

DOSSIÊ



Vírus Zika e Direitos Reprodutivos

entre as políticas transnacionais, as nacionais e as ações locais

Layla Pedreira CARVALHO, *Universidade de São Paulo*

Neste artigo, discutimos como a definição transnacional da epidemia pressiona o formato das políticas adotadas internamente para lidar com os seus efeitos, destacando como fatores socioeconômicos - como raça e classe do maior grupo prejudicado pelo mosquito – têm impacto na forma como as políticas são propostas. Debateremos quatro questões: a formação de um discurso global em torno da epidemia do vírus da Zika, sobretudo os enquadramentos e discursos apresentados pela Organização Mundial da Saúde; os fatores socioeconômicos, o racismo ambiental que molda os grupos populacionais prejudicados pela epidemia; as políticas propostas durante a epidemia e voltadas para as mães e crianças infectadas pelo Zika durante a gravidez; e as ações realizadas por organizações dos movimentos feministas em Pernambuco. Quase dois anos após o início do surto, algumas políticas foram anunciadas, mas muito pouco foi feito para transformá-los em direitos para as mulheres e crianças. De mais evidente nesse processo de atribuição preferencial de atendimento às famílias de bebês com microcefalia é que o apelo midiático da epidemia, juntamente com a mobilização internacional em torno dela, o que pode gerar efeitos negativos em futuro próximo, dado que a tendência é de que com a redução do número de casos e a familiarização com a doença, a comoção social em torno deste vírus deixe de existir.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos Reprodutivos. Racismo Ambiental. Vírus Zika. Transnacionalismo, Interseccionalidade.



Introdução

"É muito assustador, estou preocupada que minha filha tenha microcefalia (...) Meu bairro é pobre e cheio de mosquitos, de lixo e não tem água corrente. Cinco dos meus vizinhos têm Zika".

Elisângela Barros, 2016¹ (tradução livre).

As preocupações de Elisângela Barros não são forjadas do nada. Em 29 de abril de 2015, epidemiologistas brasileiros da Universidade Federal da Bahia anunciaram a presença e circulação do vírus Zika no Brasil. Os médicos que primeiro divulgaram para a imprensa a circulação do vírus Zika são Gúbio Soares Campos e Sílvia Campos. Até então o arbovírus não era conhecido no país e tampouco a doença que ele causa. Por essa razão, durante 2014 e 2015, os médicos acreditavam que as pessoas contaminadas com o vírus Zika estavam, na verdade, apresentando um quadro alérgico, com manchas avermelhadas e prurido pelo corpo. A doença, transmitida pelo *Aedes Aegypti*, rapidamente se disseminou pelo sertão nordestino e causou, em 2015 um aumento do número de bebês nascidos com microcefalia no país. A relação entre a contaminação de mulheres grávidas pelo vírus Zika e o nascimento de bebês com microcefalia só foi comprovada cientificamente entre setembro e novembro de 2015, por estudos realizados por Adriana Melo e Melania Amorim no acompanhamento de gestantes e parturientes na Paraíba e em Pernambuco (DINIZ, 2016).

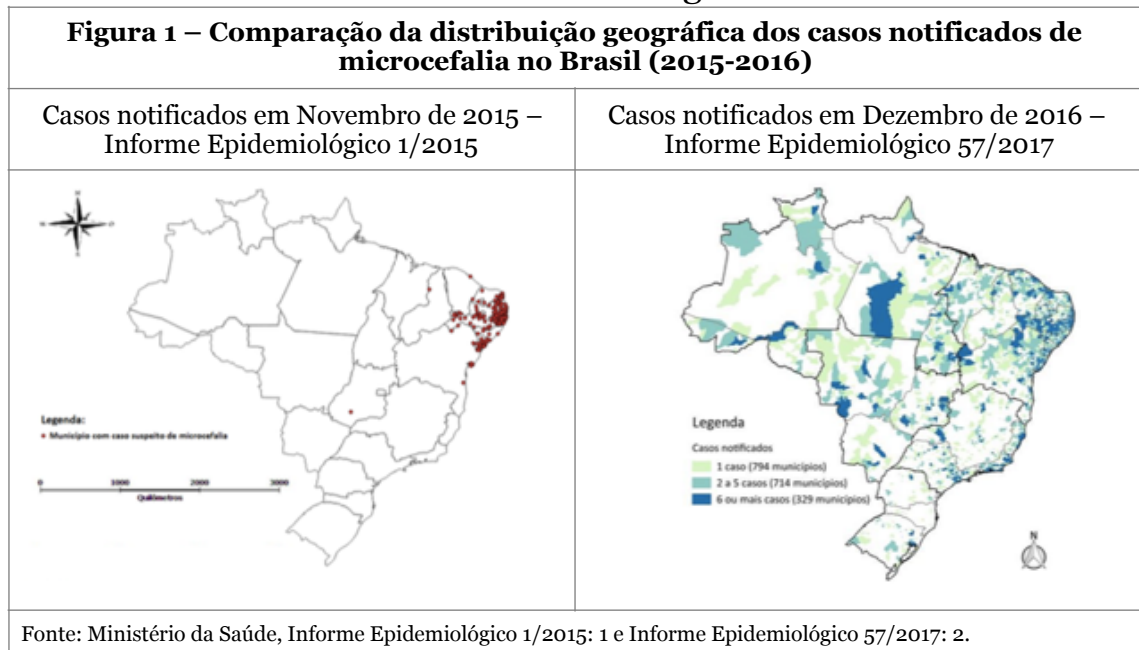
O Informe Epidemiológico 57 do Ministério da Saúde, divulgado no início de janeiro de 2017, com dados de dezembro de 2016, aponta 10.867 casos notificados de microcefalia no Brasil desde o início da epidemia em abril de 2015. Entre eles, 2.366 já estão confirmados e 3.183 casos ainda estão por confirmar². Conforme mostram os mapas na Figura 1, o padrão de distribuição dos casos

1 Disponível em: <http://www.reuters.com/article/health-Zika-brazil-pregnant-women-idUSKCN0VA1D1>. Acesso em 14/5/2016.

2 O Ministério da Saúde tem classificado os casos de microcefalia em notificados, em investigação e descartados. Os casos notificados são todos aqueles que as unidades de saúde atendem e têm desconfiança de que se trate de caso de microcefalia. Os casos em investigação são os que estão sendo submetidos a exames diversos (de sorologia, de imagem, de medição do perímetro cefálico, entre outros exames para determinar a razão da contaminação e confirmar se os casos são originadas por uma infecção congênita do vírus Zika. Os casos confirmados são aqueles em que os exames apontam para microcefalia associada à contaminação pelo vírus da Zika..

notificados de microcefalia mudou bastante entre o primeiro e o último Informe Epidemiológico: a epidemia passou de casos concentrados na região Nordeste do país para notificações de microcefalia disseminadas em todas as regiões.

Figura 1 – Comparação da distribuição geográfica dos casos notificados de microcefalia no Brasil (2015-2016)



No entanto, como mostram a Tabela 1 e a Figura 2, o Nordeste ainda é a região onde os casos confirmados são mais comuns e disseminados (75,4% dos municípios da região têm casos confirmados de microcefalia). A Região Nordeste possui quase 65% do total dos casos notificados no país. Dos casos confirmados de microcefalia, 76,2% estão no Nordeste. Bahia e Pernambuco são os estados mais afetados, respectivamente com 18,3% e 17,2% do total de casos confirmados do país. Elisângela Barros, citada na epígrafe, vive em Recife, uma das cidades mais afetadas da região.

A Tabela 1 aponta para o rápido crescimento dos casos notificados de microcefalia. Em 2016, houve um aumento de quase 160% no total de casos relatados: de 4.180 casos em janeiro para 10.867 casos em dezembro. Surpreendentemente, a maior parte dos casos é totalmente descartada, embora os fatores observados pelas autoridades de saúde determinem apenas ausência de microcefalia e não necessariamente todos os outros transtornos relacionados à

síndrome congênita do Zika³. Em dezembro de 2016, 48,4% (5.269 casos) foram descartados após as equipes médicas considerarem calcificações cerebrais, alterações ventriculares, exames laboratoriais de imagem e sangue.

Em junho de 2016, uma nova descoberta sobre os casos descartados alarmou quem está acompanhando a epidemia no Brasil. À medida que as crianças crescem, embora não tenham mostrado nenhum sinal de microcefalia enquanto são recém-nascidas, começam a ter convulsões e dificuldades para ver, aprender, ouvir, falar, andar e brincar (FREITAS et al, 2016). O que médicos, cientistas, ativistas e mães têm aprendido é que ainda há muito trabalho a ser feito para conhecer a epidemia e seus efeitos sobre a vida de adultos e crianças. Assim, a ideia de descartar casos como menos complicados do que outros é uma forma no mínimo problemática de diminuir as estatísticas do tamanho da epidemia e das políticas que são necessárias para resolver os problemas que ela trará para o país em um futuro próximo: como o acesso inclusivo a creches e a escolas, o acompanhamento médico multidisciplinar e a inclusão em transportes, mercado de trabalho.

Figura 2 – Distribuição dos casos confirmados de microcefalia



Fonte: Informe Epidemiológico n. 57/2017 (2017: 2).

3 A síndrome congênita do vírus Zika está relacionada ao padrão das calcificações que a infecção provoca no sistema nervoso central dos bebês. Diferentes pesquisas demonstram que a severidade dessas calcificações é bastante específica quando se trata de infecção pelo vírus Zika.



Tabela 1 – Total acumulado de casos de microcefalia (2015-2016)

Total acumulado de casos notificados de microcefalia e/ou alterações do SNC sugestivos de infecção congênita em fetos, abortamentos, natimortos ou recém-nascidos (2015 e 2016)

Brasil e Grandes Regiões	Semana epidemiológica 3/2016						Semana epidemiológica 52/2016					
	Total		Municípios com casos notificados		Municípios com casos confirmados ¹		Total		Municípios com casos notificados		Municípios com casos confirmados ¹	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil	4.180	100	830	100	270	100	10.867	100	1.837	100	751	100
Centro-Oeste	227	5,4	39	0,9	0	0	716	6,6	129	7	52	6,9
Nordeste	3.607	86,3	661	15,8	268	99,2	7.023	64,6	1.047	57	566	75,4
Norte	94	2,2	41	1	0	0	550	5,1	169	9,2	40	5,3
Sudeste	240	5,7	80	1,9	1	0,4	2.324	21,4	376	20,5	74	9,9
Sul	12	0,3	9	0,2	1	0,4	254	2,3	116	6,3	19	2,5

Fonte: Ministério da Saúde, Informe Epidemiológico 10/2016: 1 e 57/2017: 2. Elaboração própria.

No que se refere especificamente às mulheres, os dados divulgados pelo Ministério da Saúde ainda não estão desagregados por sexo ou raça, o que representa um desafio para compreender plenamente a incidência da doença em diferentes grupos de mulheres. No entanto, dada a importância dos determinantes socioeconômicos na incidência de morbidades e mortalidade (LESSER e KITRO, 2016), debateremos a relação entre a situação de abandono, enfrentada principalmente por mulheres pobres, durante este surto de vírus Zika como consequência relacionada às recentes mudanças nas políticas de saúde para as mulheres no Brasil. Argumentamos que a adoção do paradigma de assistência à saúde materno-infantil no Brasil desde 2011, com o programa Rede Cegonha, e o foco no nascimento e mortalidade materna enfraquecem as políticas de saúde para as mulheres e aumentam os obstáculos ao acesso ao planejamento reprodutivo. Ao mesmo tempo, essa falta de políticas públicas permite que organizações locais de defesa de direitos às mulheres, tenham acesso a fundos locais e internacionais para financiar ações diversas e que englobem outras perspectivas da epidemia, sobretudo quando se trata da assistência à saúde das mulheres e o planejamento reprodutivo. Nesse sentido, podemos apontar que a



ausência de políticas públicas que tratem de maneira eficiente o problema permite que iniciativas locais com apoio transnacional avancem na perspectiva dos direitos reprodutivos.

Neste artigo, discutimos se e como a definição transnacional da epidemia pressiona o formato das políticas adotadas internamente para lidar com os seus efeitos, destacando como fatores socioeconômicos – como raça e classe do maior grupo prejudicado pelo mosquito – têm impacto na forma como as políticas são propostas. Os dados aqui apresentados foram coletados como parte de nossa pesquisa de doutoramento em Ciência Política. A pesquisa ampla lida com as os debates transnacionais em nível intergovernamental e do movimento de mulheres no Brasil que permeiam as mudanças das políticas de saúde para as mulheres entre o lançamento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 1984, e as primeiras reações à epidemia do vírus Zika.

A pesquisa sobre o vírus Zika utilizou-se de análise de documentos, entrevistas e observação participante. A análise documental consistiu na coleta e análise das declarações de agências das Nações Unidas, dos documentos das políticas desenhadas pelo governo brasileiro, dos dados divulgados pelo Ministério da Saúde e das campanhas em defesa dos direitos reprodutivos produzidos por organizações de mulheres. A observação participante foi conduzida na região metropolitana de Recife entre setembro e novembro de 2016. Em Recife visitamos os bairros Boa Viagem, Várzea, Brasilit e Arruda. Em Goiana, os distritos de Ponta de Pedras, Tejucupapo, São Lourenço, Catuama e Barra de Catuama. Durante esse período, acompanhamos a atuação de quatro organizações de mulheres em torno dos direitos reprodutivos das mulheres em regiões afetadas pelo vírus Zika. Neste trabalho falaremos apenas da campanha conduzida pelo Grupo Curumim: gestação e parto.

O artigo está organizado em quatro seções após esta Introdução. Na primeira seção, apresentamos a formação de um discurso global em torno da epidemia do vírus da Zika, sobretudo os enquadramentos e discursos apresentados pela Organização Mundial da Saúde. Na segunda seção, discutimos os fatores socioeconômicos, o racismo ambiental que molda os grupos populacionais prejudicados pela epidemia no Brasil. Na terceira seção, descrevemos as políticas propostas pelo governo brasileiro durante a epidemia e voltadas para as mães e crianças infectadas pelo Zika durante a gravidez. Na quarta, apresentamos a



campanha do Grupo Curumim – Gestação e Parto em torno da promoção dos direitos reprodutivos das mulheres no contexto de arboviroses.

A epidemia em perspectiva transnacional

Em 10 de fevereiro de 2016, Dra. Margaret Chan, diretora geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), decretou a epidemia do vírus Zika como uma emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII). As principais implicações da ESPII, de acordo com Deisy Ventura (2016), são o auxílio na captação de recursos internacionais e a oferta de apoio aos Estados, o que permite ações globalmente coordenadas em torno da epidemia. Para fazê-lo, Chan reuniu um Comitê de especialistas, formado por 18 epidemiologistas, para aconselhá-la sobre as medidas a serem tomadas, após o Brasil ter informado à OMS a situação dos casos de microcefalia relatados pelo estado de Pernambuco em outubro de 2015. Na Declaração da emergência, Dra. Chan afirmou a necessidade de que esforços coordenados fossem realizados pelos países, com vistas a desenvolver ações de combate ao vírus e aos mosquitos, como pode ser visto no excerto abaixo:

“Eu estou agora declarando que o recente cluster de casos de microcefalia e outros distúrbios neurológicos reportados no Brasil, ocorrido após um cluster semelhante na Polinésia Francesa, em 2014, constitui uma *emergência de saúde pública de importância internacional*.

Uma *resposta internacional coordenada* é necessária para melhorar a vigilância, a detecção de infecções, malformações congênitas e complicações neurológicas, para intensificar o *controle de populações de mosquitos*, e para acelerar o desenvolvimento de *testes de diagnóstico e vacinas para proteger as pessoas em risco, especialmente durante a gravidez*” (Declaração de Margaret Chan, 1/2/2016, grifos nossos).⁴

4 Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4991:organizacao-mundial-da-saude-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional&Itemid=816 . Acesso em 29/3/2017.



Entre as razões apontadas para decretar a situação de emergência ressaltam-se os casos nas Ilhas Yap⁵ e na Polinésia Francesa (2007 e 2014, respectivamente), em que foram detectados casos de microcefalia em bebês e o desenvolvimento da Síndrome de Guillain-Barré entre adultos. O Comitê que aconselhou a Direção Geral da OMS entendeu que a epidemia do vírus Zika poderia tornar-se um problema global caso não se tomassem ações que restringissem sua capacidade de acometer pessoas e de circular no globo.

Em fevereiro de 2016, a OMS lançou uma estratégia global para lidar com a emergência e coordenar esforços para lidar com a epidemia. A estratégia está desenhada no documento *Zika: strategic response framework & joint operations plan*. Esse documento foi atualizado em julho e em outubro, diante de novas descobertas sobre formas de transmissão (a transmissão sexual e por outros fluidos corporais) e o fim da emergência de saúde pública, respectivamente. Em todos os documentos a evolução da epidemia é descrita, desde o primeiro caso em 1947, em Uganda, até o Brasil e as Américas em 2015/2016.

No documento, a estratégia escolhida é dividida em três eixos principais: vigilância, resposta e pesquisa. O eixo de vigilância diz respeito à produção de dados sobre as pessoas infectadas pelo vírus, as más-formações congênitas e o desenvolvimento de síndromes neurológicas. O de pesquisa, visa a investigar casos de microcefalia ou de má-formação e promover o desenvolvimento de vacinas e tratamentos para a doença. O eixo de resposta é que possui um espectro mais amplo de ações, que prevê desde o controle do mosquito à mobilização comunitária, passando pela garantia dos direitos das mulheres grávidas. As áreas com maior aporte de recursos são a de ‘engajamento da comunidade’ e ‘cuidados para as pessoas mais afetadas’. Diferentemente do governo brasileiro, a política de controle de vetor não é o destaque das ações propostas na estratégia global proposta pela OMS.

Apesar de os países com o maior número de casos estarem concentrados nas Américas, há casos relatados de microcefalia em diferentes continentes. A difusão do número de casos reforça o caráter global da epidemia e o caráter transnacional do desafio a ser

⁵ Nas Ilhas Yap, 70% da população de mais de 11 mil habitantes foi contaminada pelo vírus da Zika (OMS, 2016).



enfrentado em relação às consequências deixadas pela infecção causada pelo vírus, tal como alerta o documento final do Comitê de Especialistas da OMS. No entanto, as magnitudes do número de casos de microcefalia no Brasil assim como a rapidez de disseminação dos casos causam estranheza e levam às óbvias perguntas: o que fez que a epidemia alcançasse esta magnitude no Brasil? O que foi feito para o controle da contaminação das pessoas no território brasileiro tanto pelo Estado quanto pela sociedade civil? Nas próximas seções debateremos alguns elementos que acreditamos são fundamentais para entender a epidemia e suas características no Brasil.

O racismo ambiental como fator explicativo da epidemia

“O Zika é mais um indicador de desigualdade que persiste no Brasil contemporâneo, mesmo após várias décadas de democracia” (LESSER e KITRO, 2016: 167).

“De forma simplificada, pode-se situar que os riscos decorrentes da insalubridade do meio afetam com maior intensidade as populações de menor status socioeconômico” (HELLER, 1998: 74).

O tratamento de esgotos, o abastecimento de água e a coleta de lixo são serviços quase universais em lares urbanos, mas estão menos disponíveis para as famílias lideradas por negras/os - homens e mulheres, ressaltando uma característica das desigualdades no país:

“A tendência geral é de redução das desigualdades no tempo. Além disso, certos serviços, como energia e coleta de lixo, não apresentam mais desigualdades de acesso expressivas. Esgotamento sanitário é o serviço de acesso mais desigual e apresenta ainda grandes diferenças entre grupos sociais diversos. Em período recente, as desigualdades continuam fortemente presentes em esgotos, abastecimento de água e ausência de banheiros” (MARQUES, 2015: 240).

Durante os meses em que visitamos casas em Pernambuco, o que pudemos presenciar é que as pessoas precisam acumular água em grandes e diversos reservatórios para enfrentar os longos períodos sem água nas torneiras (em alguns distritos de Goiana, o abastecimento de água acontece apenas uma vez na semana). Além dos problemas estruturais de abastecimento, a região está lidando

com uma seca nos últimos quatro anos. Há várias medidas paliativas sugeridas pelas agentes comunitárias de saúde para lidar com a água acumulada: ir até o posto e pedir a solução de hipoclorito para colocar no reservatório; colocar alguns peixes na água para que “eles não deixem as larvas crescerem”; cobrir os reservatórios com lonas e colocar elásticos para elas ficarem bem esticadas – o que reduz as chances de os mosquitos entrarem; deixar a casa limpa. As mulheres, em geral as mais afetadas pelo mosquito⁶ por desempenharem suas atividades predominantemente em casa, se indignam: “a casa fica limpa, mas veja a rua: a prefeitura deixa o lixo acumular e quer nos culpar pela epidemia do mosquito” (relatos de diferentes entrevistadas). A Figura 3, parte da publicação *Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia*, reproduz a ideia de que as rotinas de limpeza da casa estão vinculadas ao combate do mosquito e da microcefalia, uma abordagem higienista da epidemia e das doenças a ela associadas.

Figura 3 – “Sábado da faxina”



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. (2015). Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia.

O acesso a água tratada, coleta de lixo e esgotamento sanitário é determinado por condições socioeconômicas específicas, baseadas nas desigualdades perenes da sociedade brasileira. A exposição desproporcional de populações negras a fatores ambientais contaminantes foi definida na década de 1980 como **racismo ambiental** (ACSELRAD, 2002: 53) e remete à frase na epígrafe desta seção. As bases para a formação do conceito de racismo ambiental e do nascimento do movimento de justiça ambiental estão vinculadas

6 Segundo informações do Ministério da Saúde, 2/3 dos criadouros de mosquitos localizam-se em residências (Site do MS, Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/orientacoes-gerais/117-cuidados-casa-e-apartamento> . Acesso em 9/4/2017).



sobretudo à instalação de lixões e de outros estabelecimentos que lidam com poluentes próximos a áreas majoritariamente habitadas por populações negras e latinas nos EUA. Aqui, adotamos uma ampliação deste conceito, ao ressaltar que não apenas implantam-se políticas com externalidades negativas em regiões com um perfil racial específico, mas também que políticas públicas deixam de ser implementadas por fatores que remetem a esse mesmo perfil. Assim, o racismo ambiental faz que áreas marginalizadas das cidades, com populações majoritariamente negras e pobres, tendam a ter pior acesso a serviços públicos (menos escolas, hospitais, farmácias, praças e parques, espaços de lazer e cultura, iluminação pública, saneamento básico), o que gera uma reprodução de eventos negativos que impactam a capacidade de ruptura com a marginalidade historicamente imposta a esses grupos populacionais. Assim, a restrição de acesso a saneamento básico (acesso a água tratada, esgotamento sanitário e coleta de lixo) submete grupos populacionais específicos a diferentes epidemias ao longo do tempo, epidemias que são tratadas, na maioria das vezes, unicamente como um problema de existência do vetor e não da falta de uma estrutura ambiental que favoreça as condições da saúde da população que habita nessas áreas.

O racismo ambiental, no caso brasileiro, pode ser entendido como um padrão recorrente das políticas públicas de saneamento básico na medida em que sistematicamente os mesmos grupos populacionais sofrem a falta de acesso a esses serviços. A separação entre as políticas de saúde e de saneamento básico põe em risco a saúde desses grupos na medida em que são sempre os principais expostos a quaisquer epidemias cujos vetores – como o mosquito *Aedes Aegypti* – usem a falta de saneamento como mecanismo de reprodução. No contexto da epidemia do vírus Zika, o racismo ambiental tem consequências relevantes no exercício do direito reprodutivo das mulheres negras. O Boletim Epidemiológico nº 37, volume 47, de 2016, ressalta a maior vulnerabilidade das mulheres grávidas à infecção pelo vírus Zika. O Boletim descreve a prevalência da contaminação pelo vírus Zika de mulheres em idade fértil e de mulheres grávidas, apresentando, diferente dos demais boletins, dados sobre raça/cor. As mulheres correspondiam a aproximadamente 68% dos casos prováveis de infecção pelo vírus Zika até a segunda semana de agosto de 2016. Dessas, 72,8% estavam em idade fértil. No mesmo período 16,9% das pessoas infectadas pelo



vírus eram mulheres grávidas. Sobre o registro do recorte racial da epidemia: em 58,7% dos casos o registro de cor/raça das mulheres não foi realizado pelas profissionais de saúde. Das mulheres com provável infecção pelo vírus Zika com registro de raça/cor, aproximadamente 64% são mulheres negras e mulheres negras em idade fértil. Entre as gestantes, 63,5% das provavelmente infectadas eram mulheres negras.

Quadro 1 – Reprodução parcial da “Tabela 2 – Distribuição dos casos prováveis de febre pelo vírus Zika em mulheres, mulheres em idade fértil e gestantes, segundo variáveis sociodemográficas, até a Semana Epidemiológica 32, Brasil, 2016” do Boletim Epidemiológico nº 37.

Variáveis	Mulheres (n= 132.068)		Mulheres Idade Fértil (n= 96.497)		Gestantes (n= 16.139)	
	n	%	n	%	n	%
Raça/cor da pele						
Branca	25.840	33,3	15.475	34,8	4.424	35,0
Preta	4.976	6,4	2.795	6,3	971	7,7
Amarela	895	1,2	479	1,1	161	1,3
Parda	45.423	58,6	25.598	57,5	7.042	55,8
Indígena	395	0,5	138	0,3	33	0,3
Total	77.529	100,0	44.485	100,0	12.631	100,0

Fonte: Boletim Epidemiológico nº 37, volume 47, de 2016, p. 5. Disponível em: http://combateacedes.saude.gov.br/images/pdf/Virus_Zika_perfil_epidemiologico_em_mulheres.pdf Acesso em 24/5/2017.

As políticas públicas de saúde durante a epidemia do vírus Zika: mais de 100 anos perseguindo mosquitos

“Se o mosquito pode matar, ele não pode nascer”

(Ministério da Saúde)

Em 12 de novembro de 2015, por meio da Portaria 1813/2015, o Ministério da Saúde declarou “emergência em saúde pública de importância nacional” (ESPIN). A declaração foi motivada pelo alerta feito pela Secretaria de Saúde de Pernambuco em 25 de outubro, dado o registro crescente de crianças nascidas com microcefalia naquele estado e a ainda não confirmada relação entre a infecção de gestantes pelo vírus do Zika e a microcefalia.

Entre os documentos publicados pelo governo federal em relação à epidemia destacamos a *Estratégia de Resposta ao vírus*



Zika e o combate ao mosquito transmissor, publicada em 11 de maio de 2016. É o documento com maior amplitude de ações previstas, maior diversidade de atores envolvidos e com abordagem mais gerencial quanto às medidas a serem tomadas em diferentes áreas. Grosso modo, as ações adotadas pelo Ministério da Saúde podem ser divididas em três tipos: **ações de controle do vetor** – o mosquito *Aedes Aegypti*; **ações de atendimento às crianças nascidas com microcefalia** e **ações voltadas para geração de informação e expertise**. Nesta seção apresentaremos as ações de controle do vetor e a abordagem do controle do mosquito em perspectiva histórica.

A iniciativa de “Combate” do mosquito estrutura-se em três pontos: estratégia de visitas, gestão de insumos para o combate do vetor e participação da sociedade. As campanhas de combate a epidemias, com ênfase voltada para o combate do mosquito datam do início do século XX, em que iniciativas de epidemiologistas brasileiros e financiamentos estrangeiros⁷ visavam a eliminar as epidemias de febre amarela e extingui-las das Américas e, posteriormente, do globo. As primeiras campanhas de combate ao mosquito vetor foram estabelecidas na cidade do Rio de Janeiro, no contexto de modernização da cidade, sob a liderança de Oswaldo Cruz, em 1904 e previam tanto o uso de fumigadores e o controle dos vetores com as visitas domésticas quanto a presença da polícia sanitária (MAGALHÃES, 2016: 73; LESSER e KITRON, 2016: 170).

Em larga medida, os métodos de combate ao vetor de transmissão dos vírus da Zika, dengue e Chikungunya ainda se parecem com os métodos desenvolvidos nas primeiras do século XX. Apesar de a OMS afirmar que “apenas esforços de controle do mosquito são pouco eficazes em promover solução de curto prazo para evitar a proliferação do vírus” (OMS, Junho/2016: 5, tradução livre)⁸, as ações desenhadas pelo governo brasileiro e voltadas para o combate do vetor da epidemia preveem a definição de visitas de inspeção e a distribuição de insumos para o combate das larvas. Dada

⁷ Rodrigo Magalhães (2016) detalha as relações transnacionais estabelecidas entre o governo brasileiro e a Fundação Rockefeller na formação de uma campanha continental para a erradicação do mosquito *Aedes Aegypti* ao longo do século XX, envolvendo a OMS e a OPAS, e voltadas para o controle da transmissão da febre amarela.

⁸ “Mosquito control efforts alone are unlikely to provide the short-term solution to prevent the proliferation of this virus” (OMS, JUN/2016: 5).



a necessidade de rapidez das iniciativas de combate ao mosquito e o número incipiente de profissionais nos serviços de saúde, a mobilização das Forças Armadas (sobretudo do Exército) é recorrente nas campanhas de combate ao mosquito⁹, o que nos remete à figura da polícia sanitária e à violência a ela vinculada por pessoas que têm suas casas inspecionadas.

Com as campanhas focadas no combate do vetor, o governo responsabiliza a população pela redução das doenças transmitidas pelo mosquito. A Figura 4 traz imagens de algumas campanhas publicitárias. Nelas podemos ver diferentes formas de salientar a necessidade de controlar o mosquito. No canto superior esquerdo, há uma referência comum aos lugares onde o mosquito pode ter um ambiente do propício para pôr seus ovos: lixo, frascos vazios, pneus velhos, telhado através, vasos de flor e tanques de água. No canto inferior esquerdo uma foto de um pneu velho sobre uma poça lembra que o lixo na rua também é uma fonte de risco. No canto superior direito, o mosquito em si é representado por uma mascote. Isso mostra quanta ênfase é dada ao mosquito na epidemia: ele foi metamorfoseado e é usado para alertar as pessoas do risco que ele mesmo representa. O canto inferior direito mostra uma peça muito interessante: focada nas características da epidemia em cada região do país, esta mostra as principais razões para a reprodução do mosquito. O cartaz diz: “Região Nordeste: 76% do foco do mosquito foram encontrados em barris e tanques de água. 63,2% dos municípios da Região estão em situação de alerta ou de risco”. O cartaz, no entanto, não problematiza porque tantas pessoas têm água acumulada em grandes quantidades.

⁹ Na epidemia atual, a participação das Forças Armadas é uma das diretrizes da Sala Nacional de Coordenação e Controle, responsável, entre outras coisas, por definir diretrizes, monitorar os procedimentos de combate ao mosquito *Aedes Aegypti* e coordenar as ações dos órgãos federais na disponibilização de recursos em geral, a Diretriz SNCC no 2/2105. Essa diretriz prevê o fornecimento de pessoal, transporte, comunicações e “outros tipos de apoio”.

Figura 4 – Campanhas do Ministério da Saúde para promover o controle do mosquito *Aedes Aegypti* (2015 e 2016)



Fonte: Página “Combate a dengue”, do Ministério da Saúde, no Facebook. Disponível em: https://www.facebook.com/pg/combataadengue/about/?ref=page_internal Acesso em 20/3/2017.

A ênfase dada ao mosquito torna-o conhecido das pessoas e em certa medida naturaliza a sua presença regular no país. Em resumo, a política praticada atualmente com foco no combate ao mosquito repete padrões da epidemiologia do início do século XX. Interessante é pensar como essa lógica de combate ao mosquito, que se tem mostrado insuficiente para combater o mosquito e sua proliferação, mais de 100 anos depois do início de sua implementação, é ainda apresentada como a principal alternativa para tratar das epidemias vinculadas ao vetor. Ao contrário do que se afirma, a epidemia do vírus Zika não é democrática e não afeta a todos os grupos sociais de forma igual. Como vimos na seção anterior, existe um processo histórico e sustentado que permite o



adoecimento de grandes parcelas da população. Esse processo tende a reforçar um ciclo vicioso de empobrecimento e adoecimento, uma vez que o acesso à saúde também é determinado pelas condições sanitárias em que as pessoas vivem.

Para além do mosquito. A atenção à microcefalia: políticas desenhadas para lidar com o impacto da epidemia nas famílias

Dado o surto inesperado da epidemia de Zika e a descoberta da relação entre a infecção por Zika e a microcefalia e a falta de políticas públicas voltadas para o atendimento da população deficiente no Brasil, não havia políticas específicas construídas para lidar com o problema. Entre as políticas desenhadas para atender as famílias de crianças com microcefalia, destacam-se a **Instrução Operacional Conjunta nº. 1 MS/MDS¹⁰**, a **Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia (EAR)¹¹** e as **Diretrizes de estimulação precoce**.

O plano de ação apresentado na Instrução Interministerial não traz muitas novidades na medida em que a maior parte do documento trata de repetir as medidas necessárias para o controle do vetor, dentro da concepção do eixo de ação chamado “Prevenção”. Entre as diferenças desse documento ressaltamos a abordagem para além da área de saúde, integrando a atenção da assistência social ao trabalho em relação à epidemia. Nesse sentido, apesar de haver a repetição da necessidade de informar a população sobre os meios de combate ao mosquito, das medidas de controle do acúmulo de água, o documento ressalta novas necessidades de atenção das/os gestoras/es de políticas públicas. Outras inovações discursivas trazidas pela Instrução são a ênfase das determinantes socioeconômicas no processo de adoecimento pelo vírus Zika: “essas doenças têm atingido as parcelas mais pobres da população brasileira, que conformam, portanto, o público efetivo ou potencial do Bolsa Família” (Instrução Operacional Conjunta no. 1 MS/MDS, 2016) e

10 A Instrução foi publicada em fevereiro de 2016. Ela “estabeleceu procedimentos e rotinas conjuntas de atenção às famílias no âmbito do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no enfrentamento ao mosquito *Aedes aegypti* e na atenção às famílias com casos de crianças microcefálicas” (Brasil, BO 48, 6, 2017: 6)

11 A Estratégia foi instituída pela Portaria Interministerial no. 405, de 15 de março de 2016.



a criação de uma série de laços entre a gestante, a criança e o Estado de forma a garantir o tratamento continuado da criança.

No que tange à Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia (EAR), ela vigeu entre 15 de março e 31 de outubro de 2016¹² e envolveu o SUS e o SUAS, mais uma vez uma articulação entre o Ministério da Saúde e o da Assistência Social e Combate à Fome. O principal objetivo da EAR era reduzir o tempo entre a notificação e a confirmação dos casos, assim como produzir um modelo de laudo médico que facilitasse a demanda pelo Benefício de Prestação Continuada a que as crianças têm direito. Para isso, ela interconecta os serviços de assistência e saúde, sugerindo a profissionais de uma e outra área a explicarem os serviços disponíveis para as famílias de bebês com microcefalia nos serviços de assistência social e saúde.

Como é possível perceber nas ações e nos procedimentos citados, não há efetivamente a criação de novas políticas. Dentro da Instrução Operacional, há sobretudo alertas à percepção das gestoras/es públicas/os da situação peculiar e emergencial em que se encontram as famílias e os bebês contaminados pelo vírus Zika. Na Portaria Interministerial, o destaque é dado ao processo de celeridade na emissão de laudos para bebês com microcefalia e a adoção de medidas de saúde voltadas para esse público. A falta de políticas específicas – sobretudo de dotação orçamentária e da criação de capacidade maior de atendimento à nova demanda por cuidados de crianças com deficiência – tem implicado a oferta de serviços e políticas prioritariamente às famílias de bebês com microcefalia. A priorização é apontada como problemática por ativistas das pessoas com deficiência na medida em que cria conflito entre quem precisa de atendimento. De acordo com Pollyana Dias (entrevista de 16/11/16), presidente da Aliança de Mães e Famílias Raras (AMAR), crianças deficientes com tratamento em curso deixaram de ser atendidas porque havia a necessidade de atendimento multidisciplinar para crianças com microcefalia¹³, que têm sido atendidas prioritariamente em detrimento de outras crianças.

12 O prazo de funcionamento inicial era até 31/5/2016, conforme a Portaria que institui a EAR.

13 Entre as campanhas de atendimento a bebês com microcefalia a da Secretaria de Saúde de Pernambuco foi bastante criticada. A chamada da campanha é “Para a microcefalia, oferecemos macroamor”. A pergunta que se coloca então é “o que se oferece para as outras formas de deficiência?”.



O governo federal, que desde 2016 tem tomado medidas para reduzir o gasto social, destinou R\$ 119 milhões para distribuir 3,5 milhões de testes serológicos para a infecção por Zika¹⁴. A falta de recursos está tornando difícil o uso do teste para os casos suspeitos mesmo nos centros dedicados a lidar com gestações de alto risco. Adriana Scawuzzi, coordenadora do Centro de Atenção às Mulheres do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)¹⁵, afirmou, em seu pronunciamento durante uma Audiência Pública em 10/2/2017, na sede do Ministério Público de Pernambuco, que o hospital de que é coordenadora assumiu o seguinte protocolo para o uso do teste serológico: dado que a quantidade disponibilizada dos testes é insuficiente, o teste é usado apenas após o parto de um bebê nascido com microcefalia e sua mãe. Assim, em vez de ter um papel como diagnóstico para uma gravidez que necessita de monitoramento mais constante e atendimento prioritário, o teste serológico vem sendo utilizado para os interesses da investigação médica e produção de achados sobre a relação do vírus com o desenvolvimento de sua Síndrome Congênita.

Tendo em vista que os testes não são disponibilizados para todas as pessoas, amplia-se a dificuldade do planejamento reprodutivo. Desde junho de 2016 é conhecida a transmissão sexual do vírus. Mas como saber se o parceiro está contaminado sem a realização do teste serológico em homens? O MS determina que gestantes e crianças têm atendimento preferencial no uso desses testes. Como então fornecer meios de pessoas que querem ter filhas/os agora possam saber se é ou não o momento ideal?

Vírus Zika, organizações feministas e a luta pelos direitos reprodutivos

Diferentemente das políticas conduzidas pelos governos federal, estaduais e municipais, o foco dos movimentos feministas, como o do

14 Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/noticias/856-ministerio-da-saude-vai-distribuir-teste-rapido-de-zika> Acesso em 20/3/2017.

15 O IMIP “é uma entidade filantrópica, que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária. Voltado para o atendimento da população carente pernambucana, o Complexo Hospitalar do IMIP é reconhecido como uma das estruturas hospitalares mais importantes do País, sendo centro de referência assistencial em diversas especialidades médicas” (Site institucional. Disponível em: <http://www1.imip.org.br/imip/conheca/quemsomos/quemsomos.html> . Acesso em 10/4/2017).

Grupo Curumim: Gestação e Parto, que apresentamos nesta seção, foi desenvolver um amplo debate sobre os direitos reprodutivos diante de uma nova DST: a infecção pelo vírus Zika. As ativistas deslocaram o foco do mosquito e dos bebês com microcefalia para as mulheres que foram convidadas a não engravidar pelo Ministério da Saúde e pelas organizações interestaduais de saúde (OMS e OPAS). Para além das ações como o do Grupo Curumim, houve a criação de associação de mulheres mães de bebês com a Síndrome Congênita do vírus Zika, como é o caso da União de Mães de Anjos, e a ampliação de organizações existentes, como a AMAR que são analisados em outros trabalhos de nossa autoria.

O Grupo Curumim: Gestação e Parto, com base em financiamentos do IPPF, do Fundo Elas e do UNFPA, tem trabalhado em uma campanha iniciada em 2016. Neste ano, as ações do Grupo Curumim aconteceram em Goiana, um município a 65 km ao norte de Recife, na Zona da Mata Pernambucana, e onde, em 2015, foram notificados um grande número de casos de febre Chikungunya. A campanha do Grupo Curumim enfocou a necessidade de informação sobre direitos reprodutivos durante a epidemia:

Figura 5 – Primeira fase da campanha do Grupo Curumim “Em tempos de Zika, proteção e cuidado começam por informar a mulher sobre seus direitos reprodutivos” – 2016



Fonte: Grupo Curumim: Gestação e parto, 2016.

No primeiro plano destaca-se a figura de uma mulher parda jovem. No fundo, é possível ver as casas de uma favela. Elementos que se remetem aos principais grupos afetados pela epidemia do vírus Zika. O objetivo da campanha era informar as meninas e as mulheres: "O que



queríamos era contribuir para melhorar a tomada de decisões sobre sexualidade e vida reprodutiva durante a epidemia de arbovírus, o vírus Zika" (Sueli Valongueiro, entrevista em 16 de março de 2017).

As ações em Goiana se concentraram em dois grupos diferentes de mulheres. Nos distritos rurais do município, o foco estava nas pescadoras e marisqueiras. Essas mulheres participaram de oficinas e ações planejadas a serem realizadas em suas comunidades durante os meses de outubro e novembro de 2016. As ações envolveram a distribuição de panfletos feitos por elas durante as rodas de conversa, com a divulgação de conteúdos por meio de carros de som alugados, o que viabilizou a cobertura de uma área maior do que aquela que as mulheres cobriam durante a entrega de panfletos e camisinhas nas ruas.

Na área urbana do município, o foco foi em meninas e mulheres jovens. Desde sua criação, o Grupo Curumim tem ações focadas em crianças e adolescentes, foco mantido durante suas ações sobre o vírus Zika em Goiana. Foi organizado um concurso de redação entre as alunas das escolas públicas de Goiana¹⁶. O tema da redação foi "Métodos contraceptivos e prevenção de DSTs durante a epidemia do vírus Zika". Antes do concurso de redação, as meninas e jovens de 12 a 18 anos de idade participaram de seminários sobre saúde reprodutiva. As conversas centraram-se na importância de conhecer os seus corpos e os seus direitos no que se refere à saúde reprodutiva e ao acesso ao planejamento reprodutivo. Durante o seminário, as meninas foram ensinadas a usar preservativos e puderam ver e tocar tipos diferentes de métodos contraceptivos, como DIUs e diafragmas. Elas também foram convidadas a fazer perguntas e compartilhar experiências. Durante o concurso, o Grupo Curumim recebeu mais de 80 textos e foi capaz de comprar prêmios para as seis primeiras colocadas. Houve uma cerimônia de premiação com novas conversas sobre direitos reprodutivos e a importância da contracepção.

Em fevereiro de 2017, o Grupo Curumim lançou a segunda fase de sua campanha sobre o vírus Zika e direitos reprodutivos. Junto com novos cartazes, o grupo lançou um serviço de WhatsApp focado em responder dúvidas sobre os direitos reprodutivos e a epidemia do Zika. A nova área de atuação territorial da campanha têm sido bairros de Recife,

16 Escola Adélia Carneiro Pedrosa (São Lourenço); Escola IV Centenário (Goiana); Escola Manoel Borba (Goiana); Escola de Referência em Ensino Médio Augusto Gondim – EREMAG (Goiana); Escola Técnica Estadual Aderico Alves de Vasconcelos – ETE (Goiana).

como Santo Amaro. Na sequência dos seus esforços de divulgação de informação, o objetivo era garantir que as mulheres tivessem acesso a argumentos para solicitar os seus direitos, como é possível perceber nos cartazes reproduzidos na Figura 6:

Figura 6 – Segunda fase da campanha do Grupo Curumim sobre direitos reprodutivos e vírus Zika – 2017



Fonte: Grupo Curumim; Gestação e parto, 2016.

Conclusão

É possível perceber que as medidas adotadas pelo governo brasileiro no contexto da epidemia do vírus Zika são insuficientes e se distanciam das medidas sugeridas pela OMS, na medida em que se centram no combate do vetor ao invés da promoção de ações de prover meios necessários para evitar, por exemplo, a contaminação por via sexual e a contaminação vertical. Assim, o caráter transnacional da epidemia tem maior efeito para a divulgação das doenças relacionadas ao vírus que da mudança do curso de ações e políticas promovidas pelo Estado brasileiro. A repetição da ênfase no combate ao vetor remete às práticas higienistas iniciadas no começo do século XX e normaliza a presença do mosquito e das doenças que ele transmite entre parcelas da população cujo acesso a políticas públicas é restrito. O racismo ambiental, que no Brasil é uma das razões para as desigualdades de acesso a saneamento básico – acesso a água encanada, tratamento e coleta de esgotos –, está na base do adoecimento de grupos sociais específicos, reiterando os ciclos de pobreza e marginalização de famílias negras no país.



A epidemia do vírus Zika e o adoecimento de mulheres negras grávidas e seus bebês é um grave indicativo da continuidade da situação de vulnerabilidade vivida por essas famílias. Quase dois anos após o início do surto, algumas políticas foram anunciadas, mas muito pouco foi feito para transformá-los em direitos para as mulheres e crianças. De mais evidente nesse processo de atribuição preferencial de atendimento às famílias de bebês com microcefalia é que o apelo midiático da epidemia e a mobilização internacional em torno dela podem gerar efeitos negativos em futuro próximo. A tendência é de que com a redução do número de casos e a familiarização com a doença, a comoção social em torno deste vírus deixe de existir. Assim, juntamente com as outras pessoas portadoras de deficiências, as crianças afetadas pela Síndrome Congênita do vírus Zika lutarão também contra a invisibilidade.

A abordagem da epidemia dentro da chave de ameaça aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres é feito por organizações feministas, como o Grupo Curumim, que trouxemos como exemplo de mobilização da sociedade civil no contexto da epidemia. Outras ações da sociedade civil – organização de mulheres negras, de mulheres de terreiro, de mulheres mães de bebês com microcefalia – têm-se dedicado a adensar o debate em torno dos efeitos do vírus Zika sobre a vida das mulheres. Esse debate permite apresentar quais são os desafios que a epidemia coloca ao poder público no longo prazo e a necessidade de desenvolver políticas inclusivas de educação, assistência social e assistência à saúde para mais de dez mil crianças com suspeita de infecção pela febre Zika durante a gestação de suas mães.

Referências Bibliográficas

ACSELRAD, H (2002). Justiça ambiental e construção social do risco. In: Desenvolvimento e Meio Ambiente, n. 5. p. 49-60, jan./jun. 2002. Editora UFPR.

ALTHAUS C. e LOW N. (2016) How Relevant Is Sexual Transmission of Zika Virus? In: PLOS Medicine, Outubro de 2016, 13(10). doi:10.1371/journal.pmed.1002157 Acesso em 23/3/2017)

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública sobre microcefalias (COES Microcefalias). Informe



Epidemiológico, no. 57: Monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil - Semana Epidemiológica (SE) 52/2016 (25 a 31/12/2016)

Disponível em: http://combateaedes.saude.gov.br/images/pdf/Informe-Epidemiologico-n57-SE-52_2016-09jan2017.pdf Acesso em 20/3/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Zika Vírus:

perfil epidemiológico em mulheres. Boletim Epidemiológico, no. 37, volume 47, 2016. Disponível em: http://combateaedes.saude.gov.br/images/pdf/Virus_Zika_perfil_epidemiologico_em_mulheres.pdf . Acesso em 20/3/2017.

DINIZ, D. (2016). Zika: do sertão nordestino à ameaça global. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira.

HELLER, Léo (1998). Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento. In: Ciência & Saúde Coletiva, número 3, volume 2, pp. 73-84.

LESSER, Jeffrey e KITRON, Uriel. (2016). A geografia social do Zika no Brasil. In: Estudos Avançados, volume 30, número 88, Setembro/Dezembro 2016, pp. 167-175.

MAGALHÃES, Rodrigo C. (2016). A erradicação do *Aedes Aegypti*: febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

MARQUES, E (2015). Condições habitacionais e urbanas no Brasil. In: ARRETCHE, M (org.) Trajetórias das desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos. São Paulo: Ed. Unesp, CEM, 2015, pp. 223-248.

PETERSEN EE, MEANEY-DELMAN D, NEBLETT-FANFAIR R, et al. Update: Interim Guidance for Preconception Counseling and Prevention of Sexual Transmission of Zika Virus for Persons with Possible Zika Virus Exposure. In: MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report, Estados Unidos, setembro de 2016, Volume 65, número 39, pp. 1077-1081. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6539e1> Acesso em 10/4/2017.

**Layla Pedreira Carvalho**

Doutoranda em Ciência Política pela Universidade de São Paulo, possui graduação em Ciência Política pela Universidade de Brasília (2005) e mestrado em Sociologia pela Universidade de Brasília (2008). Foi visiting researcher CAPES-Fulbright na University of Massachusetts at Amherst (2015/2016). Atualmente pesquisa políticas públicas de saúde para as mulheres, com ênfase em suas interseccionalidades e a relação das políticas com os movimentos feministas, particularmente os grupos voltados para a promoção de direitos reprodutivos, e a epidemia do vírus Zika. Possui interesses de pesquisa nas áreas de: políticas públicas, relações raciais, justiça reprodutiva, movimentos feministas e movimentos de mulheres.

Recebido em: 17/04/2017

Aprovado em: 10/07/2017