

## RESPONSABILIZAÇÃO DO CUIDADO: VIVÊNCIAS DE MÃES DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA EM MOSSORÓ/RN

**Maria Glória da Silva Costa**

*Assistente Social formada pela UERN, mariaglorisc@gmail.com.*

**Tibério Lima Oliveira**

*Professor orientador: Doutorando em Política Social, professor substituto da Faculdade de Serviço Social UERN, tiberio\_berin@hotmail.com.*

### Resumo

A epidemia da microcefalia ocasionada pelo Zika vírus a partir do ano de 2015, de forma repentina, no Brasil, trouxe inúmeras consequências para as crianças acometidas e suas famílias, resultando em um cenário desconhecido e repleto de incertezas. Cabe destacar a importância de estar debatendo a temática das novas doenças que resultam das novas expressões da questão social na realidade brasileira. O referido estudo consiste em uma pesquisa qualitativa e exploratória e possui como objetivo central: analisar os desafios de mães de filhos com microcefalia decorrente do Zika Vírus em relação aos cuidados maternos no contexto de divisão sexual do trabalho. Foram entrevistadas 05 mães participantes do Núcleo de Atenção Materno Infantil (NAMI), na cidade de Mossoró/RN. A pesquisa seguiu os princípios éticos, preservando a identidade das mães. O instrumento de coleta de dados, no formato de entrevista semiestruturada, proporcionou um espaço para relatassem suas vivências. Os resultados obtidos foram divididos nas seguintes categorias: Zika Vírus, Microcefalia, Maternidade, Cuidado, Divisão Sexual do Trabalho. Nas falas é marcante a presença de aspectos que envolvem a divisão sexual do trabalho e o modelo de família monogâmica social e patriarcal que afeta a vida das mulheres, fazendo com que elas percorram jornadas que tornam sua rotina

desgastante. Por fim, ainda é perceptível elementos que abrangem o afastamento social dessas mães.

**Palavras-chave:** Zika Vírus; Microcefalia; Cuidado; Maternidade. Divisão sexual do trabalho.

## Introdução

**E**ste artigo tem por objetivo discutir a responsabilização do cuidado materno imposta socialmente às mulheres, em especial as que são mães de crianças com microcefalia decorrente do Zika Virus (ZIKV). O interesse por esse estudo desenvolveu-se ao observar as ações e atendimentos de crianças com microcefalia decorrente do ZIKV, no Núcleo de Atenção Materno Infantil (NAMI), na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), no município de Mossoró, Rio Grande do Norte.

Desta forma, pretende-se realizar uma breve análise sobre a contextualização da realidade estudada e os impactos causados, a fim de problematizar a temática enquanto uma expressão contemporânea da questão social, rebatendo nas relações sociais, familiares e na divisão sexual do trabalho, no qual há o afastamento massivo de mulheres dos seus espaços de trabalho, configurando-se, um problema de saúde pública, além da responsabilização do cuidado colocado para essas.

As entrevistas foram realizadas individualmente no próprio NAMI, nos intervalos dos atendimentos, em ambiente isolado para a garantia do sigilo. Ainda, para fins éticos, bem como preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa, as mesmas não serão identificadas por seus nomes pessoais, e sim apresentadas por nomes das Crystal Gems: Ametista, Pérola, Rubi, Safira e Quartzo Rosa, as quais simbolizam beleza e delicadeza em meio à força, à coragem e à determinação.

Será apresentado neste documento a diferença e particularidades da maternidade e da maternagem e como os sujeitos estudados se encontram dentro dessas categorias. Propõe-se realizar uma análise sobre as relações de cuidado serem voltadas apenas ao sexo feminino, responsabilizando a mulher por todas as atividades do lar e no que se refere à família, paralela discussão sobre as vivências das mães participantes do NAMI, através dos seus relatos contidos nas entrevistas semiestruturadas realizadas no processo da pesquisa.

Pretende-se instigar o debate acerca da questão de divisão sexual do trabalho e de que forma a sociedade e o modelo de família heteropatriarcal-monogâmico influência na vida das mulheres, submetendo-as a várias jornadas exaustivas, ou seja, são vistas apenas como trabalhadoras do lar ou cuidadoras da família, debruçando assim sobre a historicidade dos papéis desenvolvidos, no qual os

mesmos contribuem para a manutenção e funcionamento do sistema capitalista.

Por fim, expressar-se-á os resultados finais relativos às análises da pesquisa realizada, bem como os desafios encontrados e as formas de enfrentamento aos mesmos.

## Metodologia

Esta pesquisa é de natureza qualitativa e exploratória, e trará como procedimento inicial uma revisão bibliográfica exploratória a partir de sites, portais científicos que versam sobre o assunto em tela. O estudo parte de uma análise descritiva que foi realizada no município de Mossoró, Rio Grande do Norte, e tem como objeto de estudo o grupo de mães das crianças participantes do Núcleo de Atenção Materno Infantil (NAMI), suas vivências no cuidado de seus filhos, e de que forma a divisão sexual do trabalho impacta na vida dessas mães. Também foi utilizado como instrumento técnico a abordagem de entrevistas semiestruturadas, realizadas individualmente para preservação de dados das entrevistadas.

## Referencial teórico

Verifica-se que os primeiros relatos do ZIKV ocorreram na Uganda, na África, mais especificamente na Floresta Zika, a qual origina o nome do vírus. Seu primeiro registro foi identificado em um macaco que participava de um estudo enfatizado para a febre amarela, no ano de 1947. Foram constatadas infecções do ZIKV em humanos na década seguinte, mais especificamente em 1954, em um residente nigeriano. McNeil (2016) afirma que haviam “muitos casos de pesquisadores que aplicaram testes em si mesmos” na busca de respostas para a nova patologia. Os casos foram sendo confirmados ao decorrer, espalhando rapidamente a doença para os continentes africano e asiático (McNEIL 2016).

Inicialmente tinha-se conhecimento apenas que transmissão do ZIKV se dava através da picada do mosquito *aedes*<sup>1</sup> que esteja infec-

---

1 Há duas espécies principais de mosquitos do gênero *Aedes* capazes de transmitir, além da dengue, outras arboviroses como chikungunya, Zika e febre amarela: *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*.

tado por tal (DINIZ, 2016), todavia, no ano de 2016, identificou-se um novo meio de transmissão do vírus, a transmissão sexual.

A infecção pelo ZIKV ainda hoje é de difícil identificação, pois os sintomas se assemelham com os de outras arboviroses<sup>2</sup>. Pode-se destacar como mais frequentes: febre, dores musculares e nas articulações. Logo, os pacientes acometidos não apresentavam grave evolução e óbito em decorrência da infecção. Tal fato, também, descartou, a priori, o risco de contágio (SILVA, 2018).

No Brasil, o primeiro surto de epidemia do ZIKV ocorreu em meados do primeiro semestre de 2015, tendo seu foco principal no Nordeste brasileiro, região líder de casos confirmados. Por tratar-se de uma infecção silenciosa, seus primeiros casos eram em sua maioria assintomáticos, sem hospitalização, ou possuíam sintomas que não sinalizavam cuidados da rede de atenção à saúde em uma nova epidemia que acarretaria em graves sequelas, isso fez com que muitos infectados não procurassem cuidados de saúde (BRASIL, 2018).

A inserção do ZIKV no Brasil ainda é permeada por diversas incógnitas. A pesquisadora Débora Diniz apresenta em sua obra *Zika: do sertão nordestino à ameaça global* (2016), fatos cronológicos do início da epidemia no Brasil, perpassando por manchetes de jornais, primeiros sintomas, diagnósticos, até os seus momentos de efervescência. Logo, de acordo com a autora, tal inserção deu-se no ano de 2014 durante a Copa do Mundo FIFA que foi sediada pelo Brasil. Tal evento foi considerado como uma das principais portas de entrada do vírus no país devido o considerável o fluxo de estrangeiros em eventos desse porte. Do mesmo modo, a autora traz ainda outro evento de caráter semelhante, a Jornada Mundial da Juventude, evento de cunho católico que reuniu vários jovens de diversos países, sediado no ano de 2013, na cidade do Rio de Janeiro.

Dialogando com a cronologia de Diniz, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), aponta em 2018, um estudo de um novo meio de acesso do vírus ao Brasil. O Haiti é um país bastante acometido pelas arboviroses do *aegypti*, com isso, as análises feitas em brasileiros contaminados pelo ZIKV destaca a presença do vírus oriundo do Haiti, enfatizando

---

2 São as doenças causadas pelos chamados arbovírus, que incluem o vírus da dengue, Zika vírus, febre chikungunya e febre amarela. A classificação “arbovírus” engloba todos aqueles transmitidos por artrópodes, ou seja, insetos e aracnídeos (como aranhas e carrapatos).

a amplitude de acesso ao vírus pudesse ter sido através de processos ilegais de imigração, bem como soldados que realizaram missão de paz no país.

Um complexo fator que corroborou com o agravamento da epidemia do vírus no Brasil e na América Latina deu-se em virtude do efeito geográfico comum no litoral equatorial, o *El Niño*. Tal fenômeno geográfico afeta as chuvas desta região fazendo com que superem as médias acarretando em inundações, além das esperadas, o que facilita a proliferação dos mosquitos transmissores das arboviroses (COSTA, 2019).

Logo, ao chegar ao Brasil, o ZIKV se espalhou rapidamente, principalmente em ambientes insalubres, que não possuem saneamento básico. Além do ZIKV, houve ainda disseminação da dengue e *chikungunya*, tendo em vista que essas doenças possuem o mesmo mosquito transmissor, o *Aedes aegypt*, que se prolifera em locais de água parada, agravando mais a vida da população que estão nesses territórios desprovidos de serviços essenciais (TERRA, 2017).

Diante disso, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080/90, em seu artigo 3º, traz alguns condicionantes de saúde relacionados ao saneamento básico, pois, a saúde dos moradores pode ser afetada em virtude da precarização ou inexistência desse serviço (BRASIL, 1988). Tal fato é evidenciado quando observados os boletins epidemiológicos, em que se registrou, no período de 2015 a 2017, a região Nordeste como a mais acometida pela microcefalia, contabilizando 114.870 dos 269.790 casos registrados no Brasil. Com esse número, pode-se refletir sobre o motivo pelo qual ocorreu um maior número de casos nessa região, apontando o racismo ambiental como um dos principais elementos da questão social na discussão presente.

## Resultados e discussões

A vivência da maternidade inicia desde o pré-natal – acompanhamento fundamental para a promoção de uma gestação saudável e para a detecção precoce de alterações congênitas, como a microcefalia. Sobre isso, a pesquisa expõe uma falha nessa assistência, uma vez que nenhuma das mães entrevistadas relatou ter sido informada sobre a possível ocorrência da microcefalia até estarem frente a frente com a situação (COSTA 2019).

Do mesmo modo, o discurso abaixo corrobora com a importância desse acompanhamento, pois demonstra que o pré-natal oportuniza um melhor preparo e aceitação da malformação congênita.

Como eu tive uma gestação de risco, o importante era ele nascer né, não importava como. Então foi bem tranquilo, eu soube na gestação, quando ainda tava na barriga. Foi mais fácil pra mim aceitar depois que ele nasceu. (Pérola)

Consequente a descoberta do diagnóstico, Ivânia Welter (2008) ressalta que a família passa a enfrentar dificuldades relacionadas à aceitação e ao cuidado da criança, tendo em vista que uma criança com deficiência requer um cuidado ainda maior nas quais as representações negativas aumentam devido à falta de conhecimento diante a situação da saúde das crianças, exposto isso as mães buscam respostas para estas condições. A partir das entrevistas realizadas com as mães, percebemos que assim como relata Santos (2010), elas se sentem culpadas até pela própria deficiência do filho, o que gera resistência na aceitação.

Minha reação foi revolta, sabe? Assim, eu fiz tudo direitinho, todos os exames, tudo direitinho, tudo. (Ametista)

Eu não aceitei quando eu descobri que ela vinha com microcefalia eu pedi pra Deus que tirasse de mim, se fosse da vontade dele. Se fosse pra eu sofrer, ele tirasse de mim. (Rubi)

A culpabilização dos pais, como afirma Santos (2010), manifesta-se por consequência da idealização da perfeição personificada em seus futuros filhos, e quando a criança nasce fora dos padrões determinados por eles e junto ao desconhecimento sobre a deficiência, pode acontecer até mesmo de forma inconsciente a rejeição da criança, abalando assim seu núcleo familiar, como apresentado no discurso abaixo:

O pai dele meio que não aceitava, veio aceitar depois de um ano. Ele se perguntava muito “porque comigo, não com o vizinho?”, ele não aceitava de jeito nenhum. Ele não estacionava em vaga preferencial, assim, preferencial assim pra deficiente. Nada que tinha a ver

com deficiente ele não aceitava. Não queria ir atrás, não queria de jeito nenhum. (Pérola)

A figura paterna, especificamente, deposita o sentimento de culpa às suas companheiras. Tal fato ocorre em virtude da capacidade materna de gerar o feto, responsabilizando a mãe por eventuais alterações que decorram do curso gestacional, tendo em vista a simbiose existente entre mãe e filho. Logo, por não possuir um elo biológico com o filho durante a gestação, a negação, por muitas vezes, é ainda maior, pois não se dá somente à recusa do filho, mas, também, no afastamento e, até mesmo, no abandono das relações familiares, transferindo toda a responsabilização dos cuidados e sobrevivência na mãe da criança (SANTOS 2010).

Entretanto, quando se fala em cuidado e no ambiente em que essa criança está inserida, é imensurável que haja a presença de um núcleo familiar estruturado e estável, haja vista que o referido núcleo influencia de forma direta sobre o desenvolvimento infantil, uma vez que é considerado um dos espaços mais importantes de relação com as crianças (BUTTLER). Desse modo, a nova rotina de cuidados domiciliares e clínicos requer adaptação de todo núcleo familiar às condições da criança, como demonstrado na fala seguinte: “O pai apoiou, deu força... na medida do possível”. (Ametista)

Contrapondo a fala apresentada, Santos (2010) denota que a falta de preparo nas responsabilidades paternas, assim como a participação indireta nos cuidados com o filho são consequências da construção social do homem como figura responsável pelas condições de subsistência da família. As entrevistadas expressam em suas falas o termo “ajudar” quando se referem na relação existente entre pai-filho. A utilização do referido termo demonstra que a responsabilização do cuidado como atividade única e exclusiva das mulheres, estabelecendo ao pai somente um ser de apoio, está enraizada até na cultura do pensamento feminino.

Ajuda, digamos assim, 20 minutinhos só a criança, aí a criança começa a chorar e quer a mãe. Aí ele não sabe... se tiver uma convulsão, por exemplo, ele não sabe como agir, ele fica nervoso parece que paralisa ele (Pérola)

Só ajuda a dar um banho, brincar um pedacinho, dar uma voltinha com ele, mas não leva pros atendimentos, nem pros médicos. Tudo sou eu. (Ametista)



Ele dá um banho, ajuda, segura ela pra eu arrumar a casa, mas não vai para consultas. (Rubi)

Sobre isso, Badinter (1980) ressalta a diferença entre maternidade e maternagem. A maternidade consiste no ato biológico de gerar e dar à luz a um bebê. Já a maternagem pode ser exercida por qualquer pessoa, sendo compreendida como uma construção social, executada no ato de cuidar, educar, adaptar suas necessidades à da criança.

A categoria maternagem é uma das principais características que acompanham a vivência das mães e familiar-cuidador de crianças com a microcefalia, pessoas estas que se dedicam exclusivamente, além das várias jornadas subordinadas à esfera doméstica, mudando completamente suas rotinas em cuidado das crianças, principalmente quando estas necessitam de uma maior atenção no cuidado (BADINTER, 1980). Na fala de uma das entrevistadas, torna-se evidente o desenvolvimento da maternagem: “Como a mãe dele morreu, quem cuida dele sou eu (tia) e a avó dele. Eu ajudo ela e assim vai. Devido ela trabalhar, quem passa a maior parte do tempo com ele sou eu”. (Safira)

É possível observar, no discurso acima, que mesmo sendo a maternagem possível de ser desenvolvida por qualquer membro do núcleo familiar, essa, quando realizada, na maior parte das vezes, é exercida por mulheres.

Parafraseando Helena Hirata (2012), o trabalho do cuidar está enraizado nas tradições diretamente às mulheres, devendo estar dispostas à total atenção ao outro, sejam ao lar, aos filhos, aos familiares. Ter um filho com condições neurológicas acarreta dependência que gera uma série de dificuldades e superações, porém as cuidadoras se sobressaem diante os desafios, abarcando a relação do cuidado com amor e afeto; “Qualquer pessoa no nosso lugar faria o mesmo por um filho nosso, a não ser que essa pessoa não tenha coração”. (Quartzo rosa)

Dessa forma, Aquino e Menezes (1998) afirmam que devido à dificuldades ao conceituar o termo “cuidado”, preferem seguir com as determinações de senso comum. Sendo assim, ressalta que a categoria cuidado existem diversas expressões, e que na sua forma mais vasta carrega também o conceito do trabalho do cuidar voltado às pessoas.

O estado emocional do cuidado produz uma grande sobrecarga às cuidadoras, e que não pode ser superada na dinâmica familiar. Estudos

têm demonstrado que repetidas consultas a médicos, tratamentos, clínicas são fatores que causam o esgotamento físico e mental à estas mulheres (AZEVEDO 2001).

Ao falar sobre o cuidar, no ambiente familiar, privado, as mulheres são tradicionalmente responsáveis pela sua realização. Silva (1998) destacou que as mulheres apenas redefinem os papéis que a sociedade lhes atribui. Esse papel é construído social e culturalmente, portanto, está inserido em uma relação social mais ampla, não apenas a relação ambiental entre homens e mulheres no campo familiar. Jaggat & Bordo (1997) declaram que ao determinar as divisões de trabalho pelo sexo, os homens tenham “cuidado com”, já mulheres “cuidem de”.

A trajetória histórica das mulheres, a todo o momento, está interligada à família e ao lar, o que ocasiona um pensamento equivocado ao pensar que o “dom” do cuidado é apenas dela. O cuidado tido como natural atribuído à mulher não é biológico, mas sim construído socialmente. Essas discussões do cuidado são dimensões do trabalho desvalorizado.

Também não se pode deixar de analisar que, no discurso de que os companheiros “ajudam” nos cuidados relatados pelas entrevistadas, reforça-se ainda o fato de o patriarcado enraizado estar reproduzido durante as falas dessas mulheres, enriquecendo cada vez mais esse sistema e evidenciando que a reprodução do patriarcado não é necessariamente exercida por um homem.

Eu nunca tive ajuda pra cuidar dele, de ninguém, só mesmo do meu esposo que passa o dia trabalhando e à noite ele estuda, então ele só me ajudava geralmente final de semana com os meninos. (Quartzo rosa)

Essas situações permitem pensar na divisão sexual do trabalho, na qual considera as relações sociais de sexo como ponto pilar para essa desigualdade, pensar, também, na fragilidade do compartilhamento de tarefas, não somente em atenção aos filhos, mas também nos afazeres domésticos.

Sobre o “trabalho do cuidado”, Danièle Kergoat (2016) expõe uma reorientação da concepção da categoria trabalho através de uma perspectiva de análise materialista, na qual se reconfigura ganhando um novo perfil e valorizado pelos interesses alusivos a várias áreas da

divisão social e sexual do trabalho, como o próprio trabalho do cuidado, o familiar, ou doméstico, de saúde. A autora afirma que, à vista disso, “o trabalho foi redefinido e mudou de estatuto: de uma simples produção de objetos, de bens, ele se transformou no que alguns chamam de ‘produção do viver em sociedade’” (KERGOAT, 2016, p. 18).

É preciso compreender que as relações postas as mulheres em relação ao cuidado trata-se de um dispositivo histórico de dominação, hierarquização e manutenção de poder sobre esses corpos. A divisão sexual do trabalho impõe para essas mulheres mecanismos de assujeitamento em virtude de processos sociais construídos historicamente a partir do imbricamento da sociedade capitalista com o modelo patriarcal de dominação.

Desse modo, a maioria das atividades laborais femininas limita-se ao âmbito doméstico, o que ajuda a estabelecer parâmetros culturais, elegendo-as (provisoriamente) como cuidadores (AZEVEDO, 2001).

É a partir dessa construção sócio histórica, alicerçada em um sistema patriarcal, capitalista e racista que a sociedade toma como senso comum que a mulher possui dons e habilidades natas para atividades do lar e no que se refere à família, especialmente quando se refere ao cuidado de crianças e pessoas idosas com o chamado trabalho do care. Sobre isso, Cisne afirma que “são construídos historicamente os papéis, as qualidades e as características, ou, ainda, as atividades ditas femininas ou masculinas, e não determinadas fisiológica ou naturalmente” (2015 p.59).

Ao refletir sobre a discussão de Cisne e Santos (2018), compreende-se que as relações familiares estão fundidas na exploração, em particular às mulheres, seguindo a lógica de dominação do sistema patriarcal, na qual propaga privilégios aos homens e apaga a luz das mulheres.

Também não se pode deixar de analisar que, no discurso de que os companheiros “ajudam” nos cuidados relatados pelas entrevistadas, reforça-se ainda o fato de o patriarcado enraizado está reproduzido durante as falas dessas mulheres, enriquecendo cada vez mais esse sistema e evidenciando que a reprodução do patriarcado não é necessariamente exercida por um homem.

Eu nunca tive ajuda pra cuidar dele, de ninguém, só mesmo do meu esposo que passa o dia trabalhando e à noite ele zestuda, então ele só me ajudava

geralmente final de semana com os meninos. (Quartzo rosa)

Essas situações permitem pensar na divisão sexual do trabalho, na qual considera as relações sociais de sexo como ponto pilar para essa desigualdade, pensar, também, na fragilidade do compartilhamento de tarefas, não somente em atenção aos filhos, mas também nos afazeres domésticos. Os discursos abaixo tornam evidente a necessidade em virtude da escassez desse compartilhamento:

É um trabalho que a gente não para. Porque se a gente for trabalhar enrola a noite, porque nunca falta o que fazer numa casa. (Ametista)

Ele sabe fazer tudo dentro de casa, mas só faz se eu tiver doente. Caso contrário, não. (Pérola)

Pode-se entender que, a partir disso, as mulheres são sobrecarregadas cada vez mais, pois acabam realizando as responsabilidades intensas de diversos setores, já que o campo da reprodução familiar como educação e outros cuidados ainda é amplamente controlado pelas mulheres (SOUSA, GUEDES 2016).

As pessoas falam que eu sou uma sofredora, que eu sou uma guerreira, essas coisinhas que taxam a gente, que é mãe atípica né. Somos heroínas, não, não somos heroínas, tenho costume de dizer que nós somos humanas, precisamos de um olhar também. (Quartzo rosa)

Além disso, fica evidenciado no discurso abaixo que, diferentemente da situação trazida anteriormente, as mães que optam por abdicarem da sua carreira profissional dedicando-se, exclusivamente, ao cuidado doméstico e dos filhos, sofrem questionamentos da sociedade em virtude da sua escolha.

Até onde eu saiba eu nunca sofri não nenhum tipo de preconceito, só que já teve pessoas que chegou pra mim e falou que eu parei a minha vida, parei de viver por causa dele (Safira)

Independente da escolha da mulher ser a inserção no mercado de trabalho coincidindo com as atividades do lar, ou a dedicação exclusiva à família, ela está sempre buscando forças para superar os

desafios e buscar o bem estar dos filhos. Mas a sociedade é sexista, não importa a escolha que fizerem, o julgamento será inevitável.

Para tanto, Bieler (2003) identifica que as mães podem por um lado encarar de frente essas questões, ou, por outro lado, seguir no caminho do isolamento devido às inseguranças relacionadas à deficiência do filho. Logo, esse distanciamento, em virtude da vida doméstica, causa uma invisibilização social, excluindo essas mães de diversos seguimentos coletivos, desencantamento profissional, e até mesmo o relaxamento do cuidado consigo mesmas.

Nesse sentido, ocorre a negligência dos direitos das mesmas, e por estarem invisíveis, a discriminação é recorrente aos seus filhos. Sob essas circunstâncias, reprises desses momentos são comuns na vida dessas mulheres e dos filhos, durante todo o período de crescimento de crianças, até mesmo em sua fase adulta, e são as mães que estão ao lado durante essa caminhada.

Observa-se que nesse estudo o trabalho do cuidado colocado para as mulheres em relação à responsabilização com os filhos com microcefalia é parte de uma estrutura social dominante. É mister ressaltar que essas relações se intensificam em um território marcado por desigualdades sociais, como é o caso da cidade de Mossoró/RN, local esse cujo os valores patriarcais ainda se fazem presente de modo mais aviltante dada a formação social desse território. Portanto, o que se identifica é que, historicamente, as mulheres são as responsáveis por esse cuidado, e, num contexto de crise, a precarização posta a referir essas mulheres se intensificam ainda mais.

## Considerações finais

As crianças nas condições de microcefalia necessitam de atenção singular. Nesse sentido, os argumentos das participantes dessa pesquisa são aprofundados na sobrecarga das atividades realizadas em virtude das responsabilizações serem voltadas apenas para elas, e quando compartilhada, é para com mulheres de parentesco próximo. Elas são isoladas para uma rotina exaustiva de sobrecarga de cuidados.

Foram encontradas na pesquisa as seguintes características: mulheres com até 44 anos de idade, em sua maioria, casadas, trabalhadoras do lar, sem renda pessoal.

Essa restrita dedicação delas ao cuidado é proveniente do sistema patriarcal, baseado na exploração e dominação dos homens às mulheres. Ele caracteriza o modelo de família patriarcal monogâmica, na qual mulheres são hierarquicamente subordinadas ao homem.

Com base na discussão realizada nesse artigo, compreende-se que a determinação das “atividades femininas” é favorável à divisão sexual do trabalho e para o trabalho não remunerado e remunerado, tanto no setor público, quanto no privado. Indicando assim, as ocupações produtivas determinadas aos homens nos espaços públicos, e as reprodutivas e privadas às mulheres.

É exposto ainda que, de forma direta ou indireta, as mães se isolam socialmente por consequência dos preconceitos apontados à elas e aos seus filhos, ilhando também suas crianças, dificultando assim o convívio social, até mesmo dentro da própria família.

## Referências

AQUINO, E.; MENEZES, G. Para pensar no exercício da paternidade: contribuições a 689 partir de um estudo sobre trabalho e saúde de mulheres. In: SILVEIRA, P. (Org.). **Exercício da paternidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 131-141.

AZEVEDO, G. R. de. **Cuida-dor (d)eficiente**: as representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar. 2001. 106p. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado**: O mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BIELER, R. B. Entrevista com Rosângela Berman Bieler. **Revista Sentidos**. out./nov. 2014. p.10- 12, 2004.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico nº 08**. Vol 50. 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-001.pdf>

BRASIL. **Boletim Epidemiológico nº 13**. Vol 50. 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/>

abril/30/2019-013-Monitoratototomento-dos-casos-de-arboviro-  
ses-urbanas-transmitidas-pelo-Aedes-publicacao.pdf

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

CISNE, Mirla; SANTOS, Silvana. **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018.

CISNE, Mirla. **Gênero, divisão sexual do trabalho e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Outras Expressões, 2015.

COSTA, Hosana Mirelle Goes e Silva. **Rede de Atenção às Crianças diagnosticadas com Microcefalia Decorrente do Zika Vírus: Perspectivas Maternas**. Mossoró. 2019.

DINIZ, Débora. **Zika: do sertão nordestino à ameaça global**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

HIRATA, Helena. **Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care.**- São Paulo: Atlas, 2012.

MC NEIL, Donald. **Zika: a epidemia emergente**. Planeta, 2016. 224 p.

JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R. (Ed.). **Gênero, corpo, conhecimento**. Tradução Britta Lemos de Freitas. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. Título original: Gender, Body, Knowledge.

KERGOAT, Danièle. “O cuidado e as imbricações das relações sociais”. In: ABREU, Alice Rangel de Paiva; HIRATA, Helena; LOMBARDI, Maria Rosa (Org.). **Gênero e trabalho no Brasil e na França: perspectivas interseccionais**. São Paulo: Boitempo, 2016. p. 17-26.

SANTOS, Lígia Pereira dos. **Maternidade, paternidade, deficiências: poder e deslocamentos não compartilhados?** Fazendo Gênero 9 Diásporas, Diversidades, Deslocamentos 23 a 26 de agosto de 2010.

SILVA Dino, T., et al. (2018). ZIKA: O SURTO DE ESPECULAÇÕES. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, 4(2). Retrieved from

<http://www.reinpec.org/reinpec/index.php/reinpec/article/view/216>.  
Acesso dia 23 de setembro de 2020.

WELTER, Ivânia. et al. Gênero, maternidade e deficiência: representação da diversidade - **REVISTA TEXTOS & CONTEXTOS**. PORTO ALEGRE V. 7 N. 1 P. 98-119. JAN./JUN. 2008