Portanto, conforme o relato que intitula a categoria: “as gurias são tudo pra mim, independente da toxoplasmose ou não”, foi possível perceber que apesar das dificuldades e do sofrimento, as participantes desse estudo conseguiram enxergar e significar seus bebês para além da doença. Assim, destaca-se a importância das diferentes formas de atribuição de sentido à vivência da maternidade com toxoplasmose, por parte das mães, de modo a poderem elaborar os aspectos negativos de maneira adequada, garantindo a própria saúde mental, bem com a de

seus bebês. Ressalta-se, nesse contexto, as fontes de recurso e redes de apoio com as quais as mães puderam contar, que tornaram esse processo possível, como será discutido a seguir.

4.4. “Depois da tempestade vem o arco-íris”: possibilidades de superação das dificuldades da maternidade com toxoplasmose e importância das redes de apoio

A partir do que foi discutido até então, é possível reconhecer o sofrimento que o atravessamento da toxoplasmose mobilizou nas vidas das participantes e de seus bebês, oferecendo riscos ao desenvolvimento do vínculo entre as mães e seus filhos. Contudo, demonstrou-se que, no caso das participantes desse estudo, foi possível aceitar as intercorrências que perpassaram a criança e reestruturar as expectativas no exercício da maternidade, de modo a perceberem seus bebês para além da doença. Tal processo, entretanto, é árduo e exige intensa elaboração psíquica por parte das mães, que necessitaram das mais diversas formas de suporte, seja familiar, de profissionais da saúde ou espiritual, uma vez que a capacidade das pessoas para superar uma experiência difícil está relacionada a aspectos pessoais, sociais e relacionais (BARROS et al., 2017).

Em relação à assistência em saúde, as mães relataram que se sentiram amparadas e não possuíam queixas acerca do atendimento aos bebês: “Fui muito bem atendida, cheguei ali, conversei com a secretária da pediatria e ela disse ‘não, vamos pedir a pastinha dela, vamos, 13h a doutora tá aí, não te preocupa, vai dar tudo certo’, a residente quando me atendeu muito querida também.” (Mãe Duas Emoções).

Vim direto ao postinho de saúde e eles foram bem atenciosos sabe, na hora já ligaram, já começaram a entrar em contato com a Secretaria de Saúde, já me deram o papel todo, que a partir daquele momento eu ia fazer o pré-natal no HUSM, no quadro de risco que eles tem das gestantes lá, e daí já me deram todos os papeizinhos, tudo certo por telefone, pra eu já ir no mesmo dia pegar os remédios da toxo, pra mim começar a tomar, que é aquele sulfa, pirimetamina e o ácido folínico. (Mãe Perfeição).

Falaram “não, como ele é paciente do HUSM, o HUSM tem todas as condições de fisioterapia lá”, isso que me falaram, “ele não precisa de acompanhamento aqui fora, ele tem tudo lá, arrume uma fisioterapeuta de lá pra atender ele”. Daí eu pensei “meu Deus do céu, tudo é gasto né, eu moro longe né, aí eu pensei, já não chega todo o cansaço físico, psicológico, e ainda vou ter que gastar, a não ser a consulta, mais ainda fisio né”, daí eu fui no postinho e perguntei, e elas falaram “não, a gente tem estudante de fisioterapia que vem aqui”, daí elas vem em casa, muito querida elas, daí começaram a vir fazer em casa. (Mãe Perfeição).

Os depoimentos proporcionam reflexões acerca da importância da atenção em saúde no caso das participantes. O relato de Mãe Duas Emoções, recorte do momento em que estava rememorando o dia em que recebeu o diagnóstico da seqüela visual na filha, destaca até mesmo a sensibilidade da secretária como significativa. Mãe Perfeição em ambas as narrativas

menciona o postinho de saúde como referência fundamental no atendimento ao seu bebê, seja no encaminhamento para acompanhamento no hospital a partir do diagnóstico de toxoplasmose gestacional, seja abrindo a possibilidade de atendimento fisioterapêutico no domicílio da participante, sem a necessidade de deslocamento até o hospital.

De acordo com o Protocolo de Atenção Básica referente à Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016b) é fundamental que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) funcionem como referência para a população pela inserção que estabelecem no território, tornando-se próximas dos domicílios e sendo capazes de resolver grande parte das necessidades em saúde dos usuários. Ainda, destaca-se o papel do acolhimento e da escuta qualificada por parte da equipe de saúde, que considera as demandas e define estratégias de cuidado, realizando os encaminhamentos necessários (BRASIL, 2016b).

Apesar de satisfeitas com o atendimento oferecido aos bebês, especialmente no que se refere aos cuidados com a saúde física dos mesmos, as mães apresentaram queixas relacionadas à atenção à própria saúde. Tais contestações foram especialmente relativas à saúde mental, como é possível perceber a seguir:

Mas te digo que ainda tem um outro lado, que as mães não precisam só de apoio físico, familiar, financeiro, elas precisam de apoio psicológico. Se tem um bebê doente, tem uma mãe doente por trás dele. E não é doente por causa da toxoplasmose que eu tô te falando, é doente aqui ó (sinaliza o peito), no coração. Essas mães, nós, precisamos de apoio psicológico, mas ninguém olha pra gente. O poder público, responsável por tudo isso que aconteceu, esqueceu que nós também precisamos. Não se tem a assistência necessária, esse olhar e essa sensibilidade que tu tá tendo coma tua pesquisa, pra nós, como mulheres, como mães. Isso faltou muito. (Mãe Medalha).

Ninguém veio visitar a gente, ninguém veio saber se a gente tá bem, né, daqui uns dias tem a dengue, daqui uns dia tem... e aí? [...] São bebês, a gente tem um monte de dúvida, “tá e aí e agora, e se não baixar a avidéz, e se o IgG ficar alto e o IgM não, o que acontece?” [índices dos níveis de sorológicos de toxoplasmose no sangue] tu fica com dúvidas e tu fica sem resposta... eu achei assim, um pouco ausente a questão das respostas, sabe “ah, baseado na teoria a teoria diz tal coisa”, mas e se for diferente da teoria? Pode ser diferente? “ah, não sei te dizer”, “mas tem alguém que possa me responder?” [...] eu fiquei bem ruim, até porque eu não tenho tempo de tipo uma psicóloga me atender, sabe? Não tenho tempo, não tem como. (Mãe Vestidinho).

Ambos os relatos destacam a sensação das mães de “serem deixadas de lado” ou “ficarem em segundo plano” por parte da assistência pública em saúde, contrariamente ao que é preconizado pelo Protocolo de Atenção Básica referente à Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016b), o qual aponta a importância do acompanhamento integral das mesmas no período do puerpério, incluindo visitas domiciliares como uma das estratégias de ação propostas, singularizadas de acordo com as necessidades de cada mulher. Todavia, segundo as participantes, a atenção e o atendimento aos bebês foram garantidos, contudo não houve nenhum trabalho direcionado à saúde mental e emocional das mães. Seguindo essa linha, ambas

as narrativas destacam a importância do apoio psicológico, com o qual não puderam contar. Mãe Vestidinho inclusive retrata não ter tempo para esse tipo de atendimento, mesmo que fosse ofertado, o que ressalta ainda mais a posição de desamparo dessas mães, que de forma semelhante ao sistema de saúde, estão completa e exclusivamente voltadas aos seus bebês, como retratado na segunda categoria deste trabalho. Dessa forma, constatam-se as limitações da rede para atender às demandas específicas das famílias no que tange à atenção a casos de deficiência congênita, como evidencia o estudo de Barros et al. (2017), realizado com mães de bebês nascidos com microcefalia, a qual pode ser, inclusive, uma das sequelas possíveis da infecção por toxoplasmose (BARROS et al. 2017).

Ainda no que diz respeito ao apoio psicológico, uma das participantes relatou ter tido acesso, uma vez que buscou tratamento através de uma clínica-escola que oferta atendimento psicológico gratuito para a população da cidade. Destaca-se a importância de tal acompanhamento como facilitador da elaboração psíquica necessária em decorrência do atravessamento da toxoplasmose na maternidade das participantes, em especial no caso de Mãe Arco-íris, que vivenciou um aborto em decorrência da doença: “Daí desde o aborto, que foi dia 26, aí início de março eu comecei com o acompanhamento com a psicóloga, que foi bastante importante”.

Assim, mais uma vez fica evidente a precariedade da atenção em saúde pública no que tange à assistência às mães, especialmente considerando o atendimento psicológico. Embora o estado de sensibilidade materna no período do puerpério seja destacado no Protocolo de Atenção Básica referente à Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016b), principalmente no que tange a aspectos emocionais, sendo mencionada a possibilidade de a mulher adentrar um estado depressivo brando (*baby blues*) por conta da ambivalência sentimental e das alterações hormonais dessa fase, o relato das participantes demonstra que, na prática, nem sempre essas situações são identificadas e ações efetivas são tomadas.

Outra fonte de apoio mencionada pelas participantes foi a família, destacada como essencial propiciadora de suporte afetivo frente à reorganização estrutural que a doença demanda. Destaca-se a importância da família na constituição dos indivíduos e na manutenção da saúde dos mesmos, tratando-se de uma instituição de alto valor e significado pessoal e social (BERNAL, 2003): “A família né, sempre do lado, cuidando de nós duas, desde a gravidez, foi bem importante pra mim.” (Mãe Arco-íris).

Eu tenho uma estrutura por trás [...] é, é forte porque se eu não tivesse me abraçado nessa estrutura familiar, nesse marido compreensivo, nessas filhas que me cercam [...] Teve dias que a minha filha mais velha me via chorando abraçando ela e vinha e me abraçava também “mãe, vai passar, vai passar”. Eu percebo que quem não tem esse

privilégio né, como qualquer família tem atrito, que é hipocrisia dizer que não, mas eu tenho a estrutura do respeito, e acho que é isso que nos torna forte como um todo no caso, então acho que é isso que eu me senti forte, quando eu tava fraca... eu lutei com todas as forças que eu podia pelo tratamento da Bebê Medalha. (Mãe Medalha).

As narrativas deixam em evidência a importância, para as mães, do apoio e do cuidado familiar, exemplificado por Mãe Medalha no abraço e nas palavras de consolo durante a ‘luta’ pelo tratamento do seu bebê. Desse modo, compreende-se a família como a primeira rede de apoio social de um indivíduo, caracterizando-se como espaço de proteção frente às tensões e aos descompassos da vida cotidiana, incluindo questões relacionadas à saúde e doença. Ainda, a família se coloca como meio de socialização, formação e desenvolvimento dos sujeitos, sendo também responsável pela transmissão de valores culturais, éticos, morais e espirituais (BERNAL, 2003).

Outro fator que foi mencionado pelas participantes como fonte de apoio no enfrentamento das situações difíceis foi a fé: “No geral eu acho que todo mundo tem que ter fé né, independente de religião, acho que tem que acreditar, que o melhor sempre vai ter assim, sabe? Tem que ter fé, tem que acreditar que as coisas vão ser boas, vão ser melhores, todos os dias.” (Mãe Vestidinho).

Na primeira semana eu quis desistir do tratamento porque era tudo muito difícil sabe, e a primeira semana foi difícil, e como eu sou cristã, nós somos cristãos, eu achei a minha força na fé, em Deus, muito conversando com Deus acabei conseguindo superar essa primeira semana e as outras foram um pouco mais fáceis [...] Eu acho que foi o que foi me fazendo sempre mais forte [referindo-se a frequentar a igreja], eu não sei se é porque já era algo que eu fazia antes, e já me trazia prazer, alegria, fazer isso antes, então eu acho que me tornou forte, me fez ser mais forte fazendo isso, pra poder lutar. (Mãe Medalha).

Vasconcelos e Petean (2009) identificaram que a fé, a espiritualidade e a religiosidade são recursos importantes para a superação de momentos difíceis. O termo “religiosidade” diz da concepção singular que cada indivíduo tem do que é ou não divino, podendo estar relacionada com uma “religião”, ou seja, um conjunto de crenças, princípios e dogmas compartilhados relativos a uma forma específica de vida. Já a “espiritualidade” refere-se à atribuição de sentido possível para cada indivíduo à sua própria existência, quando o sujeito concebe algo para além de si mesmo e do que consegue explicar de forma absoluta, não necessariamente estando associada a uma “religião” (DIAS; SAFRA, 2015). Nesse viés, o depoimento de Mãe Vestidinho diz da noção de espiritualidade, uma vez que acredita que as pessoas devem ter fé como uma ferramenta de suporte, independentemente de estar ou não relacionada a uma religião. Já Mãe Medalha aborda a fé como diretamente associada ao cristianismo e à igreja que frequenta, relatando a importância da presença da religião e do

exercício da sua religiosidade no enfrentamento das situações difíceis relacionadas ao diagnóstico e tratamento da filha. Assim, as crenças, quando relacionadas a fenômenos de saúde, podem direcionar o significado dado à presença de doenças, permitindo diferentes possibilidades de interpretação, entendimento, enfrentamento e atribuição de sentido à situação (BRESSAN et al. 2017):

Deus permite pra gente nunca se esquecer da grandeza que ele é, e talvez a permissão da Bebê Medalha ter tido essa enfermidade foi isso, pra eu não me esquecer que ele é maior do que tudo, é maior que essa enfermidade, é maior que o problema, é maior que aquilo que eu penso, bem maior, pra eu poder prosseguir, quando eu me achar pequenininha eu poder saber que tem alguém que é grande [...] E o fato de ter sido tão agressivo na Bebê Medalha a toxoplasmose e Deus ter permitido que fosse só o contato é uma bênção, é uma vitória, é um milagre. Pra mim é um milagre. Outros dizem “não, é normal”, mas eu digo “é um milagre, pra mim é um milagre”. (Mãe Medalha).

Mãe Medalha atribui a toxoplasmose da filha à uma permissão divina, para que ela, enquanto mãe, não esquecesse da grandeza que é Deus. Mais ao final do relato, Mãe Medalha também discorre acerca da alta da filha, entendendo que a bebê teve o contato com a toxoplasmose, o qual foi agressivo e deixou sequelas, mas atualmente a doença em si não se faz mais presente em seu organismo. Para Mãe Medalha, tal fenômeno é um milagre. O que se destaca é justamente o que a própria participante ressaltou: “outros dizem ‘não, é normal’, mas eu digo ‘é um milagre, pra mim é um milagre’”. O importante é como ela, enquanto mãe que experencia essa vivência, entende e significa a mesma. Para ela é um milagre e isso faz parte da cadeia de sentidos atribuídos por essa participante à sua vida. Permite-se, assim, um processo de ressignificação da maternidade com toxoplasmose através da espiritualidade e da religiosidade, as quais revestem a doença de um significado simbólico e sagrado, permitindo maior elaboração e aceitação (SILVA, 2012; VÉRAS; VIEIRA; MORAIS, 2010). É possível pensar que o recurso à espiritualidade e à religiosidade possa representar para as mães uma possibilidade de se familiarizarem com o impacto do diagnóstico e a possibilidade de sequelas, relacionando tais fenômenos a seus sistema de crenças religiosas e sócio-cognitivas pré-existentes, tornando os efeitos inexoráveis e desestabilizadores da doença mais amenos e possíveis de se lidar (SILVA, 2012).

Ademais, ainda no âmbito da espiritualidade e da religiosidade, pode-se pensar no exercício das mesmas como fonte de apoio social e comunitário, propiciando o processo de resiliência, através do qual o sujeito é capaz de superar e se recuperar dos efeitos danosos das vivências difíceis, transformando-se e fortalecendo-se a partir da experiência adversa (CHEQUINI, 2007). Tal consideração destaca a importância da visão integral do sujeito, de forma a não reduzi-lo à dualidade de necessidades biológicas e psicológicas, “corpo *versus*

mente”, mas também compreendendo seu caráter sentimental, emocional, social e espiritual (VÉRAS; VIEIRA; MORAIS, 2010):

Eu devo muito a muita gente, às pessoas da igreja que oraram, ela chegou acho que foi em fevereiro desse ano, não, janeiro, e os níveis de anemia tavam muito baixos e eu chamei a esposa do meu pastor e disse “olha, o doutor olhou pra mim e disse que ela tá com anemia, muito muito muito forte” e a irmã disse assim pra mim “vamo ora, vamo ora irmã, vamo mobilizar o maior número de mulheres possíveis, que o próximo exame que a Bebê Medalha fizer ela não vai ter nada”, e não foi a minha fé naquela hora, foi a fé de outras pessoas, e no mês seguinte nós fizemos os exames e ela não tinha nada. (Mãe Medalha).

Fica evidente a importância do convívio social de Mãe Medalha com as pessoas que frequentam sua igreja como fonte de apoio e suporte emocional, afetivo e espiritual. Segundo a participante, através da fé dessas pessoas foi possível que o resultado do exame de Bebê Medalha fosse positivo. Percebe-se, assim, a vivência da espiritualidade como propiciadora de resiliência para essa mãe, que significa sua experiência através de explicações pautadas na fé e no divino. Constata-se que o discurso da igreja forneceu sentido e orientação à participante, auxiliando-a a resolver e contornar suas aflições (CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004).

Finalizando a categoria, após o que já foi elaborado até então acerca das possibilidades de redes de apoio para as mães cujas experiências foram marcadas pela toxoplasmose, traz-se os depoimentos de Mãe Arco-íris e Mãe Medalha como ilustrativos do sentimento referente à superação das dificuldades. Mãe Arco-íris faz referência ao aborto que vivenciou anteriormente em função da toxoplasmose, enquanto Mãe Medalha discorre acerca da alta da sua bebê. Tais narrativas enfatizam a possibilidade de transformação da vivência da maternidade com toxoplasmose através da ressignificação da mesma como uma batalha que foi vencida, ou uma tempestade que assumiu uma cor, um arco-íris:

Depois da tempestade vem o arco-íris, então isso, eu pensava nisso todos os dias, porque depois do aborto veio ela e ela só veio pra somar a vida de nós, é uma alegria em pessoa, é uma pessoinha que tá sempre rindo, sempre. Agora veio a recompensa, a nossa florzinha, como o papai diz. (Mãe Arco-íris).

Pós a alta dela é que começa a cair os créditos da batalha sabe, que foi dura, foi árdua, foi difícil, foi sangrenta, sabe, mas que teve os créditos. Tem uma frase que uma amiga minha disse pra mim assim “não chore, quando você tiver perto de você receber a sua vitória, não chore, porque não existe soldado que receba a honra, a medalha e o troféu de cabeça baixa. Ele pode até tá ferido, e as vestes podem estar até tá rasgadas, pode até estar sangrando e machucado, faltando um pedaço do corpo, mas ele precisa tá em pé, ele precisa tá de cabeça erguida pra poder que a medalha entre na sua cabeça e balance no seu peito.” Nunca esqueci disso, nunca. E aí quando a doutora dá a alta pra Bebê Medalha, e a gente sai do hospital, eu me lembro dessa frase, segurando minha filha dos braços, nós duas brincando, totalmente ao contrário de um ano atrás de tu não ter um norte pra onde tu ir, e aí eu me lembro disso, eu saio e aí a Bebê Medalha vem caminhando, segurando nos meus braços e as pessoas dizem “olha o tamanho disso

caminhando” e eu digo “é a minha medalha”. Tá aí, merecido, tá aí. E eu vou olhar pra ela e eu vou dizer pra ela, eu fui merecedora, porque eu lutei, eu combati o bom combate, eu lutei, eu segui a carreira e venci. [...] Então eu me sinto uma vitoriosa, é essa a palavra, sabe, e eu sei que cessa essa batalha e inicia outras batalhas, outras lutas, outras fases, então eu me sinto uma vitoriosa, uma guerreira sabe, vitoriosa, eu e ela, todo mundo da minha casa, todo mundo, nós somos merecedores dessa bênção. É como aqueles dias de calor, e aí começa a vir o vento norte, a gente diz “ai, graças a Deus, vento!”, entra um nevoeiro dentro da nossa casa trazendo ar puro, entra por uma porta e sai pela outra, foi essa a sensação que nós tivemos. Entra como um outro refrigere, um outro ar, sabe, que entra nos pulmões assim, é aquele ar da praia, do mar, que bate e tu diz “ah!”, sabe? E é assim, termina o tratamento da Bebê Medalha dessa forma, trazendo ar, trazendo paz, trazendo certeza de que foi feito o certo. (Mãe Medalha).

5. CONCLUSÃO

O presente trabalho buscou compreender a vivência da maternidade em casos de toxoplasmose gestacional, congênita e pós-natal. Para tanto, procurou-se conhecer os impactos do diagnóstico e do tratamento, verificando como se deu a construção do papel materno e da vinculação mãe-bebê diante do cenário da doença.

Os resultados permitiram identificar que a toxoplasmose marcou as participantes de forma profunda e significativa, intensificando e atribuindo sentidos diversos à vivência de processos inerentes à maternidade. A descoberta da gravidez, no caso de Mãe Perfeição, Mãe Arco-íris e Mãe Vestidinho, foi somada ao choque da revelação do diagnóstico da doença. Mãe Duas Emoções e Mãe Medalha, que receberam o diagnóstico de suas filhas após o parto, relataram intensa preocupação com o futuro dos seus bebês e a possibilidade do aparecimento de sequelas. Destaca-se a angústia e aflição maternas ao precisarem ser submetidas ao tratamento durante a gravidez, o que lhes causou inúmeros desconfortos físicos, impedindo que vivenciassem a gestação como anteriormente idealizada por elas.

O estabelecimento da preocupação materna primária também sofreu distorções, uma vez que as participantes se perceberam compelidas a estarem voltadas exclusivamente para seus bebês, deixando a si mesmas em segundo plano, bem como os maridos e demais filhos. A realização de exames invasivos, bem como a administração de medicamentos para tratamento trouxe muito sofrimento para as mães, as quais encontravam-se extremamente identificadas com seus bebês e viam-se obrigadas a lhes causar desconforto através de tais procedimentos.

A partir disso, pode-se observar que cada participante significou o atravessamento da toxoplasmose em sua vida de acordo com suas possibilidades. Mãe Duas Emoções, a qual descobriu o diagnóstico aos quatro meses da filha, culpa-se pela contaminação da mesma. Já as demais participantes, as quais contraíram o protozoário durante a gestação (embora Mãe Medalha só tenha descoberto após o parto), responsabilizaram as autoridades. Percebe-se que a

culpa acabou por ser direcionada, seja para si ou para o outro, de acordo com as possibilidades de elaboração de cada mãe.

Destaca-se, todavia, que de forma geral a toxoplasmose não afetou negativamente a vinculação das mães com seus bebês, já que as mesmas conseguiram enxergá-los e investir neles para além da doença. Mãe Perfeição evidencia isso quando relata ver o filho como perfeito, apesar das sequelas orgânicas já identificadas. Ainda, acerca dos efeitos da vivência da toxoplasmose para as mães, constatou-se que as participantes cujos bebês tiveram sequelas demonstraram não querer ter mais filhos, enquanto as demais querem saber como é ser mãe sem toxoplasmose.

Nesse sentido, entende-se as experiências de sofrimento ocorreram de forma concomitante a experiências positivas de apoio social e convivência com os bebês, o que possibilitou a formação e o fortalecimento da relação das participantes com seus filhos. Nesse contexto, a assistência em saúde, a família e a espiritualidade/religiosidade revelaram-se como importantes ferramentas de suporte, permitindo a superação dos sofrimentos e dificuldades, traduzidos na “vitória da batalha”, conforme afirma Mãe Medalha, em seu depoimento que resume as experiências relatadas pelas participantes: a participante aborda a luta dura e árdua que essas mães enfrentaram ao receber o diagnóstico de toxoplasmose, tendo que lidar com as expectativas frustradas e com os lutos referentes à idealização da maternidade e do bebê. Frente a isso, Mãe Medalha se coloca como o soldado ferido que ergue a cabeça e recebe sua medalha após vencer a batalha, o que se tornou possível devido à rede de apoio que a circundou. Nesse ponto, também é importante destacar o papel do diagnóstico e tratamento precoces nos casos abordados neste estudo, bem como da plasticidade do desenvolvimento infantil, que permite grandes conquistas a partir das intervenções precisas.

Seguindo essa linha, ressaltam-se as contribuições que o presente trabalho proporciona para o avanço do conhecimento e das práticas profissionais nessa área. Poucos estudos foram encontrados acerca da maternidade com toxoplasmose, principalmente estudos qualitativos da área da Psicologia. Assim, frente ao surto ocorrido da doença, este estudo permitiu que mulheres que vivenciaram tal experiência fossem alcançadas e escutadas, bem como as particularidades e singularidades do que é ser mãe no contexto da toxoplasmose. O relato das participantes proporcionou o aprofundamento sobre tais questões, possibilitando, a partir disso, a estruturação de estratégias de acolhimento para casos como estes.

No que tange à assistência às mães, percebeu-se uma certa lacuna nos serviços de saúde, especialmente no que condiz ao auxílio psicológico. Identificaram-se carências nesse aspecto a partir dos relatos, ilustradas pela narrativa de Mãe Medalha acerca de ter sentido falta de ser

olhada com sensibilidade, conforme ocorreu durante a realização da entrevista. Espera-se, assim, que este trabalho contribua para a melhor instrumentalização e preparação da rede e dos profissionais de saúde para atenderem as mães e os bebês que enfrentam as dificuldades advindas do contexto da toxoplasmose.

Como limitações da pesquisa, observa-se que por ser um estudo de caráter transversal, o momento em que a pesquisadora entrou em contato com cada participante pode ter se caracterizado como um viés dos resultados, uma vez que Mãe Duas Emoções havia recém descoberto a seqüela visual da filha, enquanto Mãe Perfeição e Mãe Medalha já haviam recebido esta notícia há mais tempo, de modo que seus bebês se encontravam estáveis, inclusive considerando a alta de Bebê Medalha. Ainda, as filhas de Mãe Arco-íris e Mãe Vestidinho, mais novas que os demais bebês, não haviam sido diagnosticadas com intercorrências orgânicas provenientes da doença até o momento, o que também se coloca como um fator de diferença dos outros casos. Dessa forma, sugere-se que estudos longitudinais poderiam propiciar uma visão mais ampla do desenvolvimento das vivências das díades frente à toxoplasmose. Por último, compreende-se que é possível que as mães que tenham aceitado participar da pesquisa sejam aquelas que conseguiram lidar e elaborar melhor os sofrimentos advindos da doença, sentindo-se assim mais abertas para falar sobre o assunto, o que também pode ser considerado um viés deste estudo.

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, B. R.; MELGAÇO, P. Quando a criança nasce doente: A subjetividade do infante e as relações familiares. **Psicologia em Revista**, v. 22, n. 2, p. 356-373, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/P.1678-9523.2016V22N2P356/10750>>. Acesso em: 12 abr. 2019.

AMIRALIAN, M. L. T. M. Deficiências: Um novo olhar. Contribuições a partir da psicanálise Winnicottiana. **Estilos clin.**, v. 8, n. 15, p. 94-111, 2003. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282003000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2019.

ANDRADE, C; BACCELLI, M. S; BENINCASA, M. O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise Winnicottiana. **Vínculo – Revista do NESME**, v. 14, n.1. p. 1-13. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902017000100004>. Acesso em: 13 abr. 2019.

BARROS, S. M. M. de et al. Fortalecendo a rede de apoio de mães no contexto da síndrome congênita do vírus Zika: relatos de uma intervenção psicossocial e sistêmica. **Nova perspect. sist.**, v. 26, n. 58, p. 38-59, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412017000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2019.

BÁRTHOLO et al. Toxoplasmose na Gestação. **Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 14, n. 2. 2015. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/18441>>. Acesso em 13 abr. 2019.

BASSORA, J. B.; CAMPOS, C. J. G. Metodologia clínico-qualitativa na produção científica no campo da saúde e ciências humanas: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 753-760, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/5804/8499>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

BATTIKHA, E. C.; FARIA, M. C. C.; KOPELMAN, B. I. As representações maternas acerca do bebê que nasce com doenças orgânicas graves. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 23, n. 1, p. 17-24. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722007000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2019.

BERNAL, I. L. La familia en la determinación de la salud. **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 29, n. 1, p. 48-51. 2003. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21429107>>. Acesso em: 28 out. 2019.

BERNARDINO, L. M. F. A contribuição da psicanálise para a atuação no campo da educação especial. **Estilos da Clínica**, v. 12, n. 22, p. 48-67. 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/46017>>. Acesso em: 11 abr. 2019.

BORSA, J. C. Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério. **Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade**, n.2, p. 310-321, 2007. Disponível em: <www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php>. Acesso em: 04 abr. 2019.

BORSA, J.C.; NUNES, M. L. T. Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear. **Psicologia Argumento**, v. 29, n. 64. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19835/19141>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed.: Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. In: **Cadernos de Atenção Básica**, nº 32. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Toxoplasmose congênita. In: **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510**, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Seção 1. pp. 44-46. 2016a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em: 13 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>. Acesso em: 28 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo de investigação e notificação: toxoplasmose gestacional e congênita**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRAZELTON, B.; CRAMER, B. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes. 1992.

BRESSAN, R. C. et al. Reverberações do atendimento em saúde na construção do vínculo mãe-bebê com síndrome de Down. **Cad. Pós-Grad. Distúrb. Desenvolv.**, São Paulo, v. 17, n.

2, p. 43-55, 2017. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-03072017000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2019.

CASSELATO, G. **O resgate da empatia**: suporte psicológico ao luto não reconhecido. São Paulo: Summus Editorial. 2015.

CCIH faz balanço de pacientes com toxoplasmose atendidos no HUSM. **EBSERH**, 2019. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/resultado-busca?p_auth=Buf5yUkV&p_p_id=ebserhbuscaavancada_WAR_ebserhbuscaavancadaportlet_INSTANCE_E3j7&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&_ebserhbuscaavancada_WAR_ebserhbuscaavancadaportlet_INSTANCE_E3j7_javax.portlet.action=pesquisarAssets&termosBusca=toxoplasmose&pesquisaPadrao=true&tipoPesquisa=noticias&instance=ebserhbuscaavancada_WAR_ebserhbuscaavancadaportlet_INSTANCE_E3j7&resultado=/web/husm-ufsm/resultado-busca&action=true>. Acesso em: 08 nov. 2019.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; KOLLER, S. H.; PEREIRA, M. T. L. N. Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 82-91, 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 nov. 2019.

CHEQUINI, M. C. M. A relevância da espiritualidade no processo de resiliência. **Psicologia Revista**, v. 16, n. 1/2, p. 93-117. 2007. Disponível em:
<<https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/18059/13419>>. Acesso em: 16 out. 2019.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed. 2007.

DIAS, P. H. C.; SAFRA, G. O lugar da mística na clínica psicanalítica. **Memorandum**, v. 28, p. 171-183. 2015. Disponível em:
<<https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/download/6463/4050/>>. Acesso em: 28 out. 2019.

DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva. 1992. (Original publicado em 1984)

FALKENBACH, A. P.; DREXSLER, G.; WERLER, V. A relação mãe/criança com deficiência: sentimentos e experiências. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, p. 2065-2073, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2019.

FARIA, M. R. **Introdução à psicanálise de crianças: o lugar dos pais.** São Paulo: Toro. 2016.

FERRARI, A. G.; PICCININI, C. A.; LOPES, R. C. O bebê imaginado na gestação: Aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, v. 12, n. 2, p. 305- 313. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722007000200011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 28 out. 2019.

FIAMENGHI JR., G. A.; MESSA, A. A. Pais, filhos e deficiência: estudos sobre as relações familiares. **Psicol. cienc. prof.**, v. 27, n. 2, p. 236-245, 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2019.

FONSECA, M. N. A. et al. Ambivalências do ser mãe: um estudo de caso em psicologia hospitalar. **Est. Inter. Psicol.**, v. 9, n. 2, p. 141-155. 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 abr. 2019.

FRANCO, V. Paixão-dor-paixão: pathos, luto e melancolia no nascimento da criança com deficiência. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, v. 18, n. 2, p. 204-220, 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142015000200204&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2019.

FREITAG et al. O impacto do diagnóstico de paralisia cerebral para a família: revisão integrativa. **Journal of Nursing and Health**, v. 7, n. 1, p. 89-100. 2017. Disponível em:<<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/6064>>. Acesso em: 28 out. 2019.

FREUD, S. Luto e Melancolia. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago Editora. 1976 (Original publicado em 1917).

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** São Paulo: Atlas. 2002.

IACONELLI, V.. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, v. 10, n. 4, p. 614-623, 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142007000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 set. 2019.

KLAUS, M. H; KENNELL, J. H. **Pais/bebê: a formação do apego.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KUPFER, M. C. M. et al. Valor preditivo de indicadores clínicos para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology**, v. 6, n.1, p.48-68. 2009. Disponível em: <<http://abpparananorte.com.br/wp-content/uploads/2017/11/IRDI.pdf>>. Acesso em 29 mar. 2019.

KUPFER, M. C. M.; BERNARDINO, L. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da Pesquisa IRDI. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v.12, n.1, p.45-58. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142009000100004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 abr. 2019.

LOPES, R. C. S.; PROCHNOW, L. P.; PICCININI, C. A. A relação da mãe com suas figuras de apoio femininas e os sentimentos em relação à maternidade. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 2, p. 295-304, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n2/a08v15n2>>. Acesso em: 28 out. 2019.

MACHADO, R. F.; ELIAS, F. J. M.; CORRÊIA, A. A. M. Das representações mentais na gestação às frustrações pós parto: um campo para a psicanálise. **Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA**, n. 1, v.8, p. 87-95, 2019. Disponível em: <<http://seer.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/5700>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

MANNONI, M. **A criança retardada e a mãe**. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes. 1999. (Original publicado em 1964).

MANNONI, M. **A criança, sua “doença” e os outros**. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar. 1983. (Original publicado em 1967).

MARQUES, L. Reações familiares diante da criança em situação de deficiência. **Educação & Formação**, v. 4, n. 12, 2019. Disponível em: <<https://search.proquest.com/openview/a247ee3a409830314103559f1171dc50/1?pq-origsite=gscholar&cbl=4402080>>. Acesso em: 28 out. 2019.

MARTINS-COSTA et al. Infecções pré-natais (Toxoplasmose). In: MARTINS-COSTA et al. (Org). **Rotinas em Obstetrícia**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed. 2017. p. 542-545.

MESSA, A. A.; FIAMENGHI JR, G. A. O impacto da deficiência nos irmãos: histórias de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 2, p. 529-538, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2019.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 31 ed. Rio de Janeiro: Vozes. 2011.

_____. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-248. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2019.

MITSUKA-BREGANÓ, R.; LOPES-MORI, F. M. R.; NAVARRO, I. T., (Orgs). **Toxoplasmose adquirida na gestação e congênita: vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento e condutas** [online]. Londrina: EDUEL, 2010. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 20 abr. 2019.

MÜNICH, R. S. **Sentimentos e diagnósticos: trajetória de famílias com crianças com deficiência em busca de conhecimento, de profissionais e tratamentos.** Monografia (Graduação em Licenciatura em Educação Física) – Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/177959/Rosane%20Scherer%20M%C3%BCnich%20TCC%20vers%C3%A3o%20PDF%20A.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 30 set. 2019.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicol. estud. Maringá**, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 de out. 2019.

ROSADO, F. F. **Gravidez e mudança catastrófica: três estudos de caso.** Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/5728>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

SANTANA, T. R. G. **Mãe saudável, gestante doente: a ambivalência vivenciada por mães com toxoplasmose.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/3310/1/2007_ThaisRenataQueirozSantana.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2019.

SECRETARIA DA SAÚDE. **Relatório de atualização de investigação de surto.** Investigação de surto de Toxoplasmos em Santa Maria, Rio Grande do Sul. 2018. Disponível

em: <<https://www.santamaria.rs.gov.br/saude/index.php?secao=noticias>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

SILVA, D. R.; HERZBERG, E. Parentalidade e constituição da imagem corporal: implicações para a criança com deficiência física. **Boletim de Psicologia**, v. 67, n 145, p. 135-143, 2016. **Disponível em:** <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432016000200003>. Acesso em: 15 abr. 2019.

SILVA, F. A. **Representações Sociais da Maternidade Segundo Mães De Crianças Com Deficiência**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/11102>>. Acesso em: 28 out. 2019.

SOUZA, M. A. de; MARANHÃO, T. L. G. A Experiência de Amor dos Pais que tem Filhos com Deficiência no Processo de Aceitação. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, v.12, n.42, p. 187-202. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1305>>. Acesso em: 28 out 2019.

STERN, D. **A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.

TABILE, P. et al. Toxoplasmose gestacional: uma revisão da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 5, n. 3, p. 158-162. 2015. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/5178>>. Acesso em: 28 out. 2019.

TAVARES, K. O.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Dificuldades vivenciadas por mães de pessoas com fibrose cística. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 23, n.2, p. 294-300. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00294.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2019.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Rio de Janeiro: Vozes. 2013.

VASCONCELOS, L.; PETEAN, E. B. L. O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. **Psic., Saúde & Doenças**, v. 10, n. 1, p. 69-82, 2009. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862009000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2019.

VERAS, R. M.; VIEIRA, J. M. F.; MORAIS, F. R. R. A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. **Psicol. estud.**, v. 15, n. 2, p. 325-332, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2019.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes. 1998. (Original publicado em 1987).

ZANATTA, E.; PEREIRA, C. R. R.; ALVES, A. P. A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. **Pesqui. prá. psicossociais**, v. 13, n. 1, p. 1-16, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082018000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2019.

ZANATTA, E.; PEREIRA, C. R. R. Ela enxerga em ti o mundo: a experiência da maternidade pela primeira vez. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 959-972, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2015000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2019.

ANEXOS

ANEXO I

Indicadores clínicos de risco/referência para o desenvolvimento infantil – IRDI

0 a 4 meses incompletos:

- 1- Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer;
- 2- A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês);
- 3- A criança reage ao manhês;
- 4- A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação;
- 5- Há troca de olhares entre a mãe e a criança;

4 a 8 meses incompletos:

- 6- A criança começa a diferenciar o dia da noite;
- 7- A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades;
- 8- A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta;
- 9- A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases;
- 10- A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.;
- 11- A criança procura ativamente o olhar da mãe;
- 12- A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe esforços;
- 13- A criança pede ajuda de outra pessoa sem ficar passiva;

8 a 12 meses incompletos

- 14- A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar sua atenção;
- 15- Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe;
- 16- A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa;
- 17- Mãe e criança compartilham uma linguagem particular;
- 18- A criança estranha pessoas desconhecidas para ela;
- 19- A criança possui objetos prediletos;
- 20- A criança faz gracinhas;
- 21- A criança busca o olhar de aprovação do adulto;

22- A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.

12 a 18 meses

23- A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses;

24- A criança reage bem às breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas;

25- A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno;

26- A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede;

27- A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe;

28- A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai;

29- A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com pequenos gestos;

30- Os pais colocam pequenas regras de comportamento à criança;

31- A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.