

## “Era a vontade divina”: continuar a gestação depois da infecção perinatal pelo vírus Zika\*

Celmira Laza-Vásquez<sup>1,2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-3264-5837>

Keila Vanessa Cortés-Martínez<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-2542-039X>

Juan Pablo Cano-Rivillas<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-1344-7955>

Objetivo: compreender a influência das crenças religiosas na decisão de um grupo de mulheres residentes no Departamento de Huila de continuar a gestação apesar da infecção perinatal pelo vírus Zika. Método: etnografia focalizada. Participaram 21 mulheres que haviam apresentado infecção perinatal pelo vírus Zika, cujos filhos nasceram com microcefalia congênita. Foram realizados 2 grupos de discussão e 6 entrevistas semi-estruturadas e foi utilizada a análise temática para o tratamento dos dados. Resultados: três temas surgiram: “Deus: por que comigo?” é um questionamento inicial das mulheres a Deus devido ao diagnóstico pré-natal de microcefalia do(a) filho(a), “Apegar-se a um milagre divino” descreve como as mulheres não perderam a fé e imploraram por um milagre divino para que seus filhos nascessem sadios e “Era a vontade divina” significa a aceitação, resignação e respeito pela vontade divina e a negação a abortar, apesar das recomendações médicas. Conclusão: a religiosidade e as crenças religiosas foram determinantes na decisão das mulheres de continuar a gestação. Faz-se necessário continuar a indagação sobre esse tema, para compreender as experiências dessas mulheres e criar ações de acompanhamento e apoio a partir dos cuidados de enfermagem.

Descritores: Tomada de Decisões; Gravidez; Infecção por Zika virus; Microcefalia; Religião; Pesquisa Qualitativa.

\* Apoio financeiro da Universidade Surcolombiana, chamada interna nº 002 de 2018 para formar o Banco de Projetos de Canteiros para Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico e Inovação, na forma de financiamento. Código do Projeto 2989, Colômbia.

<sup>1</sup> Universitat de Lleida, Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Lleida, Cataluña, Espanha.

<sup>2</sup> Universidad Surcolombiana, Programa de Enfermería, Neiva, Huila, Colômbia.

### Como citar este artigo

Laza-Vásquez C, Cortés-Martínez KV, Cano-Rivillas JP. “It was God’s will”: Continuing pregnancy after perinatal infection by Zika virus. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3310.[Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3485.3310>. mês dia ano

URL

## Introdução

Em outubro de 2015, a Colômbia declarou um surto da doença causada pelo vírus Zika e o Departamento de Huila apresentou a terceira maior incidência acumulada do país (517 por 100.000 habitantes) e em mulheres gestantes (333 por 100.000 habitantes)<sup>(1)</sup>. Em janeiro de 2018, no país foram confirmados 248 casos de síndrome congênita relacionada à infecção perinatal pelo vírus Zika<sup>(2)</sup>.

A infecção perinatal pelo vírus Zika esteve relacionada a resultados adversos da gravidez, especialmente microcefalia e outras anomalias cerebrais graves como deficiência intelectual, alterações oftalmológicas e auditivas e epilepsia<sup>(3-4)</sup>.

Um diagnóstico de malformação congênita fetal representa uma dor e um choque emocional intensos para as mães, dado o apego pré-natal<sup>(5)</sup>. Tal diagnóstico também gera muitas perdas e um profundo sentimento de preocupação nos pais, e os que decidem continuar com a gravidez não só vivenciaram a perda de uma criança sadia e seu futuro previsto, mas também a perda de uma gravidez feliz<sup>(6)</sup>. No caso de uma gestação com diagnóstico de malformação congênita por infecção perinatal pelo vírus Zika, o futuro se torna incerto para os pais; reconhecendo-se reações primárias de angústia, culpa, indecisão e vergonha; para posteriormente experimentar-se uma reação de negociação, aceitação e adaptação diante da nova condição<sup>(7)</sup>.

Na cidade de Neiva, um fato particular foi a decisão de um grupo de mulheres que, apesar de terem recebido informações sobre as condições em que nasceriam seus filhos e o impacto que isso traria na qualidade de vida dos menores e das famílias, tomaram a decisão de não interromper a gestação. Tal situação ocorreu mesmo considerando a opção do aborto legal em caso de malformações fetais oferecida pela Sentença C-355 de 2006<sup>(8)</sup> e a recomendação da Organização Mundial da Saúde de prover o acesso ao aborto seguro em caso de microcefalia suspeita ou confirmada causada por infecção perinatal pelo vírus Zika<sup>(9)</sup>.

Este estudo tem como objetivo compreender a influência das crenças religiosas na decisão de um grupo de mulheres residentes no Departamento de Huila de continuar a gestação apesar da infecção perinatal pelo vírus Zika.

## Método

Optamos por uma etnografia focalizada, desenho pelo qual se pretende prestar atenção nos pequenos elementos e atividades em que as pessoas se envolvem, e que é particularmente útil para obter informações sobre um tema particular, cujo objeto de estudo é limitado a pequenos grupos sociais. A etnografia focalizada se caracteriza por perguntas de pesquisa focadas, visitas de campo a curto prazo e intensidade na coleta e análise dos dados<sup>(10)</sup>.

O estudo foi realizado durante o ano de 2018 na cidade de Neiva, capital e município mais importante do Departamento de Huila (Sul da Colômbia). Devido aos fatores geográficos e climáticos dessa região, existe a circulação do vírus Zika<sup>(11)</sup>. Participaram 21 mulheres que, entre 2015 e 2016, apresentaram infecção perinatal pelo vírus Zika e cujos filhos nasceram com microcefalia congênita e outras alterações neurológicas relacionadas a esse evento infeccioso. As 21 participantes fazem parte de um grupo de apoio e da Associação "Hijos del Zika: Milagro de Dios" ("Filhos do Zika: Milagre de Deus").

Todas as mulheres eram maiores de 18 anos no momento da coleta das informações e desejaram participar voluntariamente do estudo. A idade do grupo variou de 18 a 37 anos (média 25 anos). Somente duas mulheres tinham formação universitária e quatro delas apenas o ensino primário; 18 se declararam desempregadas desde o nascimento dos seus filhos(as), e seis eram solteiras. Dezenove se declararam católicas e duas cristãs praticantes (Tabela 1).

O primeiro passo da pesquisa consistiu em contatar uma das líderes, que atuou como mediadora de campo<sup>(12)</sup> para a entrada no grupo, momento no qual as mulheres foram convidadas a participar do estudo, o que foi aceito por todas. Em meados de 2018, o grupo pesquisador se reuniu com as mulheres uma vez por mês, em seis ocasiões, para criar e fortalecer o grupo de apoio das mulheres. Por meio de diversas atividades grupais, os encontros do grupo de apoio se concentraram nas narrativas das mulheres sobre as experiências durante a gestação, o nascimento, a criação e o cuidado dos seus filhos. Estas reuniões tornaram-se um espaço pessoal para expressar e compartilhar medos e preocupações com outras mulheres que vivenciavam experiências semelhantes, bem como para construir uma identidade grupal que se estruturou em torno de uma "comunhão" em lugar da simples compreensão<sup>(13)</sup>. Além disso, buscou-se estabelecer um forte vínculo entre as pesquisadoras e as mulheres. Nesse espaço, foram coletados os dados entre os meses de setembro e dezembro de 2018.

A coleta das informações foi realizada pela pesquisadora principal, utilizando dois grupos de discussão e seis entrevistas individuais. A primeira técnica facilita a exploração das informações em profundidade por meio de percepções, experiências e atitudes de participantes que são selecionados para compartilharem experiências ou características semelhantes. Sua natureza conversacional permite uma interação dinâmica e sinergia entre os participantes, produzindo dados de grande riqueza<sup>(14-15)</sup>. A coleta das informações foi iniciada com essa técnica para realizar uma exploração inicial sobre o tema, a respeito do qual existe pouco conhecimento na literatura científica<sup>(15)</sup>.

Tabela 1 - Características das mulheres (n=21) participantes do estudo. Neiva, Huila, Colômbia, 2018 (n=21)

P*	Afiliação SGSSS†	Idade das Mulheres	Idade do filho‡	Nível educacional	Ocupação	Estado civil	Nº de filhos
1	‡C	29	23	Técnico	Professora de educação infantil	União livre	2
2	§C	30	27	Universitário	Professora de jardim da infância	Casada	1
3	S	18	27	Primário	Desempregada	Solteira	1
4	C	24	14	Ensino secundário	Desempregada	Casada	1
5	S	20	24	Primário	Desempregada	União livre	1
6	C	36	28	Ensino secundário	Desempregada	Casada	4
7	C	21	24	Ensino secundário	Desempregada	Solteira	1
8	S	19	24	Ensino secundário	Desempregada	União livre	1
9	C	19	27	Ensino secundário	Desempregada	União livre	1
10	C	20	24	Ensino secundário	Desempregada	Solteira	1
11	S	37	28	Universitário	Desempregada	Casada	3
12	S	31	29	Ensino secundário	Desempregada	União livre	1
13	S	23	26	Técnico	Desempregada	Solteira	1
14	S	25	22	Ensino secundário	Estilista	Solteira	2
15	S	25	24	Ensino secundário	Desempregada	Casada	2
16	S	30	26	Ensino secundário	Desempregada	Solteira	3
17	S	19	24	Primário	Desempregada	União livre	1
18	C	24	28	Técnico	Desempregada	União livre	2
19	S	24	18	Técnico	Desempregada	União livre	1
20	S	23	36	Ensino secundário	Desempregada	União livre	1
21	S	30	24	Primário	Desempregada	Solteira	4

\*P = Participantes; †SGSSS = Afiliação ao Sistema Geral de Segurança Social em Saúde; ‡C = Contributivo; §S = Subsidiado; ‖ = Idade em meses

Os grupos de discussão tiveram entre 60 e 90 minutos de duração e foram realizados a partir das seguintes perguntas: "Conte-nos o que você sentiu quando lhe informaram que seu filho poderia nascer com microcefalia" e "Como as suas crenças religiosas influenciaram na decisão de continuar com a gravidez?", possibilitando assim a discussão e a construção do discurso por parte das participantes.

Além disso, foram realizadas seis entrevistas semi-estruturadas individuais<sup>(16)</sup>, com duração média de 90 minutos cada uma, para ampliar, aprofundar e esclarecer os temas que surgiram nos grupos de discussão. As perguntas abordadas nas entrevistas partiram da análise dos grupos de discussão e as entrevistas foram realizadas até que não fossem obtidos dados novos ou que permitissem um maior aprofundamento no fenômeno em estudo; isto é, até se conseguir a saturação da informação<sup>(16)</sup>.

A coleta das informações foi realizada na Faculdade de Saúde da Universidad Surcolombiana. A coleta e a análise das informações foram realizadas simultaneamente. Os grupos de discussão e as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas nas 48 horas seguintes pelo grupo pesquisador após a anonimização das informações.

Foi utilizada a análise temática<sup>(17)</sup> para o tratamento dos dados, a qual é um método para

identificar, analisar e relatar padrões (temas) dentro dos dados, e que se adapta a uma ampla gama de interesses de pesquisa e perspectivas teóricas. Tal análise incluiu a familiarização com os dados, codificação, busca de temas, revisão de temas, além do ato de definir e nomear os temas.

A análise dos dados foi realizada pelos três pesquisadores que leram, em separado, as transcrições dos grupos de discussão e entrevistas, bem como ouviram as gravações, quando surgiram dúvidas ou informações relevantes no conteúdo das transcrições para familiarização com os dados. A seguir, iniciou-se a codificação mediante uma nova leitura das transcrições, etiquetando-se os dados relevantes e excluindo-se os que não estavam relacionados ao objetivo proposto. Uma vez etiquetados os dados de interesse, iniciou-se a busca por padrões significativos, mediante a identificação de semelhanças com a constituição de quatro temas. Após uma nova revisão e discussão dos códigos, os temas foram reduzidos a três, os quais foram nomeados e organizados levando em conta o sentido dos discursos das participantes. O passo final foi a redação dos temas, o que implicou em tecer a narrativa analítica e as transcrições *verbatim* para dar conta desses temas de forma coerente e lógica. O programa ATLAS.ti 8 foi utilizado como apoio para a análise dos dados.

Uma vez elaborados os resultados, as participantes foram convidadas a revisá-los, e eles foram aceitos sem sugestões.

Durante o processo investigativo, foram respeitados os critérios de rigor metodológico<sup>(18)</sup>, a fim de zelar pela qualidade metodológica da pesquisa: credibilidade, auditabilidade e transferibilidade. Levaram-se em conta todos os aspectos éticos propostos pela Resolução Colombiana 8430 de 1993<sup>(19)</sup>. Obteve-se o aval do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidad Surcolombiana (Ata 003/20 de abril de 2018), garantiu-se a confidencialidade dos dados e o anonimato das participantes e todas assinaram o consentimento informado.

## Resultados

Três temas surgem a partir dos discursos, por meio dos quais as mulheres justificaram a decisão de continuar suas gestações: "Deus: por que comigo?", "Apegar-se a um milagre divino", e "Era a vontade divina".

"Deus: por que comigo?". O diagnóstico inicial se tornou uma notícia dolorosa e perturbadora, para a qual as mulheres afirmaram não estar preparadas. Escutar pela primeira vez o termo "microcefalia" as desconcertou, assim como as condições em que seus filhos viveriam caso nascessem. Isso é narrado da seguinte forma por uma delas: (...) *eu cheguei normal, contente, fui até feliz porque ia ver o bebê outra vez na ecografia (...) quando a cara do médico, ele fez uma cara meio de lamento... Meu médico: O que houve? Então ele disse: "Espere um pouquinho" (...). "Mãezinha, possível microcefalia" e eu: Microcefalia? Eu não sabia nada! E eu: doutor, o que é isso? Pois eu vi a cara dele e disse: Não, isso é ruim! (...) fiquei fria como gelo, com vontade de chorar. E claro, quando me explica que é um dano cerebral, que a criança tinha duas semanas de atraso na cabeça* (Grupo de discussão P3).

A notícia destruiu o sonho das mulheres de ter um filho sadio. Entre a dor e a culpa, apenas no início, se questionaram se haviam feito algo mau em suas vidas e reclamaram ao seu Deus por que isso estava acontecendo com elas, se sempre haviam tido bom comportamento. Também consideraram que era injusto, já que desejavam esse filho e contavam com as condições para cuidar dele. A isso se somaram outros eventos em suas vidas pessoais, como o anseio pelo primeiro filho ou pelo primeiro filho homem, e a perda de outras gestações e o tempo de espera e preparação para uma nova gravidez.

*No início eu disse: Mas por que comigo? O que eu fiz? Se eu sempre busco fazer bem as coisas... E eu dizia: O que eu fiz? Um ano antes tinha perdido uma bebê de 5 meses, por placenta prévia, então já tinha uma dor maior, que é a perda de um*

*bebê, e para piorar me acontece essa outra situação... (Grupo de discussão P7).*

"Apegar-se a um milagre divino". Apesar da confirmação do diagnóstico, as mulheres não perderam a fé. Pelo contrário, se apegaram a Deus e lhe imploraram por um milagre, para que seus filhos nascessem sadios e sem microcefalia; e, caso isso não fosse possível, que não tivessem outras malformações congênitas ou falecessem ao nascer: (...) *comecei a me apegar à fé... Há um Deus e, sim, os milagres existem!* (Grupo de discussão P1).

Esperançosas por um milagre, reafirmaram e fortaleceram a fé em seu Deus e mantiveram a confiança de que o diagnóstico inicial fosse um erro. Isso fez com que elas e suas famílias desenvolvessem diversas práticas religiosas: participação em cultos, pagamento de promessas, ações de caridade a pessoas mais necessitadas e busca de apoio com líderes religiosos.

(...) *eu me apeguei muito em Deus e na Virgem... me aproximei de dois sacerdotes, eles fizeram muita oração no ventre para minha filha (...); fiquei em oração, todos juntos, eu não deixei de rezar o rosário nem um só dia da gravidez (...)* (Grupo de discussão P18).

Manter viva a esperança de um filho sadio também foi a resposta a um diagnóstico ao final da gestação, entre os 6 e os 8 meses, e ao fato de que até aquele momento nenhum exame diagnóstico havia relatado alterações no feto. As mães já haviam visto seus filhos nas ecografias e escutado os seus batimentos; e tinham um forte laço com eles. Assim, mantinham a esperança da possibilidade de um erro no diagnóstico médico.

*Eu fui a consultas de pré-natal, estava tudo bem. Fiz 3 ecografias de detalhe e estava tudo bem (...). Já com 8 meses, na última ecografia, vi que, quando apareceu a imagem, a cabeça estava menor que o corpo* (Entrevista individual P3).

Por outro lado, era inconcebível para as mulheres relacionar a condição com a qual seus filhos nasceriam como o resultado da picada de um mosquito que transportava um vírus. Era-lhes impossível compreender como algo tão "pequeno e insignificante" podia causar tantos problemas: *Meu Deus: Como que um bichinho? Como um mosquito pode causar tantos problemas? Não conseguimos imaginar as coisas que acontecem! Ainda assim se pergunta: Como? Por quê?* (Grupo de discussão P2).

Manter viva a esperança de um milagre levou-as a não aceitar o diagnóstico médico inicial e por isso percorreram uma longa e dura trajetória em busca de outras respostas, diferentes da inicial, e que lhes confirmassem que era um erro médico. Isso implicou em novos exames e outras opiniões médicas, bem como gastos de tempo, esforços e recursos econômicos.

(...) *me disseram [médicos]: "Vamos reunir uma junta para realizar o procedimento" Procedimento de quê? "Não, é que vamos interromper essa gravidez [médicos]. Vamos o quê!? Eu disse: Não! Foi aí que começou a luta, de médico em*

médico. *Gastei até o que não tinha indo a todos os especialistas, nutrindo uma possibilidade. Quem pode me assegurar que os médicos não estão errados?* (Grupo de discussão P6).

*"Era a vontade divina"*. Depois do devastador diagnóstico e da busca por outras respostas diferentes, que não obtiveram, restou às participantes apenas aceitar, resignar-se e respeitar a vontade divina: (...) *era a vontade de Deus que viesse assim* (Entrevista individual P4).

Por isso não contemplaram a opção de interromper sua gestação: *Ninguém está acima de Deus! O único que tem direito de tirar a vida de seus próprios filhos é Deus, aquele que os criou* (Grupo de discussão P15). Essa afirmação foi o argumento mais forte das mulheres para recusar, e nem sequer considerar, a opção do aborto. A maioria das famílias, por ser crente, apoiou a decisão.

Por isso não levaram em consideração a dura descrição dos médicos, psicólogos e assistentes sociais sobre as condições em que seus filhos viveriam: atraso psicomotor, problemas de saúde ocasionados por outras malformações, síndrome convulsiva, entre outras, que afetariam de forma importante a qualidade de vida dos menores. Foi importante apenas o argumento de que Deus havia enviado a criança e que seu nascimento era parte de um propósito divino que apenas Ele lhes revelaria com o tempo, no *tempo de Deus* (Entrevista individual P2).

(...) *me confirmam que efetivamente estamos diante de um caso de microcefalia pelo vírus Zika. Contam [os médicos] para nós mais ou menos o que estávamos enfrentando (...) não só de microcefalia, mas também de possíveis malformações (...) a possibilidade de que chegasse a ser cega, de que tivesse apenas 24 horas de vida... inclusive que morresse antes de nascer. Ou seja, a todo momento foram só más notícias, só coisas negativas... não falaram de nada positivo. Então, obviamente, tínhamos o direito de dizer se queríamos interromper a gravidez (...) e então, obviamente, meu esposo e eu não tínhamos nada que pensar (...) se Deus havia decidido mandar ela assim ao mundo, algum propósito teria para ela e para nós* (Entrevista individual P2).

Na lógica do discurso da vontade divina, interromper a gestação também significava violar um dos mandamentos divinos: "Não matarás".

(...) *um médico também me disse o mesmo [interromper a gestação]. Então esse dia já me deu raiva e assim eu disse para ele que eu ia continuar, que eu ia ter o [filho], eu ia ter ele, mas que eu não queria que voltassem a me dizer isso. Que se [filho] ia morrer, que morresse porque Deus quis, não porque eu ia matar meu filho* (Entrevista individual P1).

Apesar disso, os profissionais de saúde que as atenderam insistiram em várias ocasiões na opção de interromper a gestação. De fato, várias mulheres relataram que se sentiram questionadas por sua decisão de continuar a gestação. Além disso, também se sentiram pressionadas diante do que elas consideraram

insistência "demasiada" e explicações "excessivamente" cruas sobre a condição em que seus filhos nasceriam e as condições de saúde em que viveriam, bem como as diferentes problemas pessoais, econômicos e sociais que isso traria para suas vidas e as de seus parceiros e de suas famílias.

*Aos seis meses, a psicóloga me dizia que ele [filho] ia ser um vegetal, que se eu ia ter outro bebê não podia ter porque precisaria dedicar meu tempo para o [filho] (...) então a única coisa que eu disse para eles foi que era eu quem ia cuidar (...) que eu, em nenhum momento, ia chamar eles para me ajudar a cuidar dele. Eu continuei com a gravidez (...)* (Grupo de discussão P3).

A decisão de continuar com a gestação apesar das sugestões de não fazê-lo, além disso, respondeu ao argumento das mulheres de que essa era uma decisão que só cabia a elas, aos seus parceiros e a Deus. Para duas delas, outra razão foi sentir que a gestação era uma resposta de Deus ao pedido de perdão por erros cometidos no passado, como a interrupção de uma gravidez ou não desejar o nascimento de um filho.

Por fim, consideraram que, assim como Deus lhes enviou filhos com essa condição, também lhes enviaria os meios econômicos, emocionais e humanos para seu cuidado e sustento. Por isso, as mulheres estavam dispostas a realizar todo tipo de sacrifício pelo filho que Deus lhes concedia.

## Discussão

Para a maioria dos casais, a gravidez é uma experiência de felicidade pela espera de um filho sadio. Um diagnóstico tardio de anomalia fetal é um fato incomum, algo que é inesperado e traumático e aquelas que o vivenciam consideram o evento extremamente difícil. Da mesma forma, representa um desafio no processo de tomada de decisão sobre continuar a gestação ou não, especialmente depois que há viabilidade fetal ( $\geq 24$  semanas)<sup>(20)</sup>.

A literatura científica mostra como a notícia de uma malformação fetal é impactante e dolorosa para as mulheres e seus parceiros. Tomar a decisão de interromper a gestação é um processo complexo e difícil, que envolve múltiplos fatores que estão além do diagnóstico médico. Infelizmente, a maioria dos estudos sobre o tema provém de países desenvolvidos, com condições econômicas e sociais diferentes das do contexto colombiano, e onde há uma aceitação social do aborto. Esses estudos evidenciam como a decisão mais frequente é a de interromper a gestação, para a qual as mulheres buscam outras opiniões médicas, e também a de seus familiares e de pais de filhos com a mesma anomalia fetal diagnosticada. A decisão é baseada nas preocupações com o futuro, o tipo de deficiência, a qualidade de vida e possíveis sofrimentos

do filho por nascer, assim como na carga que implicaria para seus famílias o cuidado desse filho<sup>(6,21-26)</sup>.

Entretanto, no contexto colombiano, a situação é diferente e uma possível resposta é a forte presença da Igreja Católica e de Igrejas Evangélicas de diferentes denominações. Esse é um elemento central para compreender a decisão das participantes do estudo de continuar a gestação, apesar da evidência de microcefalia, das recomendações dos profissionais de saúde de não fazê-lo, e da opção legal de interromper a gestação. Assim, os discursos das mulheres demonstraram o peso da religiosidade e das crenças religiosas em suas decisões.

A religião permite às pessoas atribuir um significado às suas crenças, experiências e práticas em diferentes situações da vida<sup>(27)</sup> e a religiosidade é um meio pelo qual os indivíduos expressam sua espiritualidade, pela adoção de valores, crenças e práticas rituais que respondem às principais perguntas sobre a vida e a morte<sup>(28)</sup>. Por outro lado, as crenças religiosas podem ajudar as pessoas a chegar a um acordo sobre os diferentes problemas em suas vidas e muitas vezes levam à aceitação da adversidade guiada por uma força maior que dirige a própria vida<sup>(29)</sup>.

Vários autores explicam que a religiosidade e as crenças religiosas, embora sejam difíceis de definir para as pessoas, são uma necessidade, ajudam a compreender o significado e a encontrar um equilíbrio da vida; são uma fortaleza e um recurso para enfrentar as crises<sup>(28)</sup>. Assim, esses dois aspectos se configuram como fortes determinantes para continuar a gravidez apesar dos resultados de um diagnóstico de malformação congênita pré-natal, em decorrência da proibição religiosa de interromper a gravidez, do fatalismo religioso como uma razão para continuá-la e da sensação de ajuda que as crenças religiosas oferecem às mulheres para manter o otimismo com relação à sua gestação e à saúde do filho por nascer<sup>(30)</sup>.

Escassos estudos documentaram a religiosidade e as crenças religiosas como determinantes nas mulheres e em seus parceiros para continuar a gestação apesar de um diagnóstico de malformações congênitas do feto. Isso é influenciado pela proibição religiosa de interromper a gravidez, como sinônimo de matar e gerador da culpa feminina; a crença de que os filhos são um presente de Deus; a convicção na morte natural e não provocada do filho por nascer; o reconhecimento do feto como pessoa e a esperança na cura da anomalia<sup>(5,20,30)</sup>. Na Colômbia, a opção do aborto gera conflitos nas mulheres, pela preocupação com o destino da alma do embrião ou feto e das mulheres, transformando-o em sinônimo de matar, pecado, condenação ao inferno e estigma<sup>(31)</sup>.

Por sua vez, a religiosidade e as crenças religiosas se tornam um mecanismo de enfrentamento diante das

situações difíceis e minimizam os efeitos do estresse na vida, aumentando a autoestima ou o sentido de autoeficácia e a abertura ao apoio social<sup>(32)</sup>.

Apesar das limitações deste estudo, que se referem ao tamanho da amostra, à não inclusão dos parceiros das mulheres e dos profissionais de saúde na amostra, e ao fato de que os resultados estão circunscritos a uma região da Colômbia, segundo nosso conhecimento, este estudo se torna o primeiro a trazer as vozes das mulheres que decidiram continuar a gestação diante de um diagnóstico de microcefalia congênita relacionado à infecção perinatal pelo vírus Zika, contribuindo na compreensão da complexidade e dos desafios que as mulheres enfrentaram.

Este estudo também contribui para a compreensão do peso que têm a religiosidade e as crenças religiosas na tomada de decisão das pessoas em relação aos processos de saúde, doença, e práticas de cuidado. Esse conhecimento é imprescindível para que as enfermeiras prestem cuidados a partir de uma perspectiva holística dos sujeitos do cuidado, e para que este envolva uma maior compreensão da dimensão espiritual e sua importância para a saúde. Nesse sentido, chamam a atenção acerca da necessidade de levar em conta essas duas categorias no trabalho docente, investigativo e assistencial de Enfermagem.

## Conclusão

Este estudo mostra que a religiosidade e as crenças religiosas foram determinantes na decisão das participantes de continuar a gestação diante de uma malformação congênita como foi a microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika durante a gestação, apesar das informações e recomendações oferecidas pelos profissionais de saúde que as atenderam, e diante da possibilidade de interromper legalmente a gestação. A decisão das mulheres foi apoiada pelas suas famílias.

Faz-se necessário continuar com os esforços investigativos para aprofundar o estudo sobre a influência na saúde da religiosidade e das crenças religiosas em diferentes contextos sociais e grupos de pessoas.

Os resultados deste estudo estão circunscritos ao contexto de uma região colombiana; portanto, são necessários estudos futuros em outras diferentes regiões da América Latina onde houve o nascimento de menores com microcefalia durante as epidemias de 2015 e 2016. Da mesma forma, são necessários estudos sobre outros temas relacionados a essa população particular de mulheres, como as experiências na criação e cuidado e as formas de enfrentamento dos problemas derivados do nascimento de seus(suas) filhos(as), o que nos permitirá compreender as experiências e criar ações para o acompanhamento e apoio a partir dos cuidados de enfermagem.

## Agradecimentos

Os autores desejam expressar seu agradecimento às mulheres por compartilharem muito mais do que suas histórias de vida, e às professoras do Grupo de Pesquisa em Saúde e grupos vulneráveis do Programa de Enfermagem pelo apoio durante a coleta de informações.

## Referências

- Pacheco O, Beltrán M, Nelson CA, Valencia D, Tolosa N, Farr SL, et al. Zika virus disease in Colombia - preliminary report. *N Engl J Med*. 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1604037>
- Pan American Health Organization. Zika Cumulative Cases. 04 January 2018. [internet] [cited Nov 20, 2018]. Available from: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12390:zika-3](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12390:zika-3)
- Rasmussen SA, Jamieson DJ, Honein MA, Petersen LR. Zika virus and birth defects - reviewing the evidence for causality. *N Engl J Med*. 2016;374(20):1981-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMSr1604338>
- Petersen LR, Jamieson DJ, Honein MA. Zika virus. *N Engl J Med*. 2016;375(3):294-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1602113>
- Cote-Arsenault D, Denney-Koelsch E. "Have no regrets:" Parents' experiences and developmental tasks in pregnancy with a lethal fetal diagnosis. *Soc Sci Med*. 2016;154:100-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.02.033>
- Lou S, Jensen LG, Petersen OB, Vogel I, Hvidman L, Moller A, et al. Parental response to severe or lethal prenatal diagnosis: a systematic review of qualitative studies. *Prenat Diagn*. 2017;37(8):731-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pd.5093>
- Isa SNI, Ishak I, Rahman A, Mohd NZ, Che Din N, Lubis SH, et al. Health and quality of life among the caregivers of children with disabilities: A review of literature. *Asian J Psychiatr*. 2016; 23:71-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2016.07.007>
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 10 de mayo de 2006. [Internet] [Acceso 20 oct, 2018]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>
- World Health Organization. Zika virus research agenda. [Internet] 2016. [cited Nov 20, 2018]. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1063405/retrieve>
- Cruz EV, Higginbottom G. The use of focused ethnography in nursing research. *Nurse Res*. 2013;20(4):36-43. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/nr2013.03.20.4.36.e305>
- Grillet ME, Ventura FD. Emergence of the Zika virus in Latin America and the control of *Aedes aegypti*. *Bol Mal Salud Amb*. [Internet] 2016; [cited 2018 Nov, 14];56(2):97-112. Available from: <http://boletinmsa.com/index.php/path/article/view/32/30>
- Hammersley M., Atkinson P. Etnografía: métodos de investigación. Barcelona: Paidós; 1994.
- Cipolletta S, Gammino GR, Francescon P, Palmieri A. Mutual support groups for family caregivers of people with amyotrophic lateral sclerosis in Italy: a pilot study. *Health Soc Care Community*. 2018;26(4):556-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12558>.
- Krueger RA, Casey M. Focus groups: a practical guide for applied research, 5th ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2015.
- Quinn BL, Fantasia HC. Forming focus groups for pediatric pain research in nursing: a review of methods. *Pain Manag Nurs*. 2017;19:303-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2017.07.002>
- Hernández R, Fernández C, Baptista LP. Metodología de la investigación. 6a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2014.
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualit Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Lincoln Y, Guba E. Naturalistic inquiry. Londres: Sage Editors; 1985.
- Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 8430 de 4 de octubre de 1993. [Internet] [Acceso 2 jul 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF19>
- Govender L, Ndjapa-Ndamkou C, Aldous C, Moodley J. A pilot study of women's experiences after being offered late termination of pregnancy for severe fetal anomaly. *Niger J Clin Pract*. 2015;18(7):71-6. doi: <http://dx.doi.org/10.4103/1119-3077.170825>
- Pitt P, McClaren BJ, Hodgson J. Embodied experiences of prenatal diagnosis of fetal abnormality and pregnancy termination. *Reprod Health Matters*. 2016;24(47):168-77. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.003>
- Bratt EL, Järholm S, Ekman-Joelsson BM, Mattson LA, Mellander M. Parent's experiences of counselling and their need for support following a prenatal diagnosis of congenital heart disease-a qualitative study in a Swedish context. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:171. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-015-0610-4>
- Hodgson J, McClaren BJ. Parental experiences after prenatal diagnosis of fetal abnormality. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2018;23(2):150-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.siny.2017.11.009>
- Carlsson T, Marttala UM, Mattsson E, Ringnér A. Experiences and preferences of care among Swedish immigrants following a prenatal diagnosis of congenital heart defect in the fetus: a qualitative interview study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):130. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0912-1>
- Pitt P, McClaren BJ, Hodgson J. Embodied experiences of prenatal diagnosis of fetal abnormality and pregnancy

- termination. *Reprod Health Matters*. 2016;24(47):168-77. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.003>
26. Werner-Lin A, Barg FK, Kellom KS, Stumm KJ, Pilchman L, Tomlinson AN, et al. Couple's narratives of communion and isolation following abnormal prenatal microarray testing results. *Qual Health Res*. 2016;26(14):1975-87. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1049732315603367>
27. Cantarino SG, Pinto JMdM, Fabião JAdSAo, García AMC, Abellán MV, Rodrigues MA. The importance of religiosity/spirituality in the sexuality of pregnant and postpartum women. *PloS One*. 2016;11(6):e0156809-e. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156809>
28. Torskenæs KB, Kalfoss MH, Sæteren B. Meaning given to spirituality, religiousness and personal beliefs: explored by a sample of a Norwegian population. *J Clin Nurs*. 2015;24(23-24):3355-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12962>
29. Villani D, Sorgente A, Iannello P, Antonietti A. The role of spirituality and religiosity in subjective well-being of individuals with different religious status. *Front Psychol*. 2019;10:1525. doi: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01525>
30. Gesser-Edelsburg A, Shahbari NAE. Decision-making on terminating pregnancy for Muslim Arab women pregnant with fetuses with congenital anomalies: maternal affect and doctor-patient communication. *Reprod Health*. 2017;14(1):49. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-017-0312-7>
31. Brack CE, RoCHAT RW, Bernal OA. "It's a race against the clock": a qualitative analysis of barriers to legal abortion in Bogotá, Colombia. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2017;43(4):173-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1363/43e5317>
32. Gopichandran V, Subramaniam S, Kalsingh MJ. Psycho-social impact of stillbirths on women and their families in Tamil Nadu, India-a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):109. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-018-1742-0>

Recebido: 29.07.2019

Aceito: 27.03.2020

Editora Associada:  
Lorena Chaparro-Díaz

**Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem**  
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

---

Autor correspondente:

Celmira Laza Vásquez

E-mail: [celmira.laza@usco.edu.co](mailto:celmira.laza@usco.edu.co); [celmira.laza@gmail.com](mailto:celmira.laza@gmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0002-3264-5837>