

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
COLEGIADO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

TERMO DE APROVAÇÃO

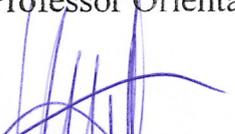
O presente Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado *DIREITOS REPRODUTIVOS E EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS NO BRASIL*, elaborado pelo(a) acadêmico(a) "*Bruna Caroline Bernhardt*" defendido em *05/12/2017* e aprovado pela Banca Examinadora composta pelos membros abaixo assinados, obteve aprovação com nota 10,0 (DEZ), cumprindo o requisito legal previsto no art. 10 da Resolução nº 09/2004/CES/CNE, regulamentado pela Universidade Federal de Santa Catarina, através da Resolução nº 01/CCGD/CCJ/2014.

Florianópolis, *05* de *dezembro* de 2017.



Grazielly S. Raggenton

Professor Orientador



Mikhail Kachelier

Membro de Banca



LUANA R. HEINEN

Membro de Banca



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências Jurídicas
COORDENADORIA DO CURSO DE DIREITO

TERMO DE RESPONSABILIDADE PELO INEDITISMO DO TCC E
ORIENTAÇÃO IDEOLÓGICA

Aluno(a): *Bruna Celine Bumbardt*
RG: *5.829.556*
CPF: *066.217.189-69*
Matrícula: *13201137*
Título do TCC: *Direitos Reprodutivos e epidemia do zika vírus no Brasil*
Orientador(a): *gizelly A. Baggentoss*

Eu, *Bruna Celine Bumbardt*, acima qualificado(a); venho, pelo presente termo, assumir integral responsabilidade pela originalidade e conteúdo ideológico apresentado no TCC de minha autoria, acima referido

Florianópolis, *05* de *dezembro* de 2017

Bruna Celine Bumbardt

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS

DEPARTAMENTO DE DIREITO

BRUNA CAROLINA BERNHARDT

DIREITOS REPRODUTIVOS E EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS NO BRASIL

FLORIANÓPOLIS

2017

BRUNA CAROLINA BERNHARDT

DIREITOS REPRODUTIVOS E EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Curso de Graduação em Direito da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Direito

Orientadora: Prof^ª. Dra. Grazielly Alessandra Baggenstoss.

FLORIANÓPOLIS

2017

RESUMO

O presente trabalho se propõe a analisar a efetivação dos Direitos Reprodutivos diante da epidemia do Zika vírus no Brasil. Através da análise da agenda dos Direitos Reprodutivos no país a partir do marco temporal da Constituição de 1988 e do caminho percorrido pela epidemia desde a chegada do vírus em terras brasileiras, busca-se demonstrar que são as mulheres e seus destinos reprodutivos os mais severamente afetados pela epidemia. Por meio da análise da resposta estatal a este cenário, em método dedutivo, intentou-se concluir se a Ação Direta de Inconstitucionalidade proposta pela Associação Nacional dos Defensores Públicos ao Supremo Tribunal Federal, a ADI 5.581, teria condições de fornecer uma alternativa viável de acesso à justiça à população afetada, especialmente no que diz respeito à efetivação dos Direitos Reprodutivos das mulheres que vivem em tempos e terras de Zika vírus.

PALAVRAS CHAVE: Direitos Reprodutivos; Zika vírus; epidemia; ADI 5.581; Supremo Tribunal Federal.

ABSTRACT

The present research intend to analyze the effectiveness of Reproductive Rights in the context of Zika virus epidemic in Brazil. Through analysis of the national Reproductive Rights agenda since the 1988 federal Constitution and the path taken by the epidemic since the arrival of the virus in Brazilian lands, it is sought to demonstrate that women and their reproductive destinies are most severely affected by the epidemic. Through the analysis of the state response to this scenario, by the deductive method, it was intended to conclude if the Direct Action of Unconstitutionality proposed to the Federal Supreme Court, ADI 5.581, would be able to provide a viable alternative of access to justice to the affected population, especially with regard to the achievement of the Reproductive Rights of women living in times and lands of Zika virus.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
1. Direitos Reprodutivos.....	3
1.1 Histórico.....	6
1.1.1 Âmbito internacional.....	6
1.1.2 Âmbito nacional.....	12
2. O Percurso da Epidemia do Zika Vírus no Brasil.....	24
3. Zika no Supremo Tribunal Federal: A Ação Direta de Inconstitucionalidade cumulada com Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 5.581 e os direitos das mulheres à informação, ao planejamento familiar e à interrupção da gravidez.....	42
3.1 A Ação Direta de Inconstitucionalidade cumulada com Arguição de Preceito Fundamental nº 5.581.....	43
3.1.1 Informação.....	48
3.1.2 Planejamento Familiar.....	59
3.1.3 Interrupção da gravidez.....	51
3.2 Os desdobramentos.....	55
CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64

INTRODUÇÃO

Desde 2015 o Brasil vive sob o signo da epidemia do vírus Zika. Ainda que historicamente familiarizado com o mosquito vetor do vírus, o Zika representou novidade à população brasileira. Em um primeiro momento confundido com uma espécie de dengue branda, com o passar dos meses verificou-se sua íntima relação com o crescimento vertiginoso de casos de microcefalia – ou síndrome congênita do Zika, como passou a ser nomeado posteriormente - em bebês recém-nascidos de mães que, em algum momento em seus respectivos passados recentes, haviam sido infectadas pelo vírus.

Desde lá, mulheres, mães e crianças vivem o drama diário de uma epidemia das quais nenhuma delas teve controle ou ingerência sobre suas origens ou efeitos. Por muito tempo, informações a respeito da epidemia eram escassas, as possibilidades de tratamento das crianças afetadas eram mínimas e a gravidez em terras e tempos de Zika passou a ser uma experiência reprodutiva inédita no Brasil, repleta de medos e incertezas.

Diante deste cenário, atos do Ministério da Saúde foram expedidos, uma lei foi sancionada e uma ação foi proposta ao Supremo Tribunal Federal. Diferentemente dos dois primeiros movimentos elencados, a ação movida pela Associação Nacional dos Defensores Públicos (ANADep) chamou atenção para um aspecto da epidemia que, até então, era negligenciado pelo Estado brasileiro e pela mídia, e ganhava espaço apenas no meio acadêmico: os Direitos Reprodutivos das mulheres afetadas pela epidemia do Zika vírus não estavam sendo efetivados.

Movida por esta denúncia, a presente pesquisa acolheu como problema o questionamento acerca da efetivação dos Direitos Reprodutivos no contexto da epidemia, levando em conta o que determinava o ordenamento jurídico brasileiro e as políticas públicas que primavam por estes direitos no momento pré epidemia e durante o seu desenvolver.

Ainda, acolheu entre seus objetivos o debruçar diante da agenda de Direitos Reprodutivos construída no Brasil nos últimos anos, tomando como marco temporal a Constituição de 1988 para contextualizar as limitações e avanços na efetivação destes direitos. Em seguida, objetivou visibilizar o trajeto da epidemia do vírus Zika no Brasil para compreender como o Estado brasileiro agiu diante deste panorama e lidou – administrativa e legislativamente – com a epidemia. Após, intentou analisar a Ação Direta

de Inconstitucionalidade cumulada com Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental proposta pela ANADEP, verificando a relevância da ação no que diz respeito à efetivação dos direitos elencados.

Em relação à metodologia, a pesquisa tomou como teoria de base o marco teórico dos Direitos Reprodutivos, bem como as noções de Justiça Reprodutiva, levando em conta os estudos feministas interseccionais. Pretendendo-se descritiva e exploratória, o método de abordagem aplicado na pesquisa foi o dedutivo, já que pretendeu partir da análise genérica acerca dos Direitos Reprodutivos no Brasil para, em seguida, analisar a especificidade da situação destes direitos em uma menor escala. Já em termos de procedimento e técnica, aplicou-se a revisão bibliográfica e a documental.

Movida, então, pela hipótese básica de que a epidemia do vírus Zika fragiliza sobremaneira um panorama social e jurídico que, por si só, inviabiliza a autonomia da mulher sobre o próprio corpo, a pesquisa deseja descobrir se a ação proposta ao Supremo Tribunal Federal oferece uma alternativa viável de acesso à justiça à população afetada, especialmente àquela que teve seu destino reprodutivo colocado em questão diante deste cenário.

1. Direitos Reprodutivos

Os Direitos Reprodutivos constituem elemento essencial da luta histórica das mulheres por direitos. Sua construção, enquanto uma das pautas centrais do movimento feminista, evidencia a importância da discussão acerca de temas que nos conformam enquanto sociedade e que afetam, especialmente, as mulheres. Corpo, sexualidade e reprodução, por exemplo, ainda são categorias essenciais para se pensar moral, ética e justiça (BUGLIONE; VENTURA, 2010). Sendo assim, resta evidente que falar de Direitos Reprodutivos, enquanto “princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável da sexualidade e reprodução humana”¹(VENTURA, 2009, p. 19), é falar de acesso à justiça, para além das políticas públicas que os promovem ou da judicialização desse acesso. É falar, especialmente, da forma como as mulheres se encaixam na trama da regulamentação estatal, da suposta dicotomia entre direitos subjetivos e exercício da liberdade, identificando as vulnerabilidades próprias a que estão submetidas, sejam elas em termos de gênero, raça ou classe.

A partir de uma conceituação feminista, então, desenvolve-se a noção de Direito Reprodutivo. De início, importa destacar que esta noção deriva de um olhar ampliado acerca dos Direitos Humanos². Este olhar, por sua vez, que especifica e especializa o guarda-chuva conceitual dos Direitos Humanos, diz respeito ao conceito de gênero³, o qual permite que identifiquemos que pessoas do gênero feminino, por exemplo, sofrem violações específicas de direitos – justamente por serem mulheres. Tal conceito, então, possibilita que quebrems a lógica universalizante dos Direitos Humanos, chamando atenção para abusos que até então eram considerados “menores” frente aqueles sofridos pelos homens.

¹ Há discussão no sentido de avaliar se, juntamente dos Direitos Reprodutivos, se deveria trabalhar os Direitos Sexuais. A crítica a essa abordagem - que trata destas duas categorias conjuntamente - vem no sentido de indicar que ela acabaria por limitar demasiadamente os Direitos Sexuais ao rol de ações que envolvem saúde reprodutiva e violências sexuais (VENTURA, 2009).

² De acordo com Piovesan (2006), a definição de Direitos Humanos comporta uma série de definições. Historicamente, no entanto, é definido a partir de uma noção universalizante de direitos, tomando o gênero masculino como referencial para afirmar a dignidade e o valor da pessoa humana. No caso desta pesquisa, opta-se por alargar esta definição a partir de conceitos e recortes que especializam a categoria dos Direitos Humanos.

³ Uma das primeiras teóricas a elaborar esta categoria foi a historiadora Joan Wallach Scott. Em “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”, ela historiciza o conceito e exemplifica as motivações das feministas (e estudiosas deste campo) ao trabalharem com “gênero”. Para ela, esta categoria diz respeito “a uma forma primária de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1995 p. 88). Ainda, esta seria “um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos” (SCOTT, 1995, p.86).

De acordo com Kimberly Crenshaw, além da evidente necessidade de incorporação da categoria “gênero” no discurso dos Direitos Humanos (em conferências, convenções e tratados, por exemplo), é indispensável que a “raça” esteja igualmente presente nestas análises. Justamente por ambas as discriminações – tanto de gênero quanto de raça – gerarem consequências semelhantes, sejam elas, menor acesso à educação, ao mercado de trabalho ou às instâncias mais elevadas de poder político, é imprescindível que ambas as categorias dialoguem:

Assim como é verdadeiro o fato de que todas as mulheres estão, de algum modo, sujeitas ao peso da discriminação de gênero, também é verdade que outros fatores relacionados a suas identidades sociais, tais como classe, casta, raça, cor, etnia, religião, origem nacional e orientação sexual, são “diferenças que fazem diferença” na forma como vários grupos de mulheres vivenciam a discriminação. Tais elementos diferenciais podem criar problemas e vulnerabilidades exclusivos de subgrupos específicos de mulheres, ou que afetem desproporcionalmente apenas algumas mulheres. Do mesmo modo que as vulnerabilidades especificamente ligadas a gênero não podem mais ser usadas como justificativa para negar a proteção dos direitos humanos das mulheres em geral, não se pode também permitir que as diferenças entre mulheres marginalizem alguns problemas de direitos humanos das mulheres, nem que lhes sejam negados cuidado e preocupação iguais sob o regime predominante dos direitos humanos. Tanto a urgência da incorporação do gênero quanto o foco atual no racismo e em formas de intolerância correlatas refletem a necessidade de integrar a raça e outras diferenças ao trabalho com enfoque de gênero das instituições de direitos humanos (CRENSHAW, 2002, p. 173).

Assim, resta evidente a necessidade de pensar Direitos Reprodutivos enquanto direitos que se encontram em diálogos constantes com estas duas categorias. Afinal, além de serem as mulheres as principais afetadas por uma agenda de restrição ao exercício livre e seguro da sexualidade e da reprodução, por exemplo, certamente algumas mulheres serão mais violentamente afetadas por essas restrições do que outras. Portanto, demarcar-se desde já a tentativa de trabalhar os direitos em questão sem perder de vista a necessária noção de intersecção, uma vez que a série de vulnerabilidades que atingem as mulheres atua de forma particular em cada uma delas (CRENSHAW, 2002). Não basta, portanto, sublinhar a categoria do “gênero” sem, junto dela, sublinhar a da “raça”.

Ainda, sobre interseccionalidade e Direitos Reprodutivos, Angela Davis diz que “o controle de natalidade – escolha individual, métodos contraceptivos seguros, bem como abortos, quando necessários – é um pré-requisito fundamental para a emancipação das mulheres” (DAVIS, 2016, p. 205). Porta-voz de um feminismo que não perca de vista as muitas possibilidades de interação entre categorias de opressão social, Davis, assim,

chama atenção para a relação umbilical presente entre a concreta autonomia da mulher sobre o próprio corpo e o acesso efetivo ao controle de natalidade.

Na esteira das conceituações possíveis para os Direitos Reprodutivos, as teorias de Justiça Reprodutiva – desenvolvidas por feministas afro-americanas após os acúmulos desenvolvidos na Conferência Internacional do Cairo - são essenciais para se pensar os contornos desta categoria. De acordo com Loreta Ross, “Justiça Reprodutiva é o completo bem-estar – físico, mental, espiritual, político, social e econômico – de mulheres e garotas, baseados no efetivo acesso e proteção aos direitos humanos das mulheres” (ROSS, p. 4)⁴. A partir dessa definição, então, as mulheres deveriam ter a) o direito de ter filhos b) o direito de não ter filhos c) o direito de prover os filhos gerados, assim como controlar suas respectivas opções de parto. Esta teoria tem ainda uma preocupação especial com as condições que são dadas às mulheres, a partir de cada comunidade em que cada uma vive, para que determinem suas escolhas reprodutivas – escolhas essas que, de acordo com a autora, não são apenas uma questão de opção e acesso. Como exemplo de variáveis que afetam as escolhas reprodutivas das mulheres, ela cita a raça, questões de justiça econômica, o meio ambiente, dentre tantas outras, que se alternam de comunidade em comunidade (ROSS). Nesse sentido,

[...] a Justiça Reprodutiva chama atenção à realidade social da desigualdade, especificamente, a desigualdade de oportunidades que temos para controlar nosso destino reprodutivo. Indo além da demanda por privacidade e respeito para decisões individuais que incluam a necessidade de suporte social para nossas decisões serem realizadas da melhor forma possível, essa moldura também inclui as obrigações do nosso governo para com a proteção dos direitos humanos das mulheres. Nossas opções para fazermos escolhas têm de ser seguras, acessíveis e frequentemente disponibilizadas, três pilares mínimos do suporte governamental para escolhas de vida individuais (ROSS, p. 4)⁵.

⁴ Na tradução original, tem-se: “Reproductive Justice is the complete physical, mental, spiritual, political, social, and economic well-being of women and girls, based on the full achievement and protection of women’s human rights.”

⁵ No tradução original, tem-se: “Reproductive Justice addresses the social reality of inequality, specifically, the inequality of opportunities that we have to control our reproductive destiny. Moving beyond a demand for privacy and respect for individual decision making to include the social supports necessary for our individual decisions to be optimally realized, this framework also includes obligations from our government for protecting women’s human rights. Our options for making choices have to be safe, affordable and accessible, three minimal cornerstones of government support for all individual life decisions.”

Assim, percebe-se como esta temática alia de forma complexa “Estado” e “escolhas individuais”. Afinal, ainda que essas opções sejam reguladas e os caminhos e instrumentos de efetivação de escolha autônoma no que diz respeito a reprodução, fornecidos, há uma série de variáveis (geográficas, econômicas, culturais e morais, por exemplo) que vão ditar e determinar a forma como famílias, homens e, especialmente, mulheres, terão (ou não) filhos, se utilizarão (ou não) métodos contraceptivos, acessarão (ou não) tecnologias reprodutivas, dentre outras escolhas.

Com o intuito de sistematizar o universo de questões que se encaixam nos Direitos Reprodutivos, a partir das referências trazidas, estes serão aqui definidos enquanto o conjunto de normas, princípios e condutas que resguardam e incentivam a escolha autônoma, segura e informada das mulheres quanto as suas opções reprodutivas, sejam elas pela disponibilidade de métodos contraceptivos de diferentes princípios ativos; pela livre escolha da maternidade e autonomia quanto a faculdade de ter filhos, bem como a de não tê-los; pela opção de como, quando e em que condições parir sua possível prole, com apoio e informação durante toda a gestação; dentre outras possíveis definições.

1.1.1 Histórico

Importa destacar que o debate – tanto em âmbito internacional quanto nacional – que incluiu a mulher enquanto sujeito possuidor de especificidades dentro do grande espectro compreendido pelos Direitos Humanos, possuiu, central e historicamente, a categoria dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (PITANGUY, 2016). Como exemplos da materialização dessa categoria tem-se, no âmbito internacional, o Plano de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994, o qual será analisado de forma mais aprofundada a seguir.

1.1.2 Âmbito internacional

A legislação internacional e a jurisprudência produzida neste mesmo âmbito merecem especial análise pois é a partir dessas fontes que países como o Brasil, por exemplo, ao vincularem-se a alguns desses processos, comprometem-se a observar uma série de diretrizes que envolvem Direitos Humanos e, além disso, Direitos Sexuais e Reprodutivos. Ainda, é o que se desenvolve em conferências e documentos internacionais que, ao menos em teoria, serve de substrato para o que é definido enquanto

marco legal nacional e também para o que se constrói em termos de políticas públicas. Ainda que, como é o caso do Brasil, grande parte da legislação – especialmente a que concerne à criminalização do aborto, por exemplo – não tenha acompanhado os avanços percebidos internacionalmente, tais documentos e ações de órgãos internacionais são especialmente úteis na luta e na disputa por alterações nas legislações e políticas que atendam as especificidades das mulheres. Afinal, funcionam como instrumento de pressão aos governos, permitindo que a sociedade civil organizada possua mais eficazes meios de disputar direitos.

Cronologicamente, importa destacar que foi a OIT, em 1919, a primeira organização a regular a proteção à maternidade, definindo como prerrogativas no estabelecimento de direitos a saúde, tanto da mãe quanto de seus filhos, e também a proteção da mulher trabalhadora de discriminações em função da sua condição de mãe (OIT, Notas da OIT: Trabalho e Família, 4).

Em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, demarca-se proteção à vida privada, sendo o matrimônio e a constituição de família, por exemplo, colocados enquanto direitos de homens e mulheres, a serem exercidos sem qualquer resistência. Já em 1966, a pauta dos direitos da mulher trabalhadora volta à cena com o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, onde se obriga os Estados a reconhecerem o direito à licença remunerada, acesso à assistência à saúde e proteção à mulher por tempo razoável antes e depois do parto (VENTURA, 2009, p. 23 – 24). Em 1979, por sua vez, com a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW 1979) adotada pela Assembleia da ONU, surge – pioneiramente - como diretriz de dever dos Estados, o acesso à informação que garanta assistência ao planejamento familiar. A Convenção é considerada uma espécie de Carta Magna dos direitos das mulheres, materializando a produção de princípios, normas e lutas engendradas nas últimas décadas (PIMENTEL, 2006). O Brasil, em 2001, assinou o Protocolo Facultativo à Convenção através do Decreto nº 4.316 e, em 2002, ratificou-o. Dentre seus 30 artigos, a questão da reprodução surge especialmente no décimo primeiro artigo onde se discutem medidas para combater a discriminação contra a mulher no mercado de trabalho. É no último tópico deste artigo que se fala em “salvaguarda da reprodução” enquanto elemento importante de acesso a proteção à saúde nas condições de trabalho. Observa-se, assim, como novamente é através

da pauta do trabalho que as questões reprodutivas são introduzidas nestes documentos que defendem os direitos das mulheres.

Importa destacar, ainda, outros três documentos elencados na publicação produzida em 2006 pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. O “Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres”, organizado por Heloisa Frossard, destaca, desde logo em sua apresentação, que o Brasil era, até então, signatário “de todos os acordos internacionais que asseguram de forma direta ou indireta os direitos humanos das mulheres bem como a eliminação de todas as formas de discriminação e violência baseadas no gênero” (Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres, 2006, p. 9). Além da CEDAW, tido na publicação como um dos mais importantes documentos na defesa das mulheres e de seus direitos, são elencados ainda: o relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Plataforma do Cairo), a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) e a Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim). Por isso, segue-se uma breve explanação sobre a Plataforma de Cairo e a Convenção de Pequim⁶, focando especialmente no que cada um trata a respeito dos Direitos Reprodutivos.

A plataforma do Cairo, de 1994, foi paradigmática por tratar da questão populacional em termos de reconhecimento do “exercício de direitos humanos e a ampliação dos meios de ação da mulher como fatores determinantes da qualidade de vida dos indivíduos” (PATRIOTA, 2006, p. 34). Assim, demarcou-se a necessidade de se pautar a questão da igualdade de gênero a partir da saúde reprodutiva, especialmente em termos de planejamento familiar. Importa destacar que a atuação do Brasil nesse evento foi expressiva: inclusive, movimentos de mulheres se organizaram previamente no “Encontro Nacional Mulher e População: nossos direitos para Cairo 94” e elaboraram um material (o qual possuía como diretriz básica a ampliação dos direitos reprodutivos) que concatenava as demandas defendidas e que foi levado à Conferência posteriormente. Em 95, ainda, foi criada uma Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD) que objetivava acompanhar a efetivação da agenda determinada no Cairo (PATRIOTA, 2006):

⁶A análise acerca da Convenção de Belém do Pará não será aprofundada por entender-se que, ainda que extremamente relevante no combate à violência contra a mulher, nacional e internacionalmente, tal documento não avançou no debate específico dos direitos reprodutivos, foco desta pesquisa.

Princípio 4- O progresso na igualdade e equidade dos sexos, a emancipação da mulher, a eliminação de toda espécie de violência contra ela e a garantia de poder ela própria controlar sua fecundidade são pedras fundamentais de programas relacionados com população e desenvolvimento. Os direitos humanos da mulher e da menina são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais. A plena e igual participação da mulher na vida civil, cultural, econômica, política e social, nos âmbitos nacional, regional e internacional, e a erradicação de todas as formas de discriminação com base no sexo são objetivos prioritários da comunidade internacional (Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres, 2006, p. 42).

É interessante observar, também, como o documento elege o empoderamento da mulher como medida essencial para se assegurar a aplicação eficiente dos programas de população e desenvolvimento. A melhoria do status da mulher, bem como seu acesso a informação estariam, assim, no cerne dessa problemática uma vez que, de acordo com o documento, apenas através da educação a igualdade de gênero – bem como outros objetivos da Conferência, como crescimento populacional e desenvolvimento econômico sustentável por exemplo – seria alcançada.

O capítulo VII do documento trata, mais especificamente, dos direitos de reprodução e saúde reprodutiva, tendo como sub tópicos desde “planejamento familiar” até “sexualidade humana e relações entre os sexos”. Traçando “justificativas de ação”, “objetivos” e “ações” para cada um deles, além de conceituar os direitos reprodutivos⁷, o documento defende a implementação do Programa através deste pilar por entender que este compõe o amplo espectro entendido por “direito humanos”. Assim, ser livre para tomar decisões sobre como e quando reproduzir, tendo acesso a informação que balize tais escolhas, por exemplo, compreende um padrão mínimo de saúde reprodutiva a ser defendido pelas nações signatárias. A defesa de condições seguras, por sua vez, de gestação e parto, bem como de acesso a serviços adequados de saúde durante este período específico da vida das mulheres também faz parte do espectro de direitos em questão. É salutar que, dentre os objetivos deste capítulo, esteja sublinhada a necessidade de se verificar, localmente, as necessidades específicas de cada comunidade no que diz respeito à saúde reprodutiva e ao ciclo de vida das pessoas que a compõe. Dentre as ações, por sua vez, destacamos aquela que julgamos mais deficitária no contexto que desenvolveremos em seguida, qual seja, a da epidemia do Zika vírus:

⁷ De acordo com Alves (2006), foi a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento quem, paradigmaticamente, introduziu no panorama dos direitos humanos o conceito de direitos reprodutivos.

A assistência à saúde reprodutiva, no contexto de uma assistência primária à saúde, deve incluir inter alia: aconselhamento, informação, educação, comunicação e serviços de planejamento familiar; educação e serviços de assistência pré-natal, de parto seguro e de assistência pós-natal (Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres, 2006, p. 63).

Ainda, sobre o tema específico do planejamento familiar e da saúde reprodutiva, o documento deixa muito clara a necessidade dos estados em proverem serviços e informação a toda a sociedade no que diz respeito à decisão responsável e livre sobre ter ou não filhos. Destaca que o “princípio da livre escolha consciente” é a chave para que programas de planejamento familiar sejam, a longo prazo, bem sucedidos. Já à época do documento, assumia-se que a oferta de anticoncepcionais e de serviços públicos que capacitassem a população quanto aos métodos seguros e eficientes de reprodução deveria aumentar consideravelmente. Daí, entre os objetivos, constar a necessidade de “tornar os serviços de qualidade de planejamento familiar permissíveis, aceitáveis e acessíveis a todos que deles precisam e os queiram, assegurada, porém, sua confidencialidade” (Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres, 2006 p. 65).

Já a Convenção de Pequim de 1995 é considerada paradigmática por ter sido pioneira, no âmbito internacional, ao tratar do conceito de “gênero”, “empoderamento” e “transversalidade” como categorias essenciais para a promoção dos direitos da mulher. Visando uma análise social e cultural da situação das mulheres – indo ao encontro, assim, do olhar historicamente biologizante desta situação – o documento objetivava evidenciar a importância da igualdade de gênero em todos os âmbitos da sociedade. Assim, através da noção de transversalidade, pretendeu funcionar como mecanismo de fomento para que as políticas públicas dos estados signatários atentassem para a necessidade destas categorias estarem presentes em todas as ações governamentais (VIOTTI, 2006, p. 149).

Dentre os vários pontos que compõem o texto integral da Declaração, a questão da saúde reprodutiva ganha relevo e merece destaque: “A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos, e não a mera ausência de enfermidade ou doença.” (Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres, 2006, p. 178). O direito a saúde reprodutiva abarcaria, então, desde a possibilidade de exercer vida sexual ativa e segura até a possibilidade de decidir livremente por procriar ou não. Para tal, como advoga o documento, homens e mulheres devem ter acesso a:

[...] informação sobre métodos seguros, eficientes e exequíveis de planejamento familiar e de ter acesso aos de sua escolha, assim como a outros métodos por eles escolhidos para regularização da fertilidade, que não estejam legalmente proibidos, e o direito de acesso a serviços apropriados de atendimento à saúde que permitam às mulheres o acompanhamento seguro durante a gravidez, bem como partos sem riscos, e dêem aos casais as melhores possibilidades de terem filhos sãos (Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres, 2006, p. 178).

Posteriormente, a plataforma ainda sublinha a inegável ligação do direito à saúde reprodutiva aos direitos humanos fundamentais. É interessante perceber como o documento enfatiza a necessidade de fomento à igualdade entre homens e mulheres, bem como a ampliação - pelos estados - do acesso à informação no que concerne à sexualidade e reprodução, como o único caminho possível para que os direitos reprodutivos sejam realmente efetivados. Ainda, chama-se atenção à relação estreita entre a possibilidade de exercício de direitos econômicos e políticos pelas mulheres e o respeito aos direitos reprodutivos. Afinal, o controle da própria fertilidade é, na história recente, instrumento essencial para o gozo de muitos outros direitos e oportunidades, como por exemplo, exercer livremente a sexualidade, acessar de forma mais plena o mercado de trabalho, planejar de forma mais autônoma as proporções das famílias, dentre outros.

Objetivamos com essa exposição demonstrar que o Brasil já assumiu compromissos com os Direitos Reprodutivos. Ainda que tenhamos avançado muito pouco – especialmente em termos de afrouxamento/minimização de restrições legais penais quanto ao exercício voluntário do aborto, por exemplo -, resta evidente a responsabilidade dos sucessivos governos, desde a assinatura desses documentos, em defender a igualdade de gênero e oferecer meios de acesso a direitos reprodutivos. Num aspecto micro, ainda, esses compromissos avançados demonstram como o Brasil foi omissos quanto a proteção das mulheres afetadas pela epidemia do Zika vírus. Ainda que ele tenha se comprometido com a defesa da saúde reprodutiva a partir, por exemplo, da definição⁸ dada pela Convenção de Pequim, muito destes “métodos”, “técnicas” e “serviços” não foram assegurados às mulheres atingidas pela epidemia, como pretendemos demonstrar no desenrolar do trabalho.

⁸ “(...) o atendimento à saúde reprodutiva se define como o conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, ao evitar e resolver os problemas relacionados com a saúde reprodutiva. Inclui também a saúde sexual, cujo objetivo é o desenvolvimento da vida e das relações pessoais e não meramente a assistência social e o atendimento relativo à reprodução e às enfermidades sexualmente transmissíveis.” (Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres, 2006, p. 178).

Ainda, importa destacar, em termos de agenda internacional de Direitos Reprodutivos, o entendimento que a Organização Mundial da Saúde vem expressando em seus documentos sobre o tema. No documento intitulado “Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde” de 2013, a Organização destaca que a cada ano são feitos 22 milhões de abortamentos em condições inseguras:

Em praticamente todos os países desenvolvidos, os abortamentos em condições seguras têm amparo legal, por exclusiva solicitação da mulher ou sobre uma ampla base social e econômica, e é possível dispor e ter acesso facilmente aos serviços em geral. Nos países onde o abortamento induzido legal está sumamente restrito ou não está disponível, na maioria das vezes o abortamento seguro se torna um privilégio dos ricos, e as mulheres de baixa renda são mais suscetíveis a procurar métodos inseguros de abortamento, que provocam a morte e morbidades, gerando responsabilidade social e financeira para o sistema de saúde pública (OMS, 2013, p. 1).

A partir dessa formulação, percebemos como, internacionalmente, o debate acerca dos Direitos Reprodutivos avançou: especialmente, neste caso, no que diz respeito ao, possivelmente, maior tabu dentro das questões reprodutivas, o direito ao aborto.

1.1.3 Âmbito nacional

Para além da implementação dos pactos e das convenções internacionais de Direitos Humanos, é especialmente importante analisar como se deu o desenvolvimento da agenda dos direitos reprodutivos no Brasil. De acordo com Ventura (2009), em função do fato de os Direitos Humanos serem costumeiramente agregados nas leis constitucionais enquanto direitos fundamentais – e daí passarem a possuir garantias e efetivações especiais –, é necessário que se visualize os Direitos Reprodutivos enquanto Direitos Humanos. Sobre a garantia daqueles direitos, a autora diz que “um primeiro passo é identificar no ordenamento jurídico nacional instituições, instrumentos e mecanismos que permitam esta tradução e efetivação dos Direitos Reprodutivos” (VENTURA, 2009, p. 56), para que então o ordenamento jurídico e as políticas públicas sejam instrumentalizadas a favor da promoção de tais direitos.

Partindo do marco temporal – e também político-jurídico - da Constituição Federal Brasileira de 1988, pretende-se desenvolver o trajeto dos Direitos Reprodutivos

no Brasil a partir da normativa constitucional⁹. Ainda, pontuar-se-á os desdobramentos da Lei nº 9.263/96, conhecida como a Lei do Planejamento Familiar e também as políticas públicas implementadas pelos últimos governos.

Por sua posição hierárquica no sistema legal brasileiro e por pretender ser uma carta política regida por princípios e direitos fundamentais, é a partir da Constituição que conseguimos visualizar o sistema de proteção e garantias – ou mesmo a ausência deste – que constitui hoje a agenda de Direitos Reprodutivos.

Antes, no entanto, importa analisar brevemente a forma como o Direito à Saúde é delineado neste ordenamento. Afinal, é imprescindível compreender os Direitos Reprodutivos enquanto direitos intimamente ligados ao acesso à saúde (CAMARGO, VENTURA, 2016). A Constituição de 88 instituiu, em seu artigo 196¹⁰, o Sistema Único de Saúde (SUS), criando assim um novo paradigma no que diz respeito à realização de serviços de saúde. Sobre os princípios basilares de sua estruturação, tinha-se “a igualdade no acesso, a universalidade, a gratuidade e integralidade das ações e serviços de saúde” (VENTURA, 2009, p. 65) como perspectivas centrais. Tal estruturação guarda grandes semelhanças com o Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher (PAISM)¹¹, criado em 1983 e regulamentado em 1986 pelo Ministério da Saúde. De forma um tanto vanguardista, o programa antecipava questões que viriam a ser pautas centras de Conferências como a do Cairo, por exemplo, descrita acima. Pautando saúde reprodutiva e a defesa da liberdade das famílias para decidirem quando e quantos filhos ter, o programa demarcava a necessidade do estado em garantir tais direitos¹². Um dos principais esforços, por exemplo, da implantação do PAISM era capacitar profissionais que auxiliassem as famílias no planejamento familiar, tendo como meio a provisão extensiva de métodos contraceptivos através de serviços públicos (OSIS et al., 2006). Este programa, apesar de buscar atender a saúde da mulher em todos os sentidos,

⁹ Decide-se por este marco pela impossibilidade de se desenvolver uma retomada histórica mais prolongada. Adianta-se, assim, que tal panorama não se pretende conclusivo: serve, sim, como mero fio condutor para a compreensão das mais recentes movimentações na agenda dos Direitos Reprodutivos no Brasil.

¹⁰ “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).

¹¹ “Atualmente, as ideias centrais do PAISM são implementadas por meio da Política Nacional de Saúde Integral da Mulher, coordenada pela Área Técnica de Saúde da Mulher, da Secretaria de Atenção à Saúde da Mulher, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.” (VENTURA, 2009, p. 30).

¹² Para acesso a mais informações acerca do Programa, ver em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-da-mulher/leia-mais-saude-da-mulher>

claramente priorizando as necessidades femininas, enfrentou grandes dificuldades para atingir seus objetivos:

É importante destacar, no entanto, as dificuldades na implementação desse programa, que não somente atingia uma quantidade relativamente pequena de mulheres, como também as atendia de maneira limitada em relação à sua proposta, conforme pesquisa realizada por Costa (1992). Adicione-se a isso que, a partir do final dos anos 1990, os recursos referentes ao campo da saúde da mulher passaram a ser aplicados em um conjunto de ações focalizadas, não se voltando para o programa como um todo (ROCHA, 2005, p. 137).

Resta claro, assim, os problemas que já afetavam o público-alvo do programa: problemas estes que, em seguida, seriam enfrentados pela Constituição e pelos governos que se seguiriam, qual sejam, a desigualdade social, o precário acesso a informação e distribuição de recursos públicos.

Dentre os aspectos que demarcam e evidenciam uma preocupação do legislador constituinte em contemplar necessidades relativas à autonomia das funções reprodutivas, destacam-se, dentre os direitos da ordem social, os campos do direito trabalhista – como a proteção à maternidade enquanto direito social (art. 6º, caput)¹³ e a licença à gestante (art. 7º, XVIII)¹⁴, por exemplo – e também da saúde - no caso, os concernentes, *lato sensu*, à família. Sobre este último, detém-se no artigo 226, o qual pertence ao capítulo VII da Constituição, intitulado “Da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso”:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.
[...]

§ 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o **planejamento familiar** é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988) (grifo nosso).

A professora Maria Isabel Baltar da Rocha (1987), em pesquisa que acompanha o itinerário percorrido pelo tema do planejamento familiar nas muitas etapas da elaboração do dispositivo constitucional, demonstra a intensa disputa que circundou este processo. Forças sociais das mais diversas operaram na determinação do que se entenderia por este conceito – e que estaria na base de regulamentos e políticas públicas futuras: grupos

¹³ Art. 6º, caput. “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”

¹⁴ Art. 7º, XVIII. “Licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias.”

organizados, como “a Igreja Católica, os evangélicos, o movimento de mulheres e as entidades privadas de planejamento familiar” (ROCHA, 1987, p. 666) buscaram fazer de suas propostas, as prevalecentes. De acordo com José Eustáquio Diniz Alves (2006), no entanto, nenhum dos respectivos grupos pode se considerar vencedor desta disputa, tendo o texto final contemplado-os de maneira parcial. Daí a Carta Magna ter garantido a livre decisão do casal, o acesso a recursos educacionais e científicos para o exercício dos direitos reprodutivos mas, por outro lado, não ter avançado na pauta da interrupção voluntária da gravidez e da possibilidade de esterilização, pautas estas historicamente defendidas pelo movimento de mulheres¹⁵. Sobre a questão específica do aborto e a perspectiva de resolução deste impasse:

As feministas propugnavam a importância da legalização do aborto, por razões terapêuticas e como um problema de saúde pública, enquanto a Igreja Católica (e os deputados evangélicos) defendia “o direito à vida desde o momento da concepção”, o que eliminaria a possibilidade de se permitir o aborto voluntário nos casos previstos pela legislação vigente. Como existiam duas propostas absolutamente opostas, foi criado um impasse e a questão do aborto não entrou no texto constitucional, podendo vir a ser regulamentado pela legislação ordinária (ALVES, 2006, p. 30).

Importa destacar que, ainda que a o acesso aos métodos cirúrgicos contraceptivos (como laqueadura tubária e vasectomia) tenham sido regulados por lei infraconstitucional posteriormente – no caso, pela lei do Planejamento Familiar -, o acesso a instrumentos de interrupção voluntária da gravidez não o foi¹⁶.

Sobre a Lei do Planejamento Familiar, por sua vez, é possível considerá-la a materialização dos debates que vinham acontecendo à época sobre a necessidade de regulação, especialmente, no que diz respeito ao acesso a contraceptivos no sistema público de saúde e à prática de esterilizações femininas, ou seja, questões relativas a uma demanda histórica por meios de controle da natalidade (ALVES, 2005). Além do legislador ter conceituado “planejamento familiar” no artigo 2º da lei enquanto “um

¹⁵ Importa contextualizar, aqui, que os movimentos progressistas defendiam a legalização do aborto por compreendê-lo enquanto problema de saúde pública. O impasse, neste caso específico, era colocado pela Igreja Católica e grupos evangélicos que compunham o processo e defendiam o direito à vida desde a concepção. A pauta da esterilização, por sua vez, era vetada no país pelo Decreto nº 20.931 e pelo artigo 29 do Código Penal, sendo seu cometimento interpretado como crime (ALVES, 2006, p. 31).

¹⁶ O Código Penal de 1940, em seu artigo 124, considera crime a prática do aborto provocado, determinando a não punição apenas nos casos de aborto necessário e em função de gravidez resultante de estupro. Mais recentemente, após o julgamento da ADPF 54, tem-se exceção deste rol de tipificações a interrupção da gravidez por gestação de fetos anencéfalos.

conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (BRASIL, 1996), importa ressaltar a importância dada ao Sistema Único de Saúde pela lei – o que demarca, novamente, a relação intrínseca entre Direitos Reprodutivos e Direito à Saúde. Caberia, então, ao SUS, garantir em toda a sua rede de serviços, de acordo com o parágrafo único do artigo 3º:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis (BRASIL, 1996).

Sobre a assistência à contracepção, prevista no inciso primeiro do artigo acima, a lei ainda determina que seus métodos e técnicas, “cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas” serão garantidos pelo sistema de saúde. Ainda, em consonância com as diretrizes internacionais, a lei responsabiliza o Estado, no artigo 5º, indicando associação com o sistema educacional, na promoção de “condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.” (BRASIL, 1996). Ainda, importa ressaltar que a lei também regulou a possibilidade de esterilização voluntária, restringindo, no entanto, as hipóteses válidas de acesso a este procedimento em seu artigo 10º¹⁷.

Em 2006, no entanto, de acordo com Alves o panorama não havia se alterado expressivamente:

¹⁷ “Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:
I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;
II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito assinado por dois médicos.”
(e parágrafos seguintes).

Mesmo depois da aprovação da Lei do Planejamento Familiar, em 1996, a disponibilidade de métodos contraceptivos na rede pública de saúde continua baixa devido à crise fiscal do Estado brasileiro. O fato é que as famílias mais pobres não podem exercer de maneira plena os seus direitos à autodeterminação reprodutiva. Não há empecilho para os casais que querem ter “quantos filhos Deus mandar”. Contudo, a situação é dramática para quem quer limitar ou espaçar o número de filhos e não possui os meios para adquirir os métodos contraceptivos no mercado. Assim, a gravidez indesejada é uma realidade e afeta tanto a mulher que se vê forçada a carregar uma gestação não planejada, quanto as crianças que foram concebidas não pela vontade soberana dos seus progenitores. Não é de se estranhar, pois, que a gravidez na adolescência seja um tema em constante debate no país (ALVES, 2006, p. 33).

Da mesma forma, Camargo (2009, p. 108) relata que, assim como o acesso aos métodos contraceptivos no SUS ainda é bastante dificultado, as candidatas aos procedimentos de esterilização voluntária enfrentam especiais empecilhos. A partir da pesquisa de Berquó e Cavenghi, constata-se que, ainda que o número deste procedimento tenha aumentado consideravelmente durante o período analisado, apenas 25,8% das mulheres que desejavam passar pela esterilização, conseguiram efetivamente realizá-la, concluindo pela baixa efetividade da lei no que diz respeito ao alcance dos direitos reprodutivos (BERQUÓ, CAVENGHI, 2003).

Em pesquisa sobre assistência em contracepção e planejamento familiar através da perspectiva de usuárias do SUS em cinco estados do Brasil, Heilborn et al. (2009) constataram que existem uma série de entraves no serviço de saúde para o efetivo acesso das mulheres ao que prevê a legislação: “oferta contínua de todos os métodos, melhor captação e encaminhamento de usuárias pelos serviços de saúde, capacitação de profissionais para o trabalho educativo, etc” (HEILBORN et al., 2009, p. 276) seriam alguns deles. Ainda, as autoras dão destaque à fragilidade das estratégias de captação de mulheres não grávidas - especialmente de mulheres jovens e adolescentes -, o alto número de usuárias laqueadas – número esse bem mais expressivo nas unidades do interior do que nas da capital -, e a pequena utilização do DIU:

Quando elas optam por este método, se defrontam com dificuldades e contratempos da organização do atendimento (demora nos resultados de exames, agendamento da consulta para inserção do DIU em um único dia da semana), o que dificulta sobremaneira o acesso. Nestes casos, elas desistem desse método e optam pela pílula ou esterilização. [...] As condições de acesso das usuárias ao planejamento reprodutivo nas unidades de saúde ainda necessitam ser aperfeiçoadas. [...] Na capital, os problemas se concentram na organização dos serviços, com

grande demanda e oferta limitada de grupos em horários diurnos, coincidindo com o horário de trabalho das usuárias, às vezes, com longo tempo de espera para serem atendidas (entre 15 dias a 6 meses). Tais dificuldades, aliadas à interrupção do atendimento (férias dos profissionais responsáveis), irregularidade no fornecimento de métodos, condicionam as possibilidades de escolha das usuárias, às vezes constringidas a optarem por determinado método (pílula ou camisinha), em razão das dificuldades de acesso a outro, como o DIU ou a ligadura (HEILBORN et al., 2009, p. 276).

Neste mesmo sentido, uma outra pesquisa sobre o planejamento familiar no Brasil, que partia da análise da materialização dos objetivos do PAISM e da Lei de Planejamento Familiar - focando especialmente nas atividades educativas, no acesso das mulheres aos métodos contraceptivos, na demanda pela esterilização feminina e pela anticoncepção de urgência - tirou conclusões semelhantes:

Nossos resultados confirmam que a atenção ao planejamento familiar no Brasil continua a ser marcada pela indisponibilidade de métodos anticoncepcionais nos serviços públicos de saúde, e pela capacitação desigual e insuficiente dos profissionais para atuarem nessa área. As ações em planejamento familiar, previstas no PAISM como parte da atenção integral à saúde da mulher^{1,13}, incluem-se na atenção básica, de acordo com o modelo de atenção à saúde adotado no Brasil desde a criação do SUS, passando pela estratégia de saúde da família¹⁴. Percebe-se, entretanto, que a assistência ao planejamento familiar nos municípios está ainda distante de um patamar satisfatório. As ações de planejamento familiar, com frequência, são executadas de forma isolada e não priorizadas como os demais componentes da atenção básica (OSIS, et al., 2006).

A partir de tais constatações, portanto, pode-se visualizar a série de lacunas deixadas pela legislação que regulou o parágrafo 7º do artigo da Constituição Federal. Para além de possuímos dispositivos legais que assegurem à população o direito de decidir quando, quantos e em que espaçamento temporal gerar filhos, a realidade mostra que as dificuldades ainda são muitas – especialmente para homens e mulheres que não possuem recursos para acessar tais instrumentos via financiamento privado.

Como uma resposta a constatação desses vários problemas – que se vislumbravam, ainda que não com toda a atenção devida, desde o início do novo século¹⁸ – iniciativas do próprio governo federal, com o intuito de atingir mais fortemente a grande

¹⁸ Vide as motivações de ser da Cartilha de Direitos Sexuais e Reprodutivos lançada em 2005 pelo governo federal (BRASIL, 2005).

parcela da população que não tinha acesso à educação sexual e métodos de planejamento familiar, começaram a ser implementadas.

O primeiro movimento nesse sentido se deu em março de 2005 com a divulgação de três ações encampadas pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM)¹⁹ através de uma “Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos” (ALVES, 2006). A partir dela, objetivava-se ampliar a oferta de métodos anticoncepcionais, facilitar o acesso à esterilização cirúrgica voluntária e iniciar a introdução de técnicas de reprodução humana assistida pelo SUS.

Através da cartilha “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo”, lançada em 2005 pelo Ministério da Saúde em parceria com os Ministérios da Educação, da Justiça, do Desenvolvimento Agrário, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, a Secretaria Especial de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, o governo demonstrava a especial atenção que pretendia dar ao tema do planejamento familiar. Após uma retomada histórica da agenda dos Direitos Sexuais e Reprodutivos no mundo, a cartilha se propõe a exemplificar o que é o planejamento familiar e de que forma, até então, ele vinha se dando no país. Importa destacar que o próprio documento sublinha as deficiências das políticas implementadas até então: em 2001 foi realizada uma auditoria para analisar a abrangência da distribuição de meios anticoncepcionais e das ações de planejamento familiar. Naquele momento se descobriu que a distribuição do nível estadual para os municípios era dificultada, por exemplo, e que as coordenadorias estaduais mal informadas estavam sobre as ações acima referidas. Nos anos subsequentes, as remessas dos “kits”, compostos por preservativos, DIUs, pílulas anticoncepcionais e de emergência, foram aumentadas (BRASIL, 2005).

Na tentativa de reverter o quadro que indicava pouca adesão da população aos métodos oferecidos, passou-se a uma intensificação de oferta dos instrumentos através da atenção básica, bem como à ampliação do número de municípios que receberiam os kits (BRASIL, 2005). Além da oferta de anticoncepcionais reversíveis no SUS, o documento demonstrava o compromisso do governo com outras pautas que englobam os direitos reprodutivos, tais como: “Elaboração e distribuição de manuais técnicos e de cartilhas

¹⁹ A Secretaria de Políticas para as Mulheres foi criada em 2003 pelo então presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

educativas”, “Capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para assistência em planejamento familiar”, “Atenção em reprodução humana assistida na rede SUS”, “Ampliação do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas”, “Atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens” dentre outros que podem ser analisados no decorrer da cartilha. Percebe-se, assim, uma larga preocupação por parte do governo federal na efetivação dos pontos já garantidos legislativamente, porém ainda deficientes faticamente.

Ainda, ressalta-se a atenção conferida pelo documento ao tema do aborto. Pioneiramente, o documento toca em um ponto extremamente delicado e que, até então, para além das iniciativas dos grupos feministas que compunham a assembleia constituinte e que disputaram esta pauta naquele momento, não tinha avançado na agenda nacional. Em um tópico que trata da “Implantação e implementação de serviços para atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual e doméstica e para atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento”, diz-se:

Com relação ao aborto, o Governo brasileiro é signatário de documentos de Conferências das Nações Unidas que o consideram grave problema de saúde pública (Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994) e recomendam que os países revisem as leis que penalizam a prática do aborto considerado inseguro, isto é, que traz riscos para a vida e a saúde da mulher (Plano de Ação da Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, em 1995). Nesse sentido, é necessário garantir a qualidade e a ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e assegurar que as mulheres que chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento sejam atendidas de forma humanizada e com tecnologia adequada, evitando assim o risco de adoecimento e morte. Para isso, será publicada em 2005 a norma técnica Atenção Humanizada ao Abortamento e a cartilha Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde, que orientarão os profissionais de saúde nos hospitais e pronto-socorros. É importante destacar que o Ministério da Saúde não considera e tampouco incentiva o abortamento como método de planejamento familiar. Vale assinalar que o abortamento realizado em condições inseguras está entre as principais causas de morte materna no Brasil (BRASIL, 2005, p. 21/22)

Ainda que o documento não defenda a descriminalização do aborto, entende-se como muito positiva a preocupação no sentido da efetivação do direito ao abortamento legal (nas hipóteses permitidas e especificadas no Código Penal, no caso) e seguro. A cartilha “Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual” objetivava informar os profissionais da saúde no atendimento enfrentamento de situações de

violência contra a mulher. A partir de uma série de perguntas e respostas, que vão desde “O que dispõe a lei sobre o aborto pós-estupro?” até “Para a realização do aborto legal, quando há a obrigatoriedade do exame pelo perito?”, o documento acaba por ser um guia para os profissionais na tentativa de facilitar a efetivação dos direitos reprodutivos das mulheres garantidos em lei e propagados nos documentos internacionais dos quais o Brasil é signatário (BRASIL, 2011).

Em 2006, porém, Alves denunciava:

Embora a da “Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos”, lançada em 22/03/2005, seja bem concebida os seus efeitos práticos têm sido muito pequenos, pois os postos de saúde continuam sem condições de prover regularmente e em quantidade adequada os meios de regulação da fecundidade (2006, p. 41).

Como também se vê acima, a partir das pesquisas de Heilborn e Osis, as deficiências do sistema de saúde que operacionalizavam o fomento das políticas públicas de planejamento familiar do governo federal eram diversas, mesmo depois de ações como a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos. Isso demonstra, acreditamos, a necessidade constante de trabalhar-se conjuntamente o Direito à Saúde, bem como os Direitos das Mulheres, de forma transversal e dialogada. Ainda, como a efetivação de um direito depende da ação conjunta de governo federal e poder legislativo. Afinal, ainda que a Lei do Planejamento Familiar tenha sido promulgada, há 20 anos ainda aguarda-se para que, irrestritamente, as mulheres brasileiras tenham real acesso às possibilidades previstas em lei. Da mesma forma, ainda que as perspectivas de gênero e de saúde sexual e reprodutiva tenham sido incorporadas pelas políticas públicas no primeiro governo do Partido dos Trabalhadores, representando um grande avanço à época em termos de novas possibilidades de efetivação de direitos, estas não deram conta de atender a gigante demanda das mulheres brasileiras por planejamento familiar e autonomia reprodutiva.

Aliás, um dos Direitos Reprodutivos centrais da pauta feminista permanece inalcançado, mesmo após anos de debate público e disputa legislativa: o direito ao aborto voluntário. Em 2010, a Pesquisa Nacional do Aborto feita por Debora Diniz e Marcelo Medeiros já denunciava o quão comum é o aborto na vida da mulher brasileira que:

[...] ao completar quarenta anos, mais de uma em cada cinco mulheres já fez aborto. Tipicamente, o aborto é feito nas idades que compõem o centro do período reprodutivo feminino, isto é, entre 18 e 29 anos, e é

mais comum entre mulheres de menor escolaridade, fato que pode estar relacionado a outras características sociais das mulheres de baixo nível educacional. A religião não é um fator importante para a diferenciação das mulheres no que diz respeito à realização do aborto. Refletindo a composição religiosa do país, a maioria dos abortos foi feita por católicas, seguidas de protestantes e evangélicas e, finalmente, por mulheres de outras religiões ou sem religião. O uso de medicamentos para a indução do último aborto ocorreu em metade dos casos. Considerando que a maior parte das mulheres é de baixa escolaridade, é provável que para a outra metade das mulheres, que não fez uso de medicamentos, o aborto seja realizado em condições precárias de saúde. Não surpreende que os níveis de internação pós-aborto contabilizados pela PNA sejam elevados, ocorrendo em quase a metade dos casos. Um fenômeno tão comum e com consequências de saúde tão importantes coloca o aborto em posição de prioridade na agenda de saúde pública nacional (DINIZ, MEDEIROS, 2010, p. 964).

Ainda que os pesquisadores já alertassem, em 2010, para estes números, o Brasil pouco fez desde lá para, efetivamente, tratar desde assunto enquanto “prioridade na agenda de saúde pública nacional”. Aliás, é histórica a negligência estatal quanto a este assunto: como visto, a autonomia da mulher sobre o próprio corpo através da interrupção voluntária da gravidez não foi contemplada pelo texto constitucional. Ao contrário, mesmo após a promulgação da Constituição, dispositivos como o do Código Penal, que criminalizam as mulheres que abortam, permanecem válidos:

[...] deve-se ainda considerar que essa definição de crime e castigo transcende os códigos penais, e cria um ambiente que penaliza psicológica, social e institucionalmente a mulher que aborta ou enfrenta uma gravidez indesejada, reforçando a discriminação sexual e as desigualdades de gênero, faixa etária, raça e classe social. Todos esses fatores afetam a assistência integral à saúde sexual e reprodutiva e podem produzir violências institucionais, mesmo quando o aborto constitui um direito legal das mulheres. As dificuldades aumentam na assistência pós aborto não permitido por lei, gerando, por vezes, graves violações de direitos por parte dos profissionais, como a quebra do sigilo médico, denúncia criminal, omissão de socorro, intervenção tecnicamente inadequada, tratamento desumano e degradante. (VENTURA, 2009, p. 146/147).

Assim, não há como defender que o Brasil possui, hoje, um sistema sólido de garantias de direitos reprodutivos para as mulheres. Especialmente partindo do direito ao aborto voluntário como um indicador específico de como os Direitos Reprodutivos se manifestam no país ou, ainda, do tratamento dado pelo ordenamento pátrio a esta questão (CAMARGO, VENTURA, 2016).

A última pesquisa nacional do aborto, datada de 2016, toma conclusões que importam no debate da agenda dos Direitos Reprodutivos no Brasil:

- Metade das mulheres aborta através de medicamentos;
- Cerca de metade delas precisou ser internada para finalizar o aborto;
- O fenômeno do aborto é comum na vida reprodutiva das mulheres e não se restringe a uma idade específica;
- As mulheres que abortam podem ser ou não casadas, ser ou não mães, possuir alguma religião ou nenhuma delas, trabalhar ou estar desempregada.
- Acessar o aborto independe da classe social ou do grupo racial a que se pertence, bem como da região ou cidade do país em que se mora (DINIZ et al., 2017).

Por outro lado, a pesquisa traz outros dados relevantes, que demonstram as particularidades das mulheres que abortam, “desuniversalizando” esse grupo heterogêneo composto pelas mulheres brasileiras: as maiores taxas de aborto se dão entre as mulheres pretas, pardas e indígenas, de baixa escolaridade e renda (DINIZ et al., 2017). Daí a necessidade de compreender que, para além do aborto ser matéria de saúde pública e, portanto, concernir a toda a população, é matéria de igualdade racial e social. Ainda que a sua prática seja um ato individual, ela não está descolada do tecido social, dizendo respeito às escolhas que se faz enquanto sociedade. Se o Estado negligencia esse problema – que é, antes de tudo, de saúde e não de segurança pública, como insistem em defender -, e não leva adiante políticas que alterem tal quadro, pode-se confirmar a ausência de um comprometimento sério com a agenda dos Direitos Reprodutivos no Brasil.

2. O Percurso da Epidemia do Zika Vírus no Brasil

A Epidemiologia constitui há tempos a base dos estudos em Saúde Coletiva. Lidando com a distribuição de doenças e suas respectivas causas em populações humanas, essa ciência é conceituada por Almeida Filho e Rouquayrol (2011) como responsável por estudar:

[...] o processo saúde-enfermidade na sociedade, analisando a distribuição populacional e fatores determinantes do risco de doenças, agravos e eventos associados à saúde, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de enfermidades, danos ou problemas de saúde e de proteção, promoção ou recuperação da saúde individual e coletiva, produzindo informação e conhecimento para apoiar a tomada de decisão no planejamento, administração e avaliação de sistemas, programas, serviços e ações de saúde (ALMEIDA FILHO et al., 2011, p. 3).

As crises sanitárias que ameaçam a segurança de países e que são causadas por epidemias, portanto, possuem íntima relação com a forma com que “medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de enfermidades”, por exemplo, são tomadas – tanto em nível nacional quanto internacional.

As epidemias – entendidas aqui não como um tipo específico de doença, mas sim, como “parte de um complexo processo de distribuição de patologias no tempo e no espaço” (CARVALHEIRO, 2008, p. 17) - são pautas constantes da agenda de “Saúde Global”. Esse campo, que tão fortemente intervém nos sistemas de saúde, em governos e em concepções de cidadania, merece especial destaque quando se fala na intrincada relação composta pelo Direito e pela Saúde. No caso de democracias em desenvolvimento, por exemplo, como é o caso do Brasil, ativistas e pacientes engajados na luta por melhores condições de acesso ao sistema de saúde elevam essa discussão a outro nível, questionando-se se seriam o objeto e as implicações de um sistema de cuidado qualificado, por exemplo, uma questão de direito ou de privilégio (BIEHL, PETRYNA, 2008).

Nesse sentido, então, o trato dos governos e das agências internacionais com as epidemias – desde suas raízes até suas repercussões -, é simbólico. No caso da epidemia do vírus Zika²⁰ no Brasil, por exemplo, tem-se uma gama de simbolismos – já presentes em grande parte do decorrer da história nacional – que passam a ser evidenciados.

²⁰ Sobre ele, sabe-se que “é um Arbovírus do gênero Flavivírus. Todos os Flavivírus são arbovírus. O vírus Zika é, então, um Flavivírus e um Arbovírus. O gênero Flavivírus abrange mais de cinquenta outras

Para compreendermos o alcance dos efeitos do vírus Zika no Brasil, faz-se necessário estabelecer uma cronologia mínima acerca do caminho percorrido por ele desde sua chegada até o país. Antes, no entanto, importa desenvolver brevemente a sua rota até atracar em terras brasileiras.

De acordo com Donald McNeil Jr., o vírus foi identificado pela primeira vez na África, em 1947, pelo Instituto de Pesquisa da Febre Amarela em Entebbe, o qual pertence à Fundação Rockefeller. O repórter de ciência conta em seu “Zika: a epidemia emergente” que o vírus passou a ser estudado a partir do adoecimento de um dos macacos utilizados na pesquisa. Após uma longa tarefa que durou anos, em 1967 eles batizaram o vírus, que até então não havia sido registrado, de Zika (McNeil, 2016, p. 26).

O primeiro surto do vírus Zika, todavia, se deu no Pacífico em 2007, mais especificamente na ilha Yap, uma das Ilhas Carolinas no Pacífico Ocidental, as quais fazem parte dos Estados Federados da Micronésia. No entanto, os sintomas foram muito brandos e hoje sabe-se que “quatro entre cinco dos que tiveram a doença jamais souberam disso” (McNeil, 2016, p. 42). O segundo surto aconteceu no Taiti, em 2013, e se deu de forma mais violenta, pois conclui-se que o vírus estava causando, além dos sintomas brandos já conhecidos – febre, erupções cutâneas e vermelhidão sobre a pele -, a síndrome de Guillain-Barré (McNeil, 2016). Para esta síndrome não há cura: ela se caracteriza por gerar reações autoimunes “à uma infecção anterior, em que o sistema imunológico produz anticorpos que atacam as células nervosas periféricas do corpo” (McNeil, 2016, p. 46). O Guillain-Barré se dava em uma para cada 4.200 infecções por Zika, de acordo com o autor. No entanto, em nenhum desses primeiros relatos se associou as doenças à microcefalia ou outros problemas neurológicos em bebês.

A partir disso, resta situar o momento em que soube-se que o Zika estava entre nós. De acordo com Débora Diniz (2016, p. 23), este momento se deu em abril de 2015, quando se identificou o vírus que estava causando a inquietante doença nos hospitais,

espécies de vírus, incluindo a dengue, a febre amarela, a encefalite de São Luís e o vírus do Oeste do Nilo.” (DINIZ, 2016, p. 36). “Arbovírus”, no caso, caracteriza vírus que são transmitidos através de artrópodes, como insetos e aranhas, por exemplo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, “O vírus Zika é transmitido às pessoas, principalmente, através da picada de um mosquito infectado do gênero *Aedes*, principalmente o *Aedes aegypti*, em regiões tropicais. Os mosquitos *Aedes* picam, normalmente, durante o dia, sobretudo ao princípio da manhã e ao fim da tarde/princípio da noite. Este é o mesmo mosquito que transmite a dengue, a chikungunya e a febre amarela. Também é possível que o vírus Zika seja transmitido por via sexual. Outros modos de transmissão, tais como transfusões de sangue, estão a ser investigados.” (OMS, Fact Sheets, 2016) Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/pt/>

especialmente, do Nordeste do país: a microcefalia²¹. Importa situar temporalmente os fatos desta forma pois, até então, ainda que o vírus já estivesse entre nós²² e algumas pesquisas a respeito dele já estivessem sendo desenvolvidas em outras partes do mundo há tempos, foi preciso que mulheres e crianças fossem afetadas para que a mídia e as autoridades evidenciassem este fato. Até porque, historicamente, os efeitos do vírus eram comumente comparados a uma espécie de “dengue branda” (McNeil, 2016, p. 42) e, portanto, os casos que o envolvia acabavam por não ter grande repercussão.

No Brasil, quem primeiro identificou do que se tratava a doença misteriosa e, portanto, que primeiro desconfiou que aquilo não se tratava de doença já conhecida e categorizada – como a dengue, por exemplo - foram médicos nordestinos²³. Ou seja, ainda que a doença fosse conhecida há mais de meio século, a grande novidade – e que teve o Nordeste do país como o palco deste acontecimento – foi “o surto de microcefalia associado ao surto de Zika no Brasil por transmissão vertical, termo usado para descrever a doença transmitida da mulher grávida para o feto e que pode alterar seu desenvolvimento ou mesmo provocar adoecimentos permanentes”²⁴ (DINIZ, 2016, p. 12).

Foi em maio de 2015, no entanto, através do então ministro da saúde, Arthur Chioro, que o Ministério da Saúde se pronunciou institucionalmente anunciando que o vírus Zika circulava pelo país. Á época, o tom era de calma e a autoridade mostrava pouca preocupação pelo “novo” vírus, destacando, ao invés disso, a necessidade de se combater a dengue (DINIZ, 2016, p. 63).

²¹ Definição esta que mais tarde foi melhor conceituada enquanto “síndrome congênita do Zika”. Este termo abrange de forma mais ampla a gama de diferentes manifestações causadas pela infecção do vírus, transmitido verticalmente de mãe para filho durante a gestação.

²² As teorias acerca da forma como o vírus Zika entrou no Brasil são várias e as autoras e autores divergem largamente acerca deste ponto. A que predomina, no entanto, é a de que o vírus teria sido introduzido no país através da Copa das Confederações, uma espécie de “pré Copa do Mundo”, em junho de 2013. Possivelmente, teria sido a equipe do Taiti, a qual jogou uma partida em Recife, a responsável pela introdução do vírus no Brasil (McNeil, 2016). No entanto, como alerta Diniz (2016), essa corrida pela hipótese mais acertada sobre a chegada do vírus no país pode ser perversa: existem uma série de interesses científicos sobre as origens da doença e isto pode gerar “ameaça de estigmas ou responsabilidade individuais para vivências que são sempre coletivas” (2016, p. 38).

²³ Sobre esse fato, Diniz o caracteriza como “o descentramento da ciência legítima vivida” (2016, p. 19), uma vez que o eixo de “autoridade” se deslocava do comumente visto no mundo da ciência: era o Nordeste, no caso, quem anunciava a descoberta, forçando um reconhecimento pouco vivenciado por esses médicos e cientistas (DINIZ, 2016).

²⁴ Ainda que a confirmação científica acerca da possibilidade de transmissão vertical do vírus Zika tenha sido posterior a conclusão pela ligação entre microcefalia e Zika, importa destacar que foi através da retirada do líquido amniótico de algumas pacientes e que, após análises, confirmou a presença do Zika, que primeiro se fez essa ligação. Ver em: <https://www.hrw.org/pt/report/2017/07/12/306265>

O primeiro boletim epidemiológico divulgado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, a qual pertence ao Ministério da Saúde, relacionado ao Zika foi o de número 26, no volume 46. Intitulado “Febre pelo vírus Zika: uma revisão narrativa sobre a doença”²⁵, o informe objetivava “apresentar os estudos mais atuais sobre a febre pelo vírus Zika, suas características clínicas, epidemiológicas e ambientais, visando atualizar os profissionais de saúde.” (Ministério da Saúde, 2015, nº 26). Além de apresentar um breve histórico da doença, o boletim trazia considerações acerca da apresentação clínica, do tratamento e dos modos de transmissão do Zika vírus. Todavia, não tratava da ligação entre o respectivo vírus e sua transmissão vertical, nem mesmo de sua (à época, suposta) conexão com a microcefalia em fetos.

A epidemia começou a ser efetivamente monitorada a partir de novembro de 2015. No dia 11 deste mês, em função da mudança do paradigma epidemiológico dos casos de microcefalia no estado do Pernambuco, o Ministro da Saúde Marcelo Castro declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) através da Portaria de número 1.813²⁶. Além de considerar a complexidade do evento que se instaurava, a Portaria acionou o Sistema Único de Saúde e estabeleceu a necessidade da instauração de um plano de resposta à emergência, considerando “estratégia de acompanhamento e suporte às gestantes, crianças e puérperas afetadas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, nº 1.813).

Um novo boletim epidemiológico foi lançado, mas que desta vez tratava da “Situação epidemiológica de ocorrência de microcefalias no Brasil”. No informe de número 34²⁷, ainda em 2015, a Secretaria de Vigilância Sanitária divulgou algumas medidas que vinham sendo adotadas em relação ao “aumento expressivo no padrão de ocorrência dessa alteração congênita, com elevação da quantidade de casos em comparação aos anos anteriores.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, nº 34). De acordo com o documento, dentre as medidas adotadas desde sua notificação pela Secretaria Estadual de Pernambuco, a Secretaria notificou a OMS em outubro daquele ano, realizando

²⁵ Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/26/2015-020-publica---o.pdf>

²⁶ Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1813_11_11_2015.html

²⁷ Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/19/Microcefalia-bol-final.pdf>

[...] nova avaliação de risco no âmbito do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e notificou o evento à OMS, classificado como potencial Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), por apresentar impacto grave sobre a saúde pública e por ser evento incomum/ inesperado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, nº 34).

Ainda, o documento também menciona a portaria (citada acima) que declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional. Ao final, o boletim elenca ainda algumas orientações às gestantes. Curiosamente, apesar de não citar o Zika vírus e nem mesmo mencionar seu crescente alastre pelo país à época, estas orientações dadas pelo Ministério da Saúde englobavam recomendações relacionadas a eliminação de criadouros de mosquitos, bem como a adoção de medidas como a conservação de portas e janelas fechadas ou teladas. Isso indica, portanto, as já fortes suspeitas pelo governo brasileiro acerca da íntima relação entre a epidemia do vírus Zika – vírus esse transmitido vetorialmente pelo mosquito *Aedes Aegypti* - e os crescentes números de diagnóstico de microcefalia em recém-nascidos.

Apenas no boletim de número 37²⁸, no entanto, a Secretaria de Vigilância divulga a possibilidade de existência de uma “relação causal” entre Zika e microcefalia:

No dia 17 de novembro de 2015, a Fiocruz notificou que o Laboratório de Flavivírus do Instituto Oswaldo Cruz concluiu diagnósticos que constataram a presença do genoma do Zika vírus em amostras de duas gestantes da Paraíba, cujos fetos foram confirmados com microcefalia por meio de exames de ultrassonografia. O material genético (RNA) do vírus foi detectado em amostras de líquido amniótico, com o uso da técnica de RT-PCR em tempo real. Apesar de ser um achado científico importante para o entendimento da infecção por Zika vírus em humanos, os dados atuais não permitem estabelecer uma relação causal entre a infecção pelo Zika e a ocorrência de microcefalia. Todas as hipóteses estão sendo minuciosamente analisadas pelo MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, nº 37, p. 1).

Ainda, este informe em específico traz dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos, o SINASC, o qual organiza dados referentes a epidemias e gestações, especialmente os ligados a nascimentos e malformações congênitas. De acordo com este Sistema, houve um aumento de 1,8 vez no número de casos de microcefalia entre os anos de 2014 e 2015, especialmente no estado de Pernambuco e em outros estados do Nordeste.

²⁸ Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/30/Microcefalia-2-boletim.pdf>

A partir do boletim epidemiológico de número 41²⁹, surge a referência ao “Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika”, o qual foi divulgado em 08 de dezembro de 2015. Este Protocolo tinha como propósito auxiliar os especialistas da saúde e da vigilância com dados e orientações acerca dos casos de microcefalia que se espalhavam pelo país. Com isso, houve uma mudança no critério de classificação, a partir da ampliação das definições de microcefalia relacionadas ao vírus Zika, especialmente ao que concernia às gravidezes e pós-partos.

No decorrer do boletim, no entanto, fica claro o direcionamento de forças para o combate ao mosquito – em detrimento, neste momento, a atenção especializada às mulheres que vinham sendo afetadas por essa situação. O documento foca nas medidas de prevenção e controle do mosquito, inclusive incentivando que as “Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue”, de 2009, fossem tomadas como preceitos naquele momento. Ainda que o documento traga informações específicas acerca da população-alvo³⁰ e de medidas de prevenção pessoal³¹, ele se limita a declarar que: “diante da suspeita ou confirmação de casos de infecção pelo vírus Zika, deve ser declarado ‘alerta de potencial ocorrência de casos de microcefalias’” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, nº 41, p. 5).

Certamente, as pesquisas científicas acerca do diagnóstico laboratorial, bem como sobre a implantação de unidades sentinelas para detecção da circulação do mosquito eram e são essenciais – como se pode observar no último boletim epidemiológico do ano de 2015, de número 46³², e que monitorava o número os casos de microcefalia até então e onde essas questões foram abordadas. No entanto, naquele momento, deixou-se de lado o cuidado com a saúde mental e psicológica das mulheres que já estavam sendo afetadas

²⁹ Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/11/svs-be-2015-048-microcefalia-se48-final2.pdf>

³⁰ “Gestante com possível infecção pelo vírus Zika durante a gestação; Fetos com alterações do Sistema Nervoso Central possivelmente relacionada a infecção pelo vírus Zika durante a gestação; Aborto espontâneo decorrente de possível associação com infecção pelo vírus Zika, durante a gestação; Natimorto decorrente de possível infecção pelo vírus Zika durante a gestação; Recém-nascido vivo com microcefalia possivelmente associada a infecção pelo vírus Zika, durante a gestação.” (BRASIL, 2015, p. 4).

³¹ Ao levar em conta a relação microcefalia vs. Zika vírus, o boletim indica que profissionais da saúde informem a mulheres gestantes e em idade fértil acerca de, dentre outras coisas, vacinação – de acordo com o Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde -; proteção de picadas de insetos; alterações no estado de saúde e comunicação do fato a médico;

³² Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/28/2015-boletim-microcefalia-se50-vol46-n46.pdf>

pela epidemia de microcefalia – e que começava já mostrava sinais de intensa correlação com o vírus Zika.

Sobre os Protocolos de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika, que foram lançados em 2015 e 2016, respectivamente, não há menção quanto a um tratamento especializado às mulheres que sofreram os efeitos da infecção pelo vírus Zika e, muito menos, quanto às que tiveram seus bebês afetados pela microcefalia decorrente da infecção.

Em 2016, uma importante movimentação vinda da Organização Mundial da Saúde (OMS), à época tendo como diretora-geral Margaret Chan, foi responsável por visibilizar mundialmente o que vinha acontecendo no Brasil: a Organização declarou, em 1º de fevereiro, situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional³³. Naquele momento, se falava ainda em uma “possível associação” entre a microcefalia e outros distúrbios neurológicos com o vírus Zika. Os países que compunham o Comitê que analisava especificamente esta questão e que trouxeram informações que permitiam balizar tal associação eram: Brasil, França, Estados Unidos e El Salvador. As conclusões tiradas pelo grupo de trabalho à época, assim, indicavam que era necessário agir direcionadamente para reduzir os níveis de infecção pelo vírus, especialmente entre mulheres grávidas e entre aquelas que se encontravam em idade reprodutiva. Ainda, recomendações adicionais foram feitas pelo Comitê, no sentido de fortalecer a prevenção e a atenuação de danos pela epidemia que se desenvolvia. Acreditamos ser importante destacar, especificamente, uma delas, por dizer respeito à forma como as mulheres vinham sendo levadas em conta diante deste cenário. Sobre a exposição ao Zika vírus, o documento reportava: “Mulheres grávidas que foram expostas ao Zika vírus devem ser aconselhadas e acompanhadas nas consequências do nascimento/parto, através da melhor informação disponível e nas práticas e orientações/políticas nacionais”³⁴. Ou seja, ainda que a Organização não tenha verbalizado termos como “direitos reprodutivos” e todos os outros que os compreendem, fica evidente a preocupação em alumiar a frágil situação das mulheres já afetadas pela epidemia, bem como a série de consequências que teriam de enfrentar no decorrer desta gestação e após o nascimento do bebê atingido pelo Zika vírus.

³³ Para acesso à declaração, visitar: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/en/>

³⁴ Na tradução original, tem-se: “Pregnant women who have been exposed to Zika virus should be counselled and followed for birth outcomes based on the best available information and national practice and policies.”

Dois meses depois, em abril, a mesma Organização se pronunciou³⁵ no sentido de balizar o “consenso científico” que se formava pela confirmação de que o vírus Zika era, sim, o causador da microcefalia e da síndrome de Guillain-Barré (DINIZ, 2016, p. 9).

Importa destacar que, até então, o assunto vinha sendo tratado de forma dúplice: ainda que pronunciamentos e declarações oficiais vinham sendo proferidos no sentido de fortalecer o entendimento da íntima relação entre o Zika vírus e a microcefalia, outras declarações prestavam desserviços a esta mesma causa. No começo de 2016, o ministro da Saúde Marcelo Castro declarou estarmos “perdendo feio” a batalha contra o vetor, o mosquito *Aedes aegypti*, tendo sua fala endossada pela então presidente Dilma Rousseff³⁶. Ainda, informações controversas a respeito de supostas diretrizes dadas pelo Ministério da Saúde para que as mulheres não engravidassem – e assim evitassem gerar bebês que poderiam vir a apresentar microcefalia – circulavam entre o final de 2015 e início de 2016³⁷. Representantes de países latino-americanos também se pronunciaram neste sentido, dando a entender que recomendações como esta – ainda que de forma claramente equivocada - de alguma forma, serviriam de “medida profilática”³⁸ para a epidemia.

Enquanto tais pronunciamentos circulavam e posições como estas eram tomadas, crescia o número de casos de gestantes infectadas pelo vírus Zika³⁹. De acordo com a

³⁵ À época, a mídia veiculava que tal “delay” teria se dado pura e simplesmente por cautela da OMS, a qual teria optado por aguardar por maiores provas científicas. Afinal, o governo brasileiro estaria pressionando a Organização a agir neste sentido (qual seja, reconhecendo a relação entre o Zika e a microcefalia) desde novembro do ano passado. Ver em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,oms-confirma-que-zika-causa-microcefalia,10000025961>

³⁶ Sobre a evidente publicização da prioridade dada ao combate do mosquito, em detrimento da atenção ao cuidado com as mulheres e crianças afetadas: <https://oglobo.globo.com/brasil/depois-de-declaracoes-polemicas-dilma-elogia-ministro-da-saude-18554052>. Importa evidenciar também como na fala em destaque da presidente há ênfase na prevenção doméstica da epidemia, método este insuficiente no controle do mosquito a longo prazo.

³⁷ Ver em: <http://g1.globo.com/hora1/noticia/2015/11/nao-engravidem-agora-diz-ministerio-da-saude-por-causa-da-microcefalia.html>. Neste mesmo sentido, o Ministro da Saúde declarou, ao ser indagado acerca de medidas a serem adotadas durante a gestação em tempos de Zika vírus, que “sexo é para amadores, gravidez é para profissionais”, sugerindo, “implicitamente”, que a gravidez deveria ser evitada: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,sexo-e-para-amadores-gravidez-e-para-profissionais-diz-ministro-da-saude,1000002325>.

³⁸ Presidente da Colômbia recomendou que gravidezes fossem evitadas: http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/01/160123_colombia_gravidez_zika_polemica_fd. Sobre esse tipo de declaração, que vai em desencontro a preceitos básicos de saúde pública, Debora Diniz defende ser um desrespeito às mulheres e às suas escolhas reprodutivas. Ainda, sublinha o quão simbólica é esta declaração, no sentido de que ela evidencia a não disposição do Ministério da Saúde em tratar de direitos reprodutivos, planejamento familiar e aborto, questões transversais à epidemia do Zika vírus.

³⁹ É importante indicar que, de acordo com o Boletim Epidemiológico nº 37 de 2016, “a doença aguda pelo vírus Zika passou a ser de notificação compulsória, conforme Portaria nº 204 de fevereiro de 2016. Desta forma, a notificação deixou de ser exclusiva em unidades sentinela e tornou-se universal, ou seja, qualquer serviço de saúde deve notificar os casos a partir da suspeita clínica.” (MINISTÉRIO DA

Atualização Epidemiológica de 28 de abril de 2016⁴⁰, da Organização Pan-Americana de Saúde, que é a agência especializada de saúde para as Américas:

Entre fevereiro de 2016 e 2 de abril de 2016, foi registrado um total de **7.584 casos prováveis do vírus zika em gestantes**, dos quais 2.844 foram confirmados por exame laboratorial. Até o momento, o maior número de casos de microcefalia associada ao vírus zika foi registrado em mulheres que foram infectados no primeiro trimestre da gravidez (OPAS, 2016a, p. 2).

Já em 9 de junho de 2016, em outra Atualização Epidemiológica⁴¹ da mesma Organização, com base nos dados repassados pelo Ministério da Saúde brasileiro, indicava:

Entre a Semana Epidemiológica 1 de 2016 e a Semana Epidemiológica 20, foi notificado um total de **12.612 casos de gestantes com suspeita da doença do vírus zika**. Destes, 1.454 casos foram confirmados em laboratório. Na Figura 2, e também na Figura 4 a seguir, são apresentadas as curvas epidemiológicas de casos da doença do vírus zika na população em geral e em gestantes. **Até o momento, no Brasil, houve 1.551 casos confirmados de síndromes congênitas associadas à infecção pelo vírus zika** (OPAS, 2016b, p. 2).

Na esteira deste aumento expressivo de casos de gestantes com suspeita de infecção e de casos confirmados de síndromes congênitas associadas ao vírus, surge em junho de 2016 a Lei 13.301. Indicando dispor “sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus **chikungunya** e do vírus da **zika**,” e alterando “a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977”⁴² (BRASIL, 2016), a lei surgiu como uma primeira manifestação do legislativo no sentido de regularizar questões atinentes a epidemia⁴³. Os principais pontos da lei, tendo em vista o objetivo deste estudo, seriam:

SAÚDE, 2016, p. 1). Daí os números computados para a epidemia passarem a aumentar, uma vez que as notificações passaram a ser mais frequentes.

⁴⁰ Disponível em: http://www.paho.org/bra/images/stories/SalaZika/atualizacao_epi_28abril.pdf?ua=1

⁴¹ Disponível em: <http://www.paho.org/bra/images/stories/SalaZika/boletim%20013.pdf?ua=1>

⁴² A lei nº 6.437/77 estabelece infrações e sanções que concernem à legislação sanitária federal. No caso da alteração promovida pela lei nº 13.301, está se deu no sentido de acrescentar mais um inciso ao artigo 10º da respectiva lei, o qual elenca um extenso rol de infrações sanitárias: “XLII - reincidir na manutenção de focos de vetores no imóvel por descumprimento de recomendação das autoridades sanitárias: Pena - multa de 10% (dez por cento) dos valores previstos no inciso I do § 1º do art. 2º, aplicada em dobro em caso de nova reincidência.”

⁴³ Esta lei surgiu, antes, como Medida Provisória (MP nº 712/16), com vigência entre 01/02/2016 a 31/05/16. Disponível em: <http://www.congressonacional.leg.br/materias/medidas-provisorias/-/mpv/124652>

- Enquanto perdurasse a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, a autoridade máxima do Sistema Único de Saúde - SUS, estava autorizada a executar as medidas que fossem necessárias para controlar as doenças causadas pelos vírus da dengue, do chikungunya e do zika. Dentre elas, destacamos os incisos II e III do parágrafo 1º, os quais determinam a

A realização de campanhas educativas e de orientação à população, em especial às mulheres em idade fértil e gestantes, divulgadas em todos os meios de comunicação, incluindo programas radiofônicos estatais; Realização de visitas ampla e antecipadamente comunicadas a todos os imóveis públicos e particulares, ainda que com posse precária, para eliminação do mosquito e de seus criadouros, em área identificada como potencial possuidora de focos de transmissão;

- No parágrafo seguinte, ainda outras medidas foram elencadas objetivando a persecução do mesmo fim. Apontamos os incisos I e II, que estabelecem

Obediência aos critérios de diagnóstico estabelecidos pelas normas técnicas vigentes, aperfeiçoamento dos sistemas de informação, notificação, investigação e divulgação de dados e indicadores; universalização do acesso à água potável e ao esgotamento sanitário;

- Instituiu-se o Programa Nacional de Apoio ao Combate às Doenças Transmitidas pelo Aedes – PRONAEDES⁴⁴, por meio do qual se arrecadariam fundos a financiar projetos que trabalhariam no combate ao mosquito *Aedes Aegypti*.

- Ao final, a lei regulou ainda o Benefício de Prestação Continuada⁴⁵, um dos pontos mais polêmicos do texto⁴⁶:

⁴⁴ Em pesquisa à internet, não encontramos um portal específico ou institucional com maiores informações sobre o referido Programa. As poucas matérias jornalísticas que tratavam deste mecanismo, ou anunciavam sua criação pela Lei 13.301 ou divulgavam superficialmente a forma com que o Programa seria instituído, no caso, a partir de incentivos fiscais:

<http://congressoemfoco.uol.com.br/noticias/comissao-aprova-beneficio-financeiro-para-criancas-vitimas-de-microcefalia/>

⁴⁵ Este Benefício é regulado pela Lei 8.742 de 1993, a qual dita a organização da Assistência Social no país. Ele é definido em seu 20º artigo, o qual teve sua redação alterada pela Lei 12.435 de 2011. Nele consta: “O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família”. Ainda, por esta lei, a pessoa com deficiência é definida enquanto “aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.” Define ainda como “incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou idosa a família cuja renda mensal **per capita** seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário-mínimo.”

⁴⁶ Tanto a restrição de concessão do benefício apenas após a cessação da licença-maternidade, bem como as dificuldades enfrentadas pelas famílias na cumulação do bolsa-família com o BPC – para além da sua limitação em 3 anos - são questões centrais no debate acerca da garantia de direitos pela população afetada pela epidemia do Zika vírus. Para uma análise específica a partir da questão da cumulação a partir de um caso concreto, é essencial o relato de Gabriel Rondon para o portal JOTA:

Art. 18. Fará jus ao benefício de prestação continuada temporário, a que se refere o [art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993](#), pelo **prazo máximo de três anos**, na condição de pessoa com deficiência, a criança vítima de microcefalia em decorrência de sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*.

§ 1º (VETADO).

§ 2º **O benefício será concedido após a cessação do gozo do salário-maternidade originado pelo nascimento da criança vítima de microcefalia.**

§ 3º A licença-maternidade prevista no [art. 392 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943](#), será de cento e oitenta dias no caso das mães de crianças acometidas por sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*, assegurado, nesse período, o recebimento de salário-maternidade previsto no [art. 71 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991](#).

§ 4º O disposto no § 3º aplica-se, no que couber, à segurada especial, contribuinte individual, facultativa e trabalhadora avulsa.

Assim, a partir de uma análise mais detalhada da lei, pode-se enxergar uma tímida tentativa, por parte do Executivo e com balizamento do Legislativo, de criação de uma espécie de política pública que, de um lado, atenderia os afetados pela epidemia e, de outro, se encarregaria de um maior controle e prevenção de disseminação do mosquito vetor. Afinal, pelos próprios posicionamentos que circulavam à época, como o do deputado responsável pelo relatório final da Medida Provisória, tentava-se passar, ao menos, a impressão de que o governo tinha as rédeas da situação em suas mãos e trabalhava efetivamente para administrar a epidemia. Newton Cardoso Junior – o relator em questão - declarou, quando da aprovação do BPC pela comissão que analisou a MP: “Num momento de crise política, estamos entregando um documento que é na prática uma orientação governamental completa de combate a um gravíssimo problema de saúde pública”⁴⁷.

<https://jota.info/colunas/coluna-da-anis-instituto-de-bioetica/zika-bpc-bolsa-familia-e-o-excesso-de-renda-17072017>

⁴⁷ Disponível em: <http://congressoemfoco.uol.com.br/noticias/comissao-aprova-beneficio-financeiro-para-criancas-vitimas-de-microcefalia/>

Com relação a segunda metade de 2016, importa ressaltar um importante acontecimento da cronologia da epidemia no país: em agosto de 2016 a Associação Nacional dos Defensores Públicos – ANADEP propôs, perante o STF, uma Ação Direta de Inconstitucionalidade cumulada com Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, junto de pedido de Medida Cautelar⁴⁸, a ADI 5.581. Nesta ação, foram apresentados cinco pedidos⁴⁹ que se relacionam mutuamente e, em específico, com a epidemia do Zika vírus no Brasil.

Nesta altura do trabalho, é necessário sublinhar o que a ação delimita como “Resposta do Estado brasileiro à epidemia do vírus Zika e suas consequências sociais e individuais”, caracterizando-a enquanto “Flagrante insuficiência de políticas públicas preventivas e protetivas” (ANADEP, 2016, p. 10). Esta resposta estaria amparada em quatro documentos e também na Lei Federal nº 13.301/2016, citada acima. Estes documentos, seriam:

- 1) Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central (SNC).
- 2) Protocolo para Implantação de Unidades Sentinelas para Zika Vírus.
- 3) **Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central.**
- 4) Diretrizes para Estimulação Precoce - Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia.

O terceiro documento elencado, todavia, merece especial destaque: de acordo com o relato produzido pelos proponentes da ação no tópico “Nota Prévia”, onde discorrem acerca da resposta do estado brasileiro à epidemia, este seria o principal documento no tocante “a garantia de direitos de mulheres e crianças afetadas pela epidemia” (ANADEP,

⁴⁸ Disponível em:

<http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=5037704>

⁴⁹ Eles todos são especificamente apreciados no terceiro capítulo deste trabalho, a partir dos objetivos da pesquisa já descritos acima.

2016, p. 14). Importa destacar a análise presente nesta ação acerca deste documento em específico:

Embora mencione a importância do planejamento familiar e reprodutivo nesse contexto, o Protocolo se limita a resumir as políticas vigentes de distribuição de contraceptivos – que conforme será abordado adiante, são insuficientes para o contexto da epidemia. Ainda, não há orientação quanto ao acesso ao teste ou diagnóstico clínico de vírus zika, que é demanda básica para mulheres vivendo uma gestação em tempos de epidemia em áreas de riscos. E, por fim, não há especialização de políticas ou propositura de ações de urgência para a população já afetada. **Trata-se de uma repetição de marcos normativos, descomprometida com as necessidades urgentes de mulheres vitimadas pela epidemia** (ANADEP, 2016, p. 14/15).

Em análise ao Protocolo de “Orientações Integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional”⁵⁰, publicado em 2017 e que se pretendeu substitutivo a este mencionado acima (datado de março de 2016), percebe-se que o tom de “repetição de marcos normativos” restou novamente evidenciado. Poderíamos dizer, no entanto, que desta vez o documento institucional frisou com uma intensidade um pouco maior a oferta de aconselhamento pré-natal, no sentido de que seria papel do sistema de Atenção Básica fornecer orientação e informação à mulheres e homens que desejassem gerar filhos, acerca especialmente da estreita ligação entre Zika vírus e alterações no sistema nervoso central das crianças afetadas. Ainda, há um reforço no sentido de frisar a importância de métodos contraceptivos – dando destaque ao uso de preservativos, masculinos e femininos – como forma de prevenção à transmissão do vírus por via sexual.

Adotando o rito do artigo 10º da Lei 9.868/99⁵¹, a qual dispõe sobre o processo e julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade e da Ação Declaratória de Constitucionalidade perante o Supremo Tribunal Federal, a relatora da ação, Ministra Carmen Lúcia, invocou manifestação da Advocacia Geral da União, da Procuradoria Geral da República e do Senado Federal. Os posicionamentos das instituições foram no mesmo sentido: concluíram pelo não conhecimento da ação. A Advocacia Geral da União assumiu a postura de defender o conjunto de ações tomadas pelo Governo Federal no que diz respeito ao combate à epidemia e também pela defesa da constitucionalidade da lei

⁵⁰ Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/orientacoes-integradas-vigilancia-atencao.pdf>

⁵¹ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9868.htm

em questão. O Senado Federal manifestou-se pela improcedência da ADI, bem como contrário à concessão da medida cautelar. A Procuradoria, por sua vez, ainda que tenha se manifestado pelo não conhecimento da ação, ponderou pela procedência parcial do pedido cautelar⁵².

Após esse episódio, é interessante destacar o Boletim Epidemiológico de número 37⁵³, publicado no final de 2016. Com o título “Zika vírus: perfil epidemiológico em mulheres”, este boletim é o único publicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde a, desde o título, tratar especificamente dos efeitos da epidemia sobre as mulheres. Desde a Introdução, o documento enfatiza:

Considerando que as gestantes são o grupo mais vulnerável em razão das consequências entre a infecção pelo vírus Zika e a ocorrência de microcefalia nos recém-nascidos, este Boletim Epidemiológico tem o objetivo de caracterizar o perfil das mulheres acometidas pelo vírus Zika, especialmente aquelas em idade fértil e gestantes, subsidiando a definição de políticas públicas de saúde direcionadas para este público (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, nº 37, p. 1).

A análise empreendida pelo boletim avança: a partir de um estudo observacional descritivo com os dados computados pelas Semanas Epidemiológicas 1 e 32 do ano de 2016, que correspondem a janeiro a agosto, foram registrados

[...] 196.976 casos prováveis de febre pelo vírus Zika no país (taxa de incidência de 96,3 casos/100 mil hab.), distribuídos em 2.277 municípios. Destes, 132.524 (67,3%) foram notificados em mulheres dos quais **96.494 (72,8%) em mulheres em idade fértil (faixa etária de 10 a 49 anos)**. Nesse mesmo período, foram notificados **16.264 (16,9%) casos prováveis em gestantes no Brasil** (Tabela 1). (...) As regiões Centro-Oeste e Nordeste apresentam as maiores taxas de incidência da doença na população: 270,1 e 172,1 casos/100 mil hab.; (...) Quanto às características demográficas, os casos prováveis de febre pelo vírus Zika em mulheres se concentraram na faixa etária de 20 a 49 anos (78.705 casos; 59,6%), o que corresponde a 82,0% dos casos ocorridos em mulheres em idade fértil. Destaca-se que a faixa etária de 20 a 39 anos corresponde a 44,7% dos casos de febre pelo vírus Zika em mulheres, 61,6% dos casos em mulheres em idade fértil e **80,5% dos casos em gestantes**. A variável raça/cor da pele foi ignorada para a maior parte dos registros, para os casos em que a variável estava preenchida, **a raça/cor da pele parda foi a mais frequente**⁵⁴, com

⁵² Os argumentos utilizados pelo parecer da PGR, em específico, são abordados no capítulo seguinte.

⁵³ Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/15/2016_031-Mulheres_publicacao.pdf

⁵⁴ É interessante aliar a essa informação à reportagem feita pelo Jornal Folha de São Paulo em setembro de 2016. De acordo com a matéria, através de dados do Ministério da Saúde, “oito em cada dez bebês nascidos com microcefalia e outras alterações cerebrais ligadas ao vírus da zika são filhos de mulheres negras (pretas

45.423 (58,6%) casos nas mulheres, 25.598 (57,5%) nas mulheres em idade fértil e 7.042 (55,8%) nas gestantes. Quanto à escolaridade, assim como em relação à variável raça/cor da pele, o percentual de “ignorado” foi alto. Para os casos em que a variável foi preenchida, o ensino médio (completo e incompleto) predominou entre as mulheres (28,2%), mulheres em idade fértil (41,8%) e gestantes (47,8%), conforme dados apresentados na Tabela 2 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, nº37, p. 2/3).

Após essas constatações importantíssimas, o boletim evidencia a premente necessidade de implementação de instrumentos de controle que minorem o risco de transmissão da doença, sobretudo entre mulheres. Ainda, em função dos muitos casos de microcefalia em recém-nascidos vistos entre os anos de 2015 e 2016, associados “à sobreposição geográfica e temporal com o surto de Zika,” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, nº 37, p. 3) sublinha-se a importância da garantia às gestantes ao acesso ao exame de STORCH⁵⁵ e de imagens colhidas durante o pré-natal – mesmo, e especialmente, em função de não existir “um tratamento específico ou droga antiviral para infecção por vírus Zika” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, nº 37, p. 3). O boletim termina concluindo⁵⁶:

É possível que, enquanto o risco de uma mulher que teve febre pelo vírus Zika durante a gestação ter um filho com malformação congênita não estiver estabelecido, muitas mulheres adiem os planos de ter filhos ou interrompam a gravidez. Essas situações contribuirão negativamente com a taxa de natalidade do país, que já vem caindo há décadas e com o aumento de morte materna ou de mulheres em idade fértil. Deve-se intervir neste cenário por meio de políticas de saúde e de apoio social para enfrentamento do vírus Zika no Brasil, que contemplem a prevenção da doença, o diagnóstico específico, o planejamento familiar, a garantia de acesso à estimulação precoce para as crianças acometidas e a inclusão de benefícios para apoio às famílias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, nº 37, p. 5).

e pardas, pela nomenclatura oficial.” A matéria ainda, de forma muito pertinente, denuncia que a subnotificação em relação ao quesito cor/raça presente nos dados do Ministério “desrespeita tanto o Estatuto da Igualdade Racial quanto a portaria 992 do Ministério da Saúde, que determina a coleta e análise de dados desagregados por raça, cor e etnia.” Ver em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/09/1812302-oito-em-cada-dez-bebes-com-danos-do-zica-nascem-de-maes-negras.shtml>.

⁵⁵ De acordo com Diniz (2017), STORCH é um acrônimo para as doenças mais frequentes causadoras de infecções intrauterinas: bactéria *Treponema pallidum* que causa a sífilis (S), o protozoário *Toxoplasma gondii* que causa a toxoplasmose (TO) e os vírus da rubéola (R), citomegalovírus (C), vírus herpes simplex (H).

⁵⁶ Conclui, no entanto, destacando suas limitações no fornecimento destes dados: além de assumir não ter cruzado os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-NET) – o qual foi usado como fonte -, com o Registro de Eventos em Saúde Pública – e assim, “não conseguir afirmar qual o percentual das gestantes captadas pelo Sinan-NET que tiveram bebês com malformações congênitas e descrever o perfil destas mulheres” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, nº 37, p. 1) -, admite que os dados referentes à raça/cor da pele e escolaridade são insuficientes.

Desde a publicação do boletim, todavia, as famílias afetadas pela epidemia do Zika vírus, em especial as mulheres-mães que compõe centralmente este grande grupo, vêm enfrentando sérias dificuldades em verem concretizadas as recomendações feitas na conclusão deste documento, por exemplo. Em função disso – e levando em conta a decretação do fim da situação de emergência em saúde, tanto pelo Ministério da Saúde como pela Organização Mundial da Saúde neste ano de 2017⁵⁷ -, é imperativo discorrer sobre como as mulheres e suas crianças vem sendo afetadas por esse panorama: de grandes promessas garantistas e poucas efetivações de direitos.

Em matéria de julho de 2017, a organização Human Rights Watch fez uma grande análise acerca do “impacto do vírus Zika nas meninas e mulheres no nordeste do Brasil”⁵⁸. A pesquisa foi feita “com mais de 180 pessoas, incluindo mais de vinte mães de crianças com Síndrome de Zika e 44 mulheres e meninas grávidas ou que tiveram bebês durante a epidemia.” (HRW, 2017). Além de destacar o foco do governo federal na contenção a nível doméstico da epidemia, em detrimento de uma ação mais enérgica quanto a melhora do saneamento básico, o estudo fortalece o comumente negligenciado nexos entre o surto do vírus Zika e os Direitos Reprodutivos. Assim, denunciam a falta de informação que aflige garotas e mulheres acerca dos perigos de uma gravidez durante a epidemia, bem como a histórica dificuldade dessa população em acessar métodos contraceptivos e mecanismos de planejamento familiar. Nesse sentido, há um importante dado trazido pela Organização no que diz respeito à possibilidade de interrupção da gravidez neste contexto de desinformação e sofrimento, levando em conta a tipificação penal dessa conduta no país:

⁵⁷ No dia 11 de maio de 2017 o Ministério da Saúde decretou o fim da situação de emergência pública nacional para o vírus Zika: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/05/1883239-fim-de-situacao-de-emergencia-para-zika-preocupa-estudiosos-da-area.shtml>. Antes disso, em novembro de 2016, a OMS havia declarado o fim da Situação de Emergência em Saúde Pública de Interesse Internacional: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,oms-declara-fim-de-emergencia-global-por-zika,10000089226>. Sobre esse episódio, o relatório produzido pelo Instituto de bioética Anis sobre a situação da epidemia no estado do Alagoas, alerta: “Estamos no dia seguinte do fim da epidemia no Brasil. Os números e estórias aqui retratados demonstram a face da desigualdade brasileira anterior à chegada do zika. Foram as mulheres mais vulneráveis as mais afetadas pela epidemia – elas e suas crianças agora vivem uma narrativa considerada superada pelas políticas de saúde. Se havia urgência para a garantia de direitos sob a declaração nacional de emergência para a epidemia de zika, agora há urgência sobre os efeitos de uma tragédia humanitária que, facilmente, poderá ser esquecida.” Acesso em: <http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2017/05/Zika-em-Alagoas-a-urgencia-dos-direitos.pdf> (p. 73)

⁵⁸ Disponível em: <https://www.hrw.org/pt/report/2017/07/12/306265>

O risco de infecção por Zika durante a gravidez e as consequências resultantes provavelmente levarão ainda mais mulheres a buscar abortos inseguros e clandestinos. Um estudo de julho de 2016 publicado no *The New England Journal of Medicine* detectou um aumento de 108 por cento nas solicitações de aborto do Brasil recebidas pela Women on Web — uma organização sem fins lucrativos que fornece medicação para aborto em países onde os serviços de aborto seguro são altamente restritos — após o anúncio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) relacionado aos riscos do vírus Zika. O estudo concluiu: “Garantir a autonomia reprodutiva por meio do acesso a uma gama completa de escolhas reprodutivas é atualmente uma peça ausente da resposta da saúde pública ao Zika.” (HRW, 2017).

O estudo acaba por dar um grande enfoque a este aspecto pois entrevistou mulheres que admitiram ter sofrido “de ansiedade e incerteza relacionadas à possibilidade de contrair Zika durante a gravidez”, bem como não terem recebido informações durante a consulta pré-natal sobre a possibilidade de infecção do Zika por via sexual. Ainda, elas relatam não terem condições de acessar repelentes e testes de diagnóstico para descobrir se suas gestações tinham sido afetadas pelo vírus.

As dificuldades, no entanto, não param por aí. Após o nascimento de seus bebês, relatam que têm suas vidas radicalmente afetadas pelas condições especiais – tanto sociais quanto financeiras - de desenvolvimento de seus filhos, sendo, na maior parte dos casos, suas cuidadoras em tempo integral:

Mães de crianças com a síndrome de Zika disseram à Human Rights Watch que enfrentaram obstáculos ao acesso a informações adequadas e a apoio tanto no momento do nascimento quanto agora, à medida que seus filhos crescem e se desenvolvem. Elas enfrentam dificuldades para comprar medicamentos caros, ir a centros urbanos para consultas e manter um trabalho remunerado. Muitas mães entrevistadas expressaram medo e dúvidas sobre o futuro dos seus filhos com síndrome de Zika, particularmente em relação ao acesso a serviços prestados pelo Estado (HRW, 2017).

Com a declaração de fim da situação de Emergência Nacional em Saúde Pública levada a cabo pelo Estado brasileiro, as perspectivas de acesso a serviços estatais e melhora nas condições de saúde pública não são as melhores. Afinal, ainda que os números de casos de infecção pelo vírus, assim como o de bebês com a síndrome congênita do Zika, tenham caído substancialmente em 2017⁵⁹, as condições que

⁵⁹ De acordo com o Boletim Epidemiológico nº 11 de 2017, até a Semana Epidemiológica 35 deste mesmo ano, “foram registrados 15.586 casos prováveis de febre pelo vírus Zika no país.” Em contrapartida, das Semanas Epidemiológicas de número 1 a 52 de 2016, “foram registrados 216.207 casos prováveis de febre pelo vírus Zika no país.” Disponível em:

propiciaram a epidemia se mantém: os Direitos Reprodutivos das mulheres brasileiras não são efetivamente garantidos e a infraestrutura de tratamento de água e esgoto no país permanece precária⁶⁰, possibilitando, futuramente, novos surtos.

Levando em consideração que a resposta estatal, em termos de execução de políticas públicas e promulgação de leis mostraram sérias limitações quanto ao amparo das mulheres afetadas pela epidemia, resta analisar de que forma ações como a proposta pela ANADEP correspondem, de fato, a mecanismos de acesso à justiça, aqui mais especialmente, em termos de efetivação de Direitos Reprodutivos.

3. Zika no Supremo Tribunal Federal: A Ação Direta de Inconstitucionalidade cumulada com Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 5.581 e os

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/15/2017-028-Monitoramento-dos-casos-de-dengue--febre-de-chikungunya-e-febre-pelo-virus-Zika-ate-a-Semana-Epidemiologica-35.pdf>

⁶⁰ De acordo com o portal Trata Brasil, apenas 50,3% da população tem acesso à coleta de esgoto: ou seja, mais de 100 milhões de brasileiros não tem acesso a esse serviço. O Norte e o Nordeste do país têm as piores taxas de tratamento de esgoto, sendo de 16,42% e 32,11%, respectivamente, a porcentagem de acesso da população a esse direito sanitário básico em cada região.

<http://www.tratabrasil.org.br/saneamento-no-brasil>.

direitos das mulheres à informação, ao planejamento familiar e à interrupção da gravidez

Os mecanismos de efetivação de Direitos Reprodutivos, historicamente, como explicitado no primeiro capítulo deste trabalho, dependem diretamente da ação governamental: seja na assinatura de tratados e na participação de conferências que discutem estas questões, seja na criação e implementação de políticas públicas pelo Poder Executivo, seja ainda na criação de leis que assegurem e normatizem instrumentos e mecanismos pelo Poder Legislativo. Todavia, é comum que, ainda assim, mulheres permaneçam especialmente vulneráveis frente a situações que, embora muito específicas ou até mesmo inéditas em termos nacionais, sofram com as lacunas de ação estatal com as quais o sistema em que vivemos é abundante. Lacunas estas que, ainda que com o passar do tempo sejam revestidas por novas nuances, sempre estiveram ali. Este é o caso da epidemia do Zika vírus no Brasil: há hoje – e, pelo menos, nos últimos dois anos – um estrato muito específico da população brasileira que sofre os efeitos de uma agenda precária de Direitos Reprodutivos, agravada por problemas estruturais e históricos da nossa sociedade.

Neste caso, não bastaram as assinaturas de tratados e participações governamentais em conferências internacionais de Direitos Humanos das mulheres. A criação e a implementação de políticas públicas que já existiam antes da epidemia mostraram não dar conta da série de novas questões de saúde reprodutiva que se impunham. A normativa criada se mostrou deficiente frente às necessidades impostas por uma epidemia que reconfigura, ao menos simbolicamente, o que se entendia até então por assistência social⁶¹. Neste sentido e diante deste panorama, o Poder Judiciário foi acionado através da ação proposta pela Associação Nacional dos Defensores Públicos perante o Supremo Tribunal Federal, introduzida no capítulo anterior e conforme se vê adiante.

⁶¹ A Constituição Federal de 1988 versa acerca da “assistência social” em seu artigo 203: “A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.”

3.1 A Ação Direta de Inconstitucionalidade cumulada com Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 5.581

Com a ação constitucional, abre-se um novo capítulo da história dos Direitos Reprodutivos e da luta das pessoas com deficiência diante do cenário que se impunha: recorreu-se, quase que como uma “tentativa final”, a mais alta corte do país, pela definição de novos contornos a dura realidade enfrentada pelas e pelos atingidas/os da epidemia do vírus Zika.

Dentre os cinco pedidos apresentados na respectiva ação, quatro correspondem a pleitos típicos de Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) e um deles de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI).

Preliminarmente, no entanto, discutiu-se acerca da legitimação⁶² ativa da Associação e a pertinência temática para propositura da ação. Sobre este aspecto, defendeu-se

Em primeiro lugar, as omissões do Estado brasileiro em relação à epidemia do vírus zika, assim como a regulamentação normativa equivocada, na perspectiva social e constitucional, da Lei Federal nº 13.301/2016, impõem aos Defensores Públicos a atuação por meio da defesa judicial e extrajudicial dos direitos das mulheres e das crianças em situação de vulnerabilidade, sendo aquelas afetadas pelo zika majoritariamente hipossuficientes e necessitadas. Desse modo, há repercussão direta no trabalho executado pelos associados da legitimada ativa (ANADEP, 2016, p. 23).

Sustentando, assim, a existência de uma relação lógica entre os objetivos da entidade e as questões a serem pleiteadas no decorrer da ação, a Associação, enquanto requerente, disputou amplamente este entendimento. Nesta linha, discorreu ainda sobre possibilidade de cumulação da Ação Direta de Inconstitucionalidade com a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental.

Acerca da ADI, o ato normativo atacado trata-se da limitação temporal, via Lei nº 13.301/2016, do Benefício de Prestação Continuada (BPC) à criança vítima de microcefalia em função de doença transmitida pelo mosquito *Aedes Aegypti*, bem como da concessão do benefício apenas após o fim da licença maternidade a ser recebida pela

⁶² Os procuradores da ação se apoiaram, para tal, na previsão legal da Lei nº 9.868 e da Lei nº 9.882 – as quais dispõem, respectivamente, sobre o processamento e julgamento das ADIs e ADPFs propostas perante o STF -, bem como na disposição constitucional do artigo 103, IX – o qual determina que confederações sindicais ou entidade de classe de âmbito nacional são legitimadas a propor ADIs e ADCs - e na normativa estatutária que rege a Associação.

mãe de criança com microcefalia. Assim, demandou-se a interpretação conforme a Constituição do artigo 18, caput, da Lei em questão para que se reconhecesse o direito “de todas as crianças com sequelas neurológicas provocadas pelo zika serem beneficiadas pelo Benefício de Prestação Continuada e demais programas compatíveis pela política de assistência social” (ANADEP, 2016, p. 34), uma vez que a transmissão do vírus não ocorre apenas pelo mosquito vetor, como a Lei daria a entender. Ainda, frisou-se a necessidade da não restrição temporal à concessão do benefício, já que os sintomas da síndrome congênita se estendem por toda a vida da criança afetada. Nesta linha, demandou-se também a declaração de nulidade do inciso 2º do mesmo artigo, por entender que

[...] o gozo do salário maternidade não pode produzir a restrição de outro direito constitucional: Benefício de Prestação Continuada. Desse modo, vedar o acesso ao Benefício de Prestação Continuada em razão da existência de gozo de licença maternidade viola determinações constitucionais de proteção à família e à criança (art. 203, I, CR), de amparo às crianças (art. 203, II, CR), de habilitação de pessoa com deficiência e de promoção de sua integração à vida comunitária (art. 203, IV, CR) e da garantia de um salário mínimo para pessoa com deficiência que necessitar (art. 203, V, CR) (ANADEP, 2016, p. 41).

Já em relação à ADPF, que objetiva obstar ou remediar lesão a preceito fundamental, decursiva de ato do Poder Público, os atos atacados foram:

02.1. omissão na garantia de acesso à informação sobre o estado atual do conhecimento médico sobre a epidemia do vírus zika, incertezas e riscos de infecção, bem como formas de prevenção;

02.2. omissão na garantia de acesso a cuidados de planejamento familiar, incluindo o acesso a métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, tais como o DIU-LNG, e ao repelente do mosquito vetor.

02.3. omissão no acesso aos serviços de saúde para atendimento integral de todas as crianças com deficiência associada à síndrome congênita do vírus zika em centros especializados localizados em até 50km de sua residência e na concessão do benefício de Tratamento Fora de Domicílio, assim como a obtenção dos diagnósticos clínicos realizados por médicos e, preferencialmente, por meios médico-laboratoriais necessários para confirmação de contaminação com o Zika por meio de exames especializados, tais como PCR e sorológicos (IGG e IGM);

02.4. omissão sobre a possibilidade expressa e literal de interrupção da gravidez nas políticas de saúde do Estado brasileiro para mulheres grávidas infectada pelo vírus zika. (ANADEP, 2016, p. 42)

De acordo com os procuradores, estas omissões elencadas “encontram-se consubstanciadas nas políticas públicas absolutamente insatisfatórias para enfrentar a

epidemia do vírus zika nas Instruções, nas Portarias, nas Normas Técnicas e nos Protocolos do Governo Federal (...)” (ANADEP, 2016, p. 43). Esta síntese de atos administrativos editados em resposta a epidemia do Zika foi resumida, na ação, à:

- Portaria nº 3 de janeiro de 2016, expedida pelo Ministério da Saúde e que instituiu Centros Colaboradores para qualificação de profissionais em saúde quanto à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo Zika⁶³;

- Instrução Operacional Conjunta nº 1 de fevereiro de 2016⁶⁴, a qual definiu um plano de ação baseado em dois eixos: 1) prevenção 2) acolhida, cuidado e proteção social. Apesar do enfoque dado às gestantes e bebês, há apenas um reforço no sentido de evidenciar mecanismos de cuidado já existentes, como o Sistema Único de Saúde e os Centros de Referência da Assistência Social.

- Portaria Interministerial nº 405 de março de 2016⁶⁵, que delimitou uma “Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia”. Focando na otimização dos diagnósticos de casos suspeitos, previa também a continuidade de atenção à saúde às crianças com diagnóstico de microcefalia, bem como uma dotação orçamentária específica para implementar as medidas previstas.

- Instrução Operacional Conjunta nº 02 de março de 2016⁶⁶, que tentou regulamentar a “Estratégia de Ação Rápida” através de algumas providências, tais como: identificação e busca ativa das crianças nascidas com microcefalia; definição de logística para realização do diagnóstico, deslocamento e hospedagem destas crianças e suas famílias; organização dos centros de Referência para diagnóstico e emissão de Laudo Médico Circunstanciado; assistência social às famílias e crianças com suspeita e diagnóstico microcefalia; dentre outras.

No entanto, ainda assim, a ação acusa não existirem “avaliações institucionais que demonstrem a efetividade ou o sucesso destas iniciativas.” (ANADEP, 2016, p. 21). Haveria insuficiência nos serviços prestados pelo Estado brasileiro no que se refere a larga abrangência dos efeitos da epidemia do Zika vírus:

Deve-se apontar que, a despeito do art. 8º da Portaria Interministerial nº 405 prever mecanismo de monitoramento dos resultados da “Estratégia

⁶³ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2016/prt0003_11_01_2016.html.

⁶⁴ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/IOC0001_25_02_2016.html.

⁶⁵ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/pri0405_15_03_2016.html. Esta portaria, apesar de prorrogada, expirou em 10/08/2016 (ANADEP, 2016)

⁶⁶ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/IOC0002_31_03_2016.html.

de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia”, não existem avaliações institucionais que demonstrem a efetividade ou o sucesso destas iniciativas. De outro lado, de acordo com os pareceres juntados nesta presente Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, elaborados por grupos acadêmicos como o Global Health Justice Partnership (GHJP) (anexo 9)⁶⁷, bem como da autoria de especialistas em saúde pública e políticas sociais, como a Profa. Dra. Ilana Löwy (anexo 17)⁶⁸ e o Dr. Fernando Gaiger Silveira (anexo 18)⁶⁹, há insuficiência nos serviços públicos disponibilizados pelo Estado brasileiro para a prevenção e cuidado aos efeitos ao vírus zika. Os referidos Pareceres demonstram que, principalmente, a população mais vulnerável e economicamente hipossuficiente é prejudicada pela falha e ausência de políticas sociais (ANADEP, 2016, p. 20/21).

Ou seja, a partir da demonstração do panorama de inércia estatal, onde o Governo, por vezes, deixou de empregar efetivamente as medidas necessárias para concretizar direitos previstos na Constituição, a Associação, através desta ação, demandou reconhecimento de situações em que direitos estavam sendo violados justamente por não estarem sendo efetivados. Dentre estes direitos ou preceitos fundamentais, tem-se:

[...] dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da CR), **livre desenvolvimento da personalidade, direitos à liberdade e as integridades física e psicológica** (art. 5º. Caput, CR), **direito à informação** (art. 5º, XIV, da CR), **proteção à infância e à**

⁶⁷ O parecer jurídico da Global Health and Justice Partnership da Universidade de Yale analisa especificamente as falhas do Protocolo de Atenção à Saúde e Reposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika do Ministério da Saúde. Além de concluírem que “o Protocolo não cumpre as obrigações constitucionais e internacionais de direitos humanos do Brasil. O Ministério também perde uma oportunidade crucial para orientar adequadamente os profissionais de saúde sobre os desafios práticos e barreiras que as mulheres enfrentam no cumprimento das suas necessidades de saúde reprodutiva.”, ainda recomendam “a descriminalização do aborto para as mulheres afetadas por Zika. Também recomendamos que o Ministério da Saúde retifique imediatamente o Protocolo para incluir diretrizes para discutir com e orientar as mulheres e as famílias afetadas sobre: barreiras práticas para o uso de contraceptivos; identificação dos casos em que o aborto é legalmente disponível; e informações neutras e precisas sobre as práticas de interrupção de gravidez segura.” (GHJP, 2016, p. 01).

⁶⁸ O parecer da Dra. Ilana Lowy foca na dualidade presente entre os esforços concentrados do governo brasileiro em lutar contra o *Aedes Aegypti* e a negligência estatal em função da situação de vulnerabilidade em que se encontram mulheres afetadas pela epidemia do Zika vírus. Ainda, ela faz um paralelo com o surto de rubéola acontecido no século passado na Europa e nos Estados Unidos, defendendo que o sofrimento das mulheres atingidas pela aflição de uma gestação em condições como estas seja levado em consideração na revisão de uma política criminalizante de interrupção da gestação (LOWY, 2016).

⁶⁹ Fernando Gaiger Silveira analisa em seu parecer o impacto financeiro da epidemia do Zika vírus nas famílias afetadas. Tal impacto, segundo ele, se daria por duas vias: o orçamento familiar dos afetados poderia ser colocado em cheque devido a série de novas necessidades geradas por crianças que desenvolvam, em diferentes graus, a síndrome congênita do Zika. A outra via, por sua vez, seria a do impacto na jornada de trabalho das mães destas crianças, ou seja, nos rendimentos do núcleo familiar. Ele conclui no sentido de defender o estabelecimento do direito de recebimento do “Benefício de Prestação Continuada através do tratamento específico para a renda familiar per capita” (SILVEIRA, 2016, p. 7). Todos estes 3 pareceres elencados encontram-se disponíveis no link que dá acesso à ação, no portal do Supremo Tribunal Federal: <http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=5037704>.

maternidade (art. 6º, da CR), **direito à saúde e da prevenção de doenças** (arts. 6º, 196 e 198, II, da CR), **direito à seguridade social** (art. 203, da CR), **direito ao planejamento familiar e de liberdade reprodutiva** (art. 226, inciso 7º, da CR) e **direito à proteção dos deficientes** (arts. 227, caput, inciso 1º, II, da CR) (ANADEP, 2016, p. 46).

Como é possível observar, é ampla a gama de preceitos fundamentais que foi discutida na ação, onde cada um deles acaba por se inter-relacionar. A partir da perspectiva dos Direitos Reprodutivos, no entanto, é o direito ao planejamento familiar e de liberdade reprodutiva que sobressaem em nossa análise. Tomando o aporte teórico desenvolvido no primeiro capítulo acerca da definição da categoria que aqui utilizamos, passaremos a seguir à análise mais aprofundada dos pedidos que se relacionam, especialmente, com estes dois preceitos.

Por entendermos os Direitos Reprodutivos enquanto o conjunto de normas, princípios e condutas que resguardam e incentivam a escolha autônoma, segura e informada das mulheres quanto as suas opções reprodutivas, daremos especial enfoque a três aspectos da ADPF, quais sejam, o ataque à omissão na garantia de informação acerca do estado da epidemia, bem como das possíveis formas de prevenção; à omissão quanto o acesso à instrumentos e métodos de planejamento familiar, assim como a contraceptivos e repelentes; e, por fim, à omissão em relação a possibilidade de interrupção da gravidez de mulheres afetadas pelo vírus Zika.

Ainda que entendamos que, em um sentido amplo, todos os pedidos, a nível de ADI ou ADPF correspondam, em maior ou menor grau, a preceitos fundamentais e direitos que afetam diretamente a vida das mulheres afetadas pela epidemia – seja quanto a possibilidade de criar seus filhos em condições dignas, com acesso a serviços de saúde que facilitem seu desenvolvimento e criação pelo tempo que for necessário; seja o de receber o benefício de assistência social a que se tem direito, para além da cumulação ou não com a licença maternidade -, priorizaremos os três pleitos da Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental, por contemplarem, fundamentalmente, Direitos Reprodutivos.

3.1.1 Informação

O direito à informação é passo primário frente a consecução de uma série de outros direitos. Em termos de efetiva autonomia em sede de saúde reprodutiva, por exemplo, o acesso à informação configura patamar mínimo de obrigações de estados e governos que

pautam, em termos de políticas públicas e conformação normativa, os Direitos Reprodutivos. No caso da epidemia do vírus Zika, para além de informações atualizadas acerca dos perigos e consequências de uma gravidez, um nascimento e um desenvolver de vida nestas condições, o que as famílias afetadas buscam é, também, reconhecimento (BRITO, DINIZ, 2016). Neste sentido,

“Nós queremos o conhecimento de vocês” é mais do que um pedido de participação em um regime de poder específico; é uma demanda ética por reconhecimento de que os corpos suscetíveis ao adoecimento pela epidemia são vidas já previamente precarizadas por amplos regimes de desigualdade – região, classe e sexo são alguns dos mais marcantes. Há uma despossessão anterior à chegada da nova doença, e por isso a “verdade existencial” da vida precária não atingiu todas as mulheres igualmente. O acesso aos métodos de planejamento familiar ou mesmo ao aborto seguro é uma estratégia de cuidado que, se não compartilhada, deixa alguns corpos mais suscetíveis ao adoecimento que outros – por isso, conhecimento é mais vigoroso do que informação no sentido de capacidade para escolhas, é redistribuição de proteções para uma vida digna (BRITO, DINIZ, 2016, p. 4/5).

É, portanto, a partir desse duplo viés, qual seja, o de demandar políticas públicas que atendam os cidadãos em situação de risco pela epidemia - levando informações e atualizações a respeito dos riscos e avanços da ciência que contribuem para um entendimento mais alargado acerca do vírus - bem como o de lutar por reconhecimento existencial, em que se situa o reclame por omissão na garantia de acesso a informação da ação.

Afinal, ainda que a Instrução Operacional Conjunta de fevereiro de 2016 previsse o fornecimento de material sobre planejamento reprodutivo e métodos contraceptivos nas unidades básicas de saúde e o Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia objetivasse orientar profissionais da saúde para prestar informações acerca do Zika para mulheres em idade fértil, “(...) a abordagem ampla não identifica nem prevê qualquer ação específica de planejamento reprodutivo no contexto da epidemia de zika, que afeta especialmente mulheres jovens, nordestinas, negras e pobres com acesso precário a serviços de saúde.” (ANADEP, 2016, p. 61). A omissão do estado brasileiro quanto a ausência de instrução adequada em relação aos riscos do Zika estaria evidenciada, de acordo com os procuradores, inclusive na letra da Lei 13.301, quando

esta apenas faculta à administração pública a tomada de iniciativa diante da determinação de medidas que informariam a população⁷⁰.

Ao trazer à tona o argumento constitucional, a ação remete o acesso à informação enquanto direito assegurado no artigo 5º, inciso XIV da Constituição Federal da República Brasileira. Ainda, cita o artigo 196⁷¹, 198⁷² e 200⁷³ da carta constitucional, conjugando tais dispositivos para evidenciar o compromisso legal do Estado brasileiro na consecução de políticas que ajam no sentido da prevenção de doenças, através da redução de riscos e da vigilância sanitária e epidemiológica.

Neste sentido, termina por pedir

Desse modo, deve ser julgada procedente esta ADPF, determinando que o Poder Público Nacional e especialmente o Executivo Federal apresente nas suas páginas da rede mundial de internet e coordene a promoção de política pública eficaz com entrega de material sobre o vírus zika nos postos de saúde e nas escolas, especialmente para todas as adolescentes e mulheres em idade reprodutiva, com informações sobre a forma de transmissão, os efeitos conhecidos e ainda não conhecidos sobre essa epidemia e os mecanismos contraceptivos necessários e disponíveis na rede pública para aquelas que não desejarem engravidar. Ainda, que se proceda à revisão do Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia em conformidade com as diretrizes expedidas pela OMS e OPAS (anexo 25) (ANADEP, 2016, p. 65).

3.1.2 Planejamento Familiar

Planejamento familiar, como descrito no primeiro capítulo desta pesquisa, diz respeito à decisão responsável e livre sobre ter ou não filhos. Tem íntima relação com as políticas de saúde reprodutiva colocadas em prática por um governo, bem como com a acessibilidade de tais métodos.

⁷⁰ Lei 13.301/16, art. 1º, parágrafo 1º, II: “(...) a autoridade máxima do Sistema Único de Saúde – SUS de âmbito federal, estadual, distrital e municipal fica autorizada a determinar e executar as medidas necessárias”.

⁷¹ Art. 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

⁷² Art. 198. “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (...) II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;”

⁷³ Art. 200. “Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: (...) II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;”

Em nosso ordenamento jurídico, os temas do planejamento familiar estão sistematizados na Constituição Federal e na Lei 9.263 de 1996. A partir da primeira codificação, delegou-se ao Estado o oferecimento de recursos educacionais e científicos que permitissem o que mais tarde viria a ser regulado pela lei infraconstitucional em questão: a regulação da fecundidade pela mulher, homem ou casal. No entanto, a oferta de anticoncepcionais, bem como a adesão da população feminina a estes métodos, como demonstrado no primeiro capítulo, é historicamente falha em nosso país.

No contexto da epidemia do vírus Zika, ainda que Boletins Epidemiológicos e Protocolos produzidos pelo governo sinalizassem no sentido da necessária disponibilidade de métodos contraceptivos para uma resposta eficiente à epidemia, de acordo com os procuradores da ação, não se estabeleceram

[...] estratégias de identificação e reparação de falhas no acesso aos métodos nem medidas emergenciais de ampliação da oferta. Manter o status quo das políticas de planejamento familiar (em particular, de contraceptivos) em tempos de epidemia, considerando-se a alta taxa de gestações não intencionais no país, implica violação ao direito a planejamento reprodutivo de mulheres pelo risco de transmissão vertical do vírus zika e de desenvolvimento de síndrome congênita do zika nos fetos (ANADEP, 2016, p. 70).

Além disso, neste ponto da ação, denuncia-se que os repelentes, apesar de constarem enquanto estratégia de prevenção em documentos oficiais, não foram distribuídos adequadamente em termos de quantidade e abrangência. Requereram, assim, que

Em tempos de crise de saúde pública provocada pelo vírus zika, o repelente é requisito básico de uma gestação saudável, e portanto deve ser entendido como parte dos “métodos de concepção” que, segundo o art. 9º da Lei Federal 9.263/1996, compõem o direito ao planejamento familiar (ANADEP, 2016, p. 72).

Conjugando as questões tratadas neste pedido, em específico, da ação, terminam por pedir que a ADPF seja julgada procedente

para determinar a realização de política pública, em especial àquelas em situação de hipossuficiência econômica e vulnerabilidade, de distribuição de anticoncepcionais de longa duração como DIU com liberação do hormônio levonorgestrel (DIU-LNG) e de repelente contra o mosquito vetor (ANADEP, 2016, p. 72).

3.1.3 Interrupção da Gravidez

No caso de omissão das políticas públicas quanto à interrupção da gravidez no caso de infecção pelo vírus Zika, a argumentação da ação baseia-se na interpretação conforme a Constituição dos artigos 124⁷⁴, 126⁷⁵ e 128⁷⁶, I e II do Código Penal. Tomando como base a argumentação do jurista e doutrinador Alberto Silva Franco, a ação defende que, nas hipóteses em que o Código Penal determina não haver punição do aborto no caso de “aborto necessário” e “aborto no caso de gravidez resultante de estupro”, na verdade o que se tem é atipicidade, uma vez que não existiria crime. No caso do artigo 128, portanto, não há que se falar em aborto (interrupção ilegal) e, sim, em “interrupção legal, constitucional e lícita” (ANADEP, 2016, p. 74). A questão a ser delineada, de acordo com a ação, portanto – e que, no caso, não o foi pela lei - é a de determinar quando a categoria “provocar interrupção da gravidez” consistiria em aborto.

Na hipótese em tela, a possibilidade de interrupção lícita da gravidez encontraria guarida tanto na ADPF número 54⁷⁷, quanto na interpretação conforme a Constituição dos artigos 23⁷⁸, I, 24⁷⁹ e 128, I e II do Código Penal. Assim, a situação da mulher grávida com o diagnóstico de infecção pelo vírus zika estaria enquadrado enquanto estado de necessidade específico, ou ainda enquanto estado de necessidade em termos gerais (ANADEP, 2016). Isso porque, em função das muitas incertezas que ainda rondam as gestações em tempos de epidemia do Zika – ou mesmo quando estas epidemias constituem-se em passados recentes -, as mulheres grávidas neste contexto enfrentariam “potencial sofrimento psicológico intenso” (ANADEP, 2016, p. 76). Neste sentido, frisou-se:

É preciso seriamente considerar o impacto para as mulheres da emergência de saúde pública de importância internacional reconhecida pela Organização Mundial de Saúde quanto às desordens neurológicas provocadas pelo vírus zika: o vírus é o agente causador de uma nova

⁷⁴ Art. 124. “Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque: Pena - detenção, de um a três anos.”

⁷⁵ Art. 126. “Provocar aborto com o consentimento da gestante: Pena – reclusão, de um a quatro anos. Parágrafo único: Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é aliada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência. “

⁷⁶ Art. 128. “Não se pune o aborto praticado por médico: I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante; II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.”

⁷⁷ Este precedente, de acordo com os defensores públicos, serviria para o caso em que síndrome congênita do zika inviabilizaria o prolongamento da gestação em função da morte do embrião ou do feto (ANADEP, 2016).

⁷⁸ Art. 23. “Não há crime quando o agente pratica o fato: I - em estado de necessidade; (...)”

⁷⁹ Art. 24. “Considera-se em estado de necessidade quem pratica o fato para salvar de perigo atual, que não provocou por sua vontade, nem podia de outro modo evitar, direito próprio ou alheio, cujo sacrifício, nas circunstâncias, não era razoável exigir-se.”

síndrome congênita, mas há um dano causado injustamente às mulheres e aos seus futuros filhos por uma negligência persistente do Estado brasileiro em não ter eliminado o mosquito que carrega o vírus. O vetor *Aedes aegypti* foi erradicado do país por duas vezes, nos anos 1950 e 1970, mas retornou e permaneceu pela descontinuação de políticas públicas de saneamento básico, acesso a água potável e controle vetorial, que afetam especialmente populações marginalizadas, como as que vivem nos sertões nordestinos e em periferias de grandes cidades. No contexto da epidemia de vírus zika, a gravidez foi transformada em uma espera desamparada para as mulheres, semelhante a um permanente estado de maus-tratos. Muitas mulheres vivem a gestação com medo: mesmo que sigam todas as recomendações oficiais para uso de roupas de mangas compridas (no agreste nordestino), fechem janelas e portas (ainda que em pleno verão), e usem repelentes diariamente (apesar de não serem distribuídos pela rede pública de saúde), não há garantias quanto à saúde dos fetos e delas próprias. São nove meses de desamparo e, se o futuro filho nascer com distúrbios neurológicos provocados pela síndrome congênita do zika, tem início um longo percurso de necessidades singulares de saúde e acessibilidade que não são garantidas como direitos, conforme se demonstrou nas seções anteriores (ANADEP, 2016, p. 76/77).

A partir desta constatação, então, a ação defende que a vida não constitui direito absoluto: caso os ministros julguem haver nesta situação colisão de princípios constitucionais, quais sejam, o direito à vida do feto e o direito à autonomia reprodutiva da mulher, os defensores clamam que se dê, valorativamente, o mesmo peso para ambos os direitos⁸⁰.

Sobre “viver a gestação com medo”⁸¹ e a saúde mental da mulher grávida, defendem que se considere tal panorama sob o viés do estado de necessidade, o que

⁸⁰ Neste sentido, citam parte do voto do Ministro Joaquim Barbosa na Arguição de Preceito Fundamental nº 54, onde este defende: “a procriação, a gestação, enfim os direitos reprodutivos são componentes indissociáveis do direito fundamental à liberdade e do princípio da autodeterminação pessoal, particularmente da mulher” (ANADEP, 2016, p. 80).

⁸¹ Para efeitos de ilustração, importa citar aqui um trecho de entrevista dada pela antropóloga Débora Diniz, referência no assunto da epidemia do vírus zika, para o Jornal O Estado de São Paulo em setembro de 2016: “**É a segunda geração?** Sim. As mulheres já estão grávidas e com diagnóstico de síndrome nos fetos. Mas antes de a imagem aparecer elas escondem o adoecimento por zika. É o que ocorre hoje no ambulatório da dra. Adriana, que é de referência. A gestante é encaminhada a ela, mas quando chega lá nega ter tido os sintomas. Diz que foi uma doença parecida com zika.

Elas estão com medo do diagnóstico? Claro, o diagnóstico é uma sentença. Não temos interrupção de gestação, não temos tratamento, não temos cura. A felicidade do pré-natal desapareceu na terra da zika. “Eu não vou falar disso porque não vai acontecer comigo!” Eu me pergunto como a ciência está tratando esse dado. O critério de ter tido sintomas de zika é fundamental na questão da microcefalia. Quase todas as mulheres com filhos afetados tiveram sintomas. Pode ser que nelas a doença tenha sido mais grave? Não sabemos. E saberemos menos ainda, se elas começarem a mentir ou esconder.” Acessar em: <http://alias.estadao.com.br/noticias/geral,as-fronteiras-da-zika,10000075150>

configuraria, de acordo com a ação, a hipótese de excludente de ilicitude da conduta.

Neste sentido:

Inegável que a autorização para a interrupção da gravidez em caso em decorrência de estupro se apoia, também, no estado de evidente sofrimento da mulher, pelo estado de desamparo provocado pela experiência e lembrança do ato violento. Do mesmo modo, a interrupção da gravidez deve ser autorizada quando o Poder Público falhou em evitar o sofrimento da mulher, por não erradicar o mosquito vetor, por não informar, por não promover medidas preventivas adequadas no contexto da epidemia e, ainda, quando não se compromete com a garantia de direitos da mulher e de seus futuros filhos. Destarte, a criminalização da interrupção da gravidez de mulheres infectadas pelo vírus zika que assim o desejem para proteção de sua saúde revela-se em verdadeira afronta aos preceitos fundamentais da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF), da liberdade (autodeterminação pessoal e autonomia reprodutiva) e da proteção às integridades física e psicológica (art. 5º, caput, CF), da saúde e dos direitos reprodutivos da mulher (art. 6º e 226, §7º, CF). Por sua vez, o acesso a serviços de saúde de referência para interrupção da gestação garante a mulheres grávidas infectadas pelo zika e em estado de sofrimento a necessária atenção em saúde mental, que é um dos eixos de acolhimento de tais serviços, conforme a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (ANADEP, 2016, p. 84/85).

A partir disso, importa destacar que a defesa pela interrupção legal e segura da gravidez nestes casos não se trata de eugenia⁸². A motivação dos procuradores neste caso é a defesa da saúde psicológica da mulher por esta encontrar-se em situação de desinformação e desamparo, causada, especificamente, por omissão estatal: em um primeiro momento, pelo mosquito vetor não ter sido erradicado e, em um segundo momento, pelas mulheres não terem sido adequadamente protegidas da epidemia que se instaurou no país. Neste mesmo sentido é o posicionamento do Procurador Geral da República, favorável à que se possibilite às mulheres os meios de interrupção da gravidez, caso seja esta opção derive de sua vontade:

O direito a saúde e a integridade física e psíquica possui natureza fundamental, que se encontra sob forte ameaça em epidemias. No caso da zika, trata-se de epidemia em que as consequências mais trágicas até aqui conhecidas envolvem a reprodução humana. São as mulheres os indivíduos primeiramente atingidos. Elas é que sofrem antes mesmo que exista uma criança com deficiência à espera de cuidado. Por não haver conflito entre os direitos envolvidos, cabe prestigiar o direito fundamental à saúde da mulher, inclusive no plano mental. Isso não significa desvalor à vida humana ou à das pessoas com deficiência – **até porque não se está criando imposição de interrupção da gravidez**. A decisão será, sempre, da gestante, diante do diagnóstico de infecção

⁸² Pelo dicionário Michaelis, o termo “eugenia” é definido como: “Teoria que defende o aprimoramento da espécie humana por meio de uma seleção de tendo como base as leis genéticas”.

pelo vírus. Trata-se simplesmente do reconhecimento de que tomar a reprodução humana como dever, nessas condições, é impor às mulheres autêntico estado de tortura, imenso sofrimento mental (PGR, 2016, p. 38/39).

Assim, a ação, bem como a manifestação do então Procurador Geral da República, intentam balizar o reconhecimento de que a epidemia instaura um real estado de necessidade às mulheres e seria a sua saúde mental que estaria em questão neste panorama. Defende-se, assim, a garantia de um direito, de forma similar ao que é garantido à mulher que sofre um estupro e enfrenta uma gravidez que deriva dessa violência: se assim desejar, a ela é facultada a possibilidade de interrupção da gravidez, justamente em função do sofrimento psíquico que reveste tal situação (ANADEP, 2016). A argumentação pela possibilidade de abortar, portanto, não se apoia na justificativa da microcefalia, da síndrome congênita ou nas várias malformações neurológicas passíveis de serem desenvolvidas pelo feto em gestação. O que ampara o pedido dos defensores é, tanto a insegurança quanto as chances de transmissão vertical da doença para o feto – uma vez que a ciência não consegue afirmar se em todos os casos em que a mãe foi infectada pelo vírus ela irá transmiti-lo via placenta -, quanto a saúde mental das mulheres que enfrentam esta epidemia.

Dessa forma, terminam por pedir:

[...] a interpretação conforme a Constituição⁸³ é medida hábil à garantia de tais preceitos fundamentais, a) **declarando-se a inconstitucionalidade da interpretação segundo a qual** a interrupção da gestação em relação à mulher que tiver sido infectada pelo vírus zika e optar pela mencionada medida é conduta tipificada nos artigos 124 e 126 do Código Penal ou; b) sucessivamente, declarando-se a interpretação conforme a Constituição do art. 128, I e II, do Código Penal julgando constitucional a interrupção da gestação de mulher que tiver sido infectada pelo vírus zika e optar pela mencionada medida, tendo em vista se tratar de causa de justificação específica, e por estar de acordo ainda com a justificação genérica dos arts. 23, I, e 24 do Código Penal, em função do estado de necessidade com perigo atual de dano à saúde provocado pela epidemia de zika e agravado pela negligência do Estado brasileiro na eliminação do vetor, as quais configuram hipóteses legítimas de interrupção da gravidez (ANADEP, 2016, p. 85).

⁸³ Importa destacar que “interpretação conforme a Constituição” é um método da Hermenêutica muito comum na atividade jurisdicional relacionada ao Controle de Constitucionalidade, o qual busca a correção e a adequação de normas infraconstitucionais aos preceitos veiculados na Constituição que, eventualmente, deem margem à interpretações diversas.

3.2 Os desdobramentos

A partir das peças que compõem a ADI 5.581 e que foram elencadas acima, resta assumir que a ação em questão conforma um esforço político e estratégico de um grupo de pessoas que, dotado de prerrogativas institucionais e passabilidade jurídica, intenta visibilizar uma situação extremamente complexa e controversa que afeta transversalmente a vida de muitas famílias brasileiras.

Através dos seus pedidos e de todo o material comprobatório reunido, resta evidente o importante papel da ação em levar ao debate público – para além do debate jurídico-institucional – questões como planejamento familiar, maternidade, assistência social e políticas sanitárias. Ela ilumina, através da reivindicação por interpretação constitucional e atenção às omissões estatais que não guardaram atenção com os pressupostos legais, o panorama onde se encontravam – e se encontram – as mulheres e crianças afetadas pela epidemia do Zika vírus.

Com o aporte da teoria jurídica, bem como com a da economia e das ciências da saúde, a ação atinge o objetivo de dar a mais alta corte do país a oportunidade de discutir um tema que interliga políticas públicas e Direitos Reprodutivos, oferecendo um panorama de reflexão da situação de ambos os institutos para além do que a epidemia escancarou.

A ação e seu estudo, especialmente a partir da determinação de fim de situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional no país, chama atenção às problematizações necessárias acerca dos atos administrativos e marcos legais brasileiros em sua relação com a garantia e efetivação de direitos das mulheres. Como percebe-se, a Lei 13.301, alvo da Ação Direta de Inconstitucionalidade e que se pretendeu dispor sobre medidas de vigilância para a epidemia, se limitou a responsabilizar a comunidade e a focar no combate doméstico ao mosquito. Uma boa quantidade de material, no entanto, foi produzida acerca do diagnóstico e tratamentos possíveis para a síndrome congênita do Zika, ainda que a concretização de tais serviços permaneça precária.

Por sua vez, em relação ao amparo às mulheres em idade reprodutiva que viveram e vivem nas regiões-foco da epidemia, pouco foi feito. Os Protocolos e Diretrizes, como analisado acima, limitaram-se a reproduzir marcos normativos e poucas orientações inovadoras foram prestadas – em relação a estas, ainda que importantes, não foram sistematizadas ações estratégicas de efetivação de proteção. Neste sentido, resta concluir

que, efetivamente, o Estado brasileiro se omitiu quanto a uma ação de proteção social que necessitava ter sido maciça. Afinal, os mecanismos existentes pré-epidemia já se mostravam largamente ineficientes quanto aos seus objetivos: o mosquito, vetor do vírus que causou a epidemia, há anos resistia no país causando doenças; as políticas de planejamento familiar e o oferecimento de métodos contraceptivos pelos serviços de saúde pública já eram precários. Soma-se a isso os já alarmantes números acerca de interrupções de gravidez clandestinas e inseguras, que matavam e matam mulheres por todo país.

Daí a importância de questões como direito a informação, planejamento familiar e o direito a possibilidade de interrupção da gravidez serem colocadas em pauta no Judiciário. Para além da possibilidade ou não deste Poder ter real ingerência sobre Políticas Públicas e suas conformações, defende-se a viabilidade deste acionamento: seja para demandar que as informações acerca da epidemia – que institucionalmente já foi decretada acabada -, sejam atualizadas e melhor divulgadas, a todas e todos que por ela sejam tocados; seja para que o Estado passe a garantir, efetiva e amplamente, tecnologias reprodutivas acessíveis; seja para que as mulheres infectadas pelo Zika que, porventura, optarem por não levar a gestação adiante, não sejam criminalizadas por sua escolha.

CONCLUSÃO

Pelos estudos apresentados, a epidemia do Zika vírus não se deu por uma causalidade da natureza. Para além das muitas hipóteses de entrada do vírus no Brasil, a questão central dessa epidemia diz respeito as condições que permitiram e serviram de solo fértil para o seu desenrolar. Para além da ausência de políticas sanitárias nos rincões do país, a epidemia do vírus Zika serviu para escancarar outra ausência: a de Direitos Reprodutivos.

Como visto no primeiro capítulo desta pesquisa, a agenda de Direitos Reprodutivos no Brasil é falha: além disso, ela serve como um recurso metonímico para representar, de forma suplementar, a forma como o Direito e o Estado tratam as pautas que afetam especialmente às mulheres e seus direitos. Os Direitos Humanos, quando analisados sob o enfoque de gênero, derivam, dentre outros direitos, os Reprodutivos. Assim como em relação aos Direitos Humanos, importa, continuamente, historicizar a categoria dos Direitos Reprodutivos, entendendo-os enquanto manifestações de um lugar e época acerca de como a reprodução humana é politizada, normatizada e judicializada em cada tempo. O feminismo, enquanto movimento político, tem em sua essência o questionamento e o levantar desta bandeira: autonomia e liberdade para o exercício responsável da reprodução humana.

Com o conseqüente desenvolver desta luta, bem como de cada uma de suas bandeiras, a agenda feminista incorporou em suas reivindicações novas categorias, que se juntaram as já estabelecidas. Falar de Direitos Reprodutivos hoje, portanto, é atentar também para outras categorias, tais quais a classe e a raça. Esta tríade (“gênero”, “raça” e “classe”) dá conta de estabelecer um panorama teórico conectado a realidade material, que atenta para as muitas particularidades que compõe as vulnerabilidades que atingem essa comunidade tão heterogênea chamada “mulheres”.

Dessa forma, para além de “generificar” os Direitos Humanos, tarefa esta empreendida desde o século passado por feministas empenhadas no alargar de horizontes dos Direitos Humanos, é premente integrar a esta análise elementos diferenciados que vulnerabilizam grupos específicos de mulheres. No caso desta pesquisa, intentou-se demonstrar como um contexto de fragilização de garantias e direitos afetou sobremaneira um estrato específico da população feminina brasileira: as mulheres negras, pobres e nordestinas, já historicamente distantes daquilo que conceituou-se enquanto “Justiça Reprodutiva”, estiveram especialmente aquém daquilo que pode ser determinado enquanto estado de bem estar efetivado no acesso eficiente a Direitos Humanos. A

epidemia do Zika vírus no Brasil é um exemplo que escancara aquilo que Loreta Ross chama de “desigualdade de oportunidades que temos para controlar nosso destino reprodutivo”. Diante do caminho traçado pelo movimento feminista para o desenvolvimento dos Direitos Reprodutivos, tanto nacional quanto internacionalmente, percebe-se um esforço neste exato sentido, qual seja, o de transformar o controle do destino reprodutivo em ação autônoma e informada.

A Plataforma do Cairo, por exemplo, demarca a demanda histórica por acesso à informação enquanto instrumento essencial na efetivação da autonomia da mulher sobre a própria capacidade de reprodução. No horizonte deste documento, ainda, constava a diretriz pela verificação local das necessidades específicas de cada comunidade, para que a saúde reprodutiva fizesse parte das preocupações e prioridades de cada comunidade. A Convenção de Pequim, por sua vez, demarcou a íntima relação presente entre saúde reprodutiva e igualdade de gênero. Categorias por ela desenvolvidas como “transversalidade” e “empoderamento” são cruciais para se analisar contextos de vulnerabilização social, onde são os corpos das mulheres os primeiros atingidos.

Neste sentido, importa deslocar, a título de análise, as diretrizes colocadas por estes acordos, dos quais o Brasil é signatário, à realidade nacional e aos programas, políticas e legislações que versam sobre Direitos Reprodutivos. Desde antes do marco temporal escolhido para iniciar a análise histórica, no caso, a Constituição Brasileira de 1988, junto do PAISM, o país optava por implementar políticas de capacitação de profissionais da saúde que informassem e incentivassem o planejamento familiar através do fornecimento de métodos contraceptivos. A Constituição de 88, por sua vez, seguiu linha similar, pegando para si a responsabilidade de oferecer instrumentos de efetivação daquilo que instituiu enquanto direito, qual seja, a livre disposição do casal para determinar seu núcleo familiar. Apesar do avanço no sentido de marcar essa necessidade de ação estatal, muito ficou de fora da normativa constitucional. Seja pela disputa política presente no momento da Constituinte, além de “planejamento familiar” não ter sido definido, disposições específicas sobre autonomia reprodutiva – no que diz respeito desde disponibilização de tecnologias reprodutivas à capacidade da mulher de optar pelo prosseguimento ou não da própria gestação – ficaram de fora.

De qualquer forma, como foi visto, mesmo após a promulgação de uma lei específica para regulamentar as políticas de planejamento familiar no país, o cenário pouco se alterou. Acesso a métodos contraceptivos e a procedimentos de esterilização

voluntária pelo Sistema Único de Saúde dependem mais do que mera a disponibilização. A integração com a capacitação de profissionais da saúde, bem como a captação de usuárias e a integração com outros ramos da saúde básica permanecem precária. Mesmo após a implementação da Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, que corajosamente pautou educação sexual, ampliação da oferta de kits anticonceptivos, introdução de métodos de reprodução humana no SUS e, inclusive, questões relativas a aborto legal e seguro. É preciso admitir, portanto, que houve esforços no sentido de concretizar minimamente o que se vinha acordando internacionalmente e o que a legislação nacional vinha assimilando, ainda que com limitações.

As pesquisas citadas, no entanto, não permitem enganos: meios de regulação de fecundidade permaneceram precários. Da mesma forma, um dos pontos mais centrais da agenda feminista e que compõe centralmente a discussão acerca dos Direitos Reprodutivos permaneceu intocada, tal qual o tabu que o configura no campo moral: a interrupção voluntária da gravidez. É preciso não naturalizar os números trazidos pela Pesquisa Nacional no Aborto: mais de uma, a cada cinco mulheres, aborta - mesmo com a prática permanecendo enquanto crime no Código Penal e o aborto legal sendo pouco acessado.

Daí a necessidade de se entender os Direitos Reprodutivos e, mais especificamente, a interrupção voluntária da gravidez, enquanto questões de saúde pública, e não de segurança pública, como o ordenamento pátrio insiste em tratar. Afinal, são em momentos como o da epidemia do Zika vírus, que afeta transversalmente a saúde da população afetada, que o debate da saúde pública atinge outros patamares. Constatar que a epidemia afeta o destino reprodutivo das mulheres, transformando a experiência da gravidez e da maternidade é constatar que a interrupção voluntária da gravidez deve, novamente, ser debatida em termos de saúde pública.

Como demonstrado no segundo capítulo, a febre pelo vírus Zika afetou, em sua maioria, mulheres. Deste grande grupo, durante o primeiro semestre de 2016, mais de 70% correspondia a mulheres em idade fértil, sendo que em junho daquele ano, 12.612 gestantes estavam sob suspeita de infecção pelo vírus Zika. Para além da decretação da situação de Emergência em Saúde Pública Nacional, dos vários Protocolos, Diretrizes e Boletins formatados pelo Ministério da Saúde e da promulgação da Lei 13.301, pouco se construiu de efetivamente novo em termos de proteção social às novas demandas de saúde pública que surgiram com a epidemia no ano de 2016. É certo que houve uma tentativa

por parte do Governo Federal no sentido de melhor capacitar os profissionais de saúde a lidar com a síndrome congênita do Zika, bem como com o desenvolvimento dos métodos de diagnóstico e tratamento dos muitos efeitos colaterais em crianças afetadas durante a gestação pelo vírus.

No entanto, ainda que estes mesmos documentos, por vezes, sublinhassem a importância de se dar maior atenção ao planejamento familiar e a maior disponibilização de métodos contraceptivos, na prática, estes esforços não foram alargados. Como denunciado pela ação proposta pela ANADEP, não houve fortalecimento ou especialização de políticas públicas já existentes, nem mesmo ações de urgência focalizadas nas áreas de maior risco de infecção ou mesmo em áreas onde a população já havia sido afetada. A omissão do Estado brasileiro vai sendo configurada, diante desse panorama, justamente por estes riscos não terem sido atenuados. Diante da dúvida acerca da abrangência dos efeitos de uma epidemia, é premente a invocação de direitos garantidos constitucionalmente, como o Direito à Saúde, através especialmente de atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, como determina o artigo 198 da Constituição brasileira.

Neste mesmo sentido e tendo os Direitos Reprodutivos como horizonte, é significativo que as informações circuladas a respeito da epidemia, para além das dúvidas e incertezas que a cercavam, tivessem ficado limitadas a documentos e portais institucionais. Ainda que a mídia veiculasse algumas informações a respeito, cabia ao Estado sistematizar estas informações e leva-las de forma maciça à população, especialmente a mais carente e vulnerável às intempéries do Zika. Aliás, inclusive as dúvidas e incertezas científicas mereciam ter sido facilitadas à população, uma vez que esta seria uma forma de protegê-la da desinformação – muito diferente, neste caso, de desconhecimento.

É cabível, portanto, que a ação proposta ao STF abarque o dever fundamental do Estado em prestar informações acessíveis acerca de problemas de saúde pública. Para além do ápice da epidemia ter chegado ao fim, defende-se que este pedido não perdeu seu objeto: importa, tanto para a população afetada quanto para a que não sentiu os efeitos da epidemia, ter acesso às informações acerca das formas de transmissão do vírus, os efeitos conhecidos e desconhecidos da epidemia, as múltiplas conformações da síndrome congênita, bem como aos métodos de proteção contraceptivos que evitam gravidezes neste contexto, se assim as mulheres, quando bem informadas, desejarem.

Sobre a garantia destes métodos é que versa o segundo pedido da ação analisado no terceiro capítulo desta pesquisa. Ainda que fundado no princípio constitucional da dignidade humana e da paternidade responsável, o direito ao planejamento familiar, que deveria ter sido reforçado diante da epidemia, pelas claras consequências que gerou em termos reprodutivos, não foi abarcado em políticas públicas extensivas. Justamente em função do histórico de fragilidade das políticas de saúde reprodutiva, seja em função da descontinuidade na disponibilização de métodos anticonceptivos no SUS, instabilidade na adesão aos métodos disponíveis ou falta de educação sexual, cabia ao Estado desenvolver e aplicar estratégias de ampliação da oferta, bem como campanhas de conscientização acerca das possíveis condições em que se daria uma gravidez em tempos de Zika.

Neste sentido, é possível também enquadrar o repelente como estratégia de prevenção contra os efeitos da epidemia, inclusive em termos reprodutivos. Afinal, o repelente atua como elemento assegurador de uma gestação mais protegida e, portanto, como instrumento de planejamento familiar. Em tempos de dúvidas acerca da possível extensão dos efeitos gerados pela epidemia, é cabível o entendimento dos procuradores da ação proposta ao STF, ou seja, de que o a distribuição gratuita do repelente contra o mosquito vetor seja interpretado enquanto um dos métodos de concepção previstos na Lei 9.263, a qual regula o artigo 226, parágrafo 7º da Constituição Federal.

Ainda que os números por “febre pelo vírus Zika”, como descrevem os Boletins Epidemiológicos da Secretaria de Vigilância em Saúde, tenham caído substancialmente no ano de 2017⁸⁴, acreditamos que os fundamentos para tais pedidos, seja pela distribuição maciça por anticonceptivos e repelentes, subsistem: há ainda milhares de mulheres que vivem em terras por onde o Zika fez muitas vítimas. A disponibilização de informação, conjuntamente com o oferecimento de métodos seguros de planejamento familiar – inclua-se aqui anticonceptivos e repelentes – configura, ainda, política pública

⁸⁴ De acordo com o Boletim Epidemiológico nº 29, volume 48, de 2017 – o último disponibilizado acerca do Monitoramento dos casos de dengue, chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 35, 2017 – em 2016 foram registrados 216.207 casos prováveis de febre pelo vírus Zika no país. Em 2017, até a Semana Epidemiológica 35, foram registrados 15.586 casos prováveis de febre pelo vírus Zika. Em relação às gestantes, foram confirmados 2.105 casos prováveis, sendo 728 casos confirmados por critério clínico-epidemiológico ou laboratorial. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/15/2017-028-Monitoramento-dos-casos-de-dengue--febre-de-chikungunya-e-febre-pelo-virus-Zika-ate-a-Semana-Epidemiologica-35.pdf>. Acessado em: 27/11/2018.

de extrema relevância: deve ser garantido e efetivado o direito das mulheres de viver dignamente em regiões onde, ainda, o perigo de infecção permanece.

Em total consonância com os pedidos anteriores, o terceiro pedido analisado da ação eleva a discussão acerca da garantia de Direitos Reprodutivos das mulheres afetadas pela epidemia do vírus Zika a outro patamar: este pedido toca profundamente a discussão acerca da autonomia da mulher sobre o próprio corpo e a forma como os direitos fundamentais ora são ativados para defender tal autonomia, ora para subalternizar as escolhas que se referem a destinos reprodutivos.

Demandar que houve omissão do Estado acerca da possibilidade de interrupção da gravidez por mulheres grávidas infectadas pelo Zika é um grande desafio, justamente pela tentativa de subverter o entendimento acerca do dispositivo penal em diálogo com o dispositivo constitucional. Entendendo haver diferenças entre o crime de aborto e a interrupção da gravidez, caberia, de acordo com a ação, em função do estado de incerteza quanto a transmissão vertical e os possíveis efeitos do vírus no corpo da mãe e do feto, possibilidade de enquadramento de tal interrupção na justificativa do artigo 128, I, “se não há outro meio de salvar a vida da gestante”. Ainda, intenta-se o alargamento da noção de aborto humanitário – permitido às mulheres que geram gravidezes provenientes de estupro – e da categoria de estado de necessidade, a qual excluiria a ilicitude da conduta. Balizados nos preceitos fundamentais elencados na ação, defende-se que este raciocínio – que alia o questionamento da normatividade aos elementos do mundo material, demonstrando o descompasso presente entre a letra da lei e a vivência dos sujeitos -, serve para disputar o entendimento jurisprudencial acerca da possibilidade de interrupção da gravidez nos casos de infecção pelo vírus Zika.

Refletir a respeito da constitucionalidade da interrupção da gravidez diante destas particularidades – especialmente, em termos de responsabilização estatal - é demandar que às mulheres seja dada a devida centralidade neste debate. Os efeitos da epidemia sobre as crianças nascidas sob o signo do Zika e da síndrome congênita também devem ser objeto de estudo e análise e, especialmente, servir de motivação para a assecuração de seus direitos. No entanto, julga-se serem as mulheres os sujeitos primeira e mais violentamente atingidos. Para além das justificativas que levariam uma mulher a interromper a gravidez em tempos ou terras de Zika – às quais não devem ser requeridas,

pelo bem do princípio da liberdade⁸⁵, que necessariamente deve englobar o direito à autodeterminação pessoal e à autonomia reprodutiva -, seus direitos reprodutivos devem ser garantidos.

Novamente: a epidemia do Zika vírus não se deu por uma causalidade da natureza, e o trajeto da epidemia no país evidencia isto. Este histórico, somado a precária agenda de Direitos Reprodutivos levada a cabo pelo Estado brasileiro, permitem concluir pela grande relevância da ação analisada nesta pesquisa. Por uma série de direitos fundamentais estarem em questão, bem como atos do legislativo e omissões do executivo, julgamos que a ADIN 5.581, além de visibilizar este tema - o qual é continuamente negligenciado pela mídia e pelo Estado - tendo em vista os meios judiciais disponíveis, oferece uma alternativa viável de acesso à justiça à população afetada. Para além da velocidade com a qual o processo será apreciado, a ação materializa o clamor por atenção estatal, mobilizando esforços na tentativa de reverter o quadro de vulnerabilidades que está posto.

⁸⁵ Artigo 5º, caput, CF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, Naomar; BARRETO, Mauricio L; ROUQUAYROL, Maria Zelia. **A epidemiologia como ciência**. In: Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações/ Naomar de Almeida Filho, Mauricio Lima Barreto. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ALVES, José Eustáquio Diniz. **As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil**. Escola Nacional de Ciências Estatísticas: Rio de Janeiro, 2006.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DO DEFENSORES PÚBLICOS (ANADep). **Petição na Ação Direta de Inconstitucionalidade cumulada com Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, ADI 5.581**. Brasília, 2016.

BBC BRASIL. **Zika: recomendação para evitar gravidez causa polêmica na Colômbia**. Janeiro de 2016. Disponível em: http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/01/160123_colombia_gravidez_zika_polêmica_fd.

BERQUÓ, Elza; CAVENAGHI, Suzana. **Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S441-S453, 2003.

BIEHL, João; PETRYNA, Adriana. **Peopling Global Health: A saúde global centrada nas pessoas**. Revista Saúde Sociedade, v. 32, n. 2. São Paulo: 2014

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

_____. **Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Lei do Planejamento Familiar. Brasília, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm.

_____. **Lei nº 9.868, de 10 de novembro de 1999**. Dispõe sobre o processo e julgamento da ação direta de inconstitucionalidade e da ação declaratória de constitucionalidade perante o Supremo Tribunal Federal. DF, novembro 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9868.htm.

_____. **Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Rio de Janeiro, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm.

_____. **Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016**. Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus **chikungunya** e do vírus da **zika**; e altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. DF, junho 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2016/lei/L13301.htm

_____. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde** / 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 48 p. – (Série F. Comunicação e Educação) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 7)

_____. **Portaria 1.813, de 11 de novembro de 2015**. Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1813_11_11_2015.html.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.

BUGLIONE, Samantha; VENTURA, Miriam (Org.). **Direito à reprodução e à sexualidade: uma questão de ética e justiça**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010. 319 p.

CAMARGO, Thais Medina Coeli Rochel de Camargo; VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos e aborto: as mulheres na epidemia de Zika**. Rio de Janeiro: Revista Direito & Práxis, v. 7, n. 3, 2016. p. 622 – 651.

CARVALHEIRO, José da Rocha. **Epidemias em escala mundial e no Brasil**. Estudos Avançados, São Paulo, v. 22, n. 64, p. 7-17, dezembro de 2008. ISSN 1806-9592. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/eav/article/view/10345/12025>>.

CONGRESSO EM FOCO. **Comissão aprova benefício financeiro para crianças vítimas de microcefalia**. Abril de 2016. Disponível em: <http://congressoemfoco.uol.com.br/noticias/comissao-aprova-beneficio-financeiro-para-criancas-vitimas-de-microcefalia/>.

CONGRESSO NACIONAL. **Medida Provisória nº 712, de 2016** (-Zika Vírus-). Disponível em: <http://www.congressonacional.leg.br/materias/medidas-provisorias/-/mpv/124652>.

CRENSHAW, Kimberly. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. Florianópolis: Revista de Estudos Feministas, n. 1, 2002.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DINIZ, Débora. **Zika: do sertão nordestino à ameaça global**. 1 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

_____. **Zika em Alagoas: a urgência dos direitos**. Brasília: LetrasLivres, 2017. Disponível em: <http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2017/05/Zika-em-Alagoas-a-urgencia-dos-direitos.pdf>

DINIZ, Debora; BRITO, Luciana. **Epidemia provocada pelo vírus Zika: informação e conhecimento**. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, v. 10, n. 2, 2016. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1148>>.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. **Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 959-966, Junho de 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700002>.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. **Pesquisa Nacional de Aborto 2016**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, Fevereiro de 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=en&nrm=iso

ESTADÃO. **OMS confirma que Zika causa microcefalia**. Abril de 2016. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,oms-confirma-que-zika-causa-microcefalia,1000002596>.

_____. **“Sexo é para amadores, gravidez é para profissionais” diz ministro da Saúde**. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,sexo-e-para-amadores-gravidez-e-para-profissionais-diz-ministro-da-saude,10000002325>.

_____. **OMS declara fim da emergência global por zika; Brasil mantém alerta**. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,oms-declara-fim-de-emergencia-global-por-zika,10000089226>.

_____. **As fronteiras da zika: “Só atentaremos à epidemia quando chegar a grandes centros”, diz antropóloga**. Disponível em: <http://alias.estadao.com.br/noticias/geral,as-fronteiras-da-zika,10000075150>.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Oito em cada dez bebês com danos do zika nascem de mães negras**. Setembro de 2016. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/09/1812302-oito-em-cada-dez-bebes-com-danos-do-zika-nascem-de-maes-negras.shtml>.

_____. **Fim de situação de emergência para zika preocupa estudiosos da área**. Maio de 2017. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/05/1883239-fim-de-situacao-de-emergencia-para-zika-preocupa-estudiosos-da-area.shtml>.

G1. **“Não engravidem agora”, diz Ministério da Saúde por causa da microcefalia**. Novembro de 2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/hora1/noticia/2015/11/nao-engravidem-agora-diz-ministerio-da-saude-por-cao-da-microcefalia.html>.

GLOBO. **Depois de declarações polêmicas, Dilma elogia Ministro da Saúde**. Janeiro de 2016. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/depois-de-declaracoes-polemicas-dilma-elogia-ministro-da-saude-18554052>.

HEILBORN, Maria Luiza et al. **Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s269-s278, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/09.pdf>.

HUMAN RIGHTS WATCH (HRW). **Esquecidas e desprotegidas: o impacto do vírus Zika nas meninas e mulheres no Nordeste do Brasil**. 12 de julho de 2017. Disponível em: <https://www.hrw.org/pt/report/2017/07/12/306265>.

JOTA. **Zika, BPC, Bolsa Família e o excesso de renda**. Disponível em: <https://jota.info/colunas/coluna-da-anis-instituto-de-bioetica/zika-bpc-bolsa-familia-e-o-excesso-de-renda-17072017>

MCNEIL, Donald. **Zika: A epidemia emergente**. 1 ed. São Paulo: Planeta, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº 405, de 15 de março de 2016.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/pri0405_15_03_2016.html.

_____. **Portal da Saúde: Mais sobre a saúde da mulher. Setembro de 2013.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-da-mulher/leia-mais-saude-da-mulher>.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Instrução Operacional Conjunta nº 1 MS-MDS, de 25 de fevereiro de 2016.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/IOC0001_25_02_2016.html.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Instrução Operacional Conjunta nº 2 MS-MDS, de 31 de março de 2016.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/IOC0002_31_03_2016.html.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Portaria nº 3, de 11 de janeiro de 2016.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2016/prt0003_11_01_2016.html.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico, volume 46, número 26.** Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/26/2015-020-publica---o.pdf>.

_____. **Boletim Epidemiológico, 2015, volume 46, número 34.** Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/19/Microcefalia-bol-final.pdf>.

_____. **Boletim Epidemiológico, 2015, volume 46, número 37.** Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/30/Microcefalia-2-boletim.pdf>.

_____. **Boletim Epidemiológico, 2015, volume 46, número 41.** Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/11/svs-be-2015-048-microcefalia-se48-final2.pdf>.

_____. **Boletim Epidemiológico, 2015, volume 46, número 46.** Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/28/2015-boletim-microcefalia-se50-vol46-n46.pdf>.

_____. **Boletim Epidemiológico, 2016, volume 47, número 37.** Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/15/2016_031-Mulheres_publicacao.pdf.

_____. **Boletim Epidemiológico, 2016, volume 48, número 11.** Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/06/2017-010-Monitoramento->

[dos-casos-de-dengue--febre-de-chikungunya-e-febre-pelo-virus-Zika-ate-a-Semana-Epidemiologica-12--2017.pdf](http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/15/2017-028-Monitoramento-dos-casos-de-dengue--febre-de-chikungunya-e-febre-pelo-virus-Zika-ate-a-Semana-Epidemiologica-12--2017.pdf).

_____. **Boletim Epidemiológico**, 2016, volume 48, número 29. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/15/2017-028-Monitoramento-dos-casos-de-dengue--febre-de-chikungunya-e-febre-pelo-virus-Zika-ate-a-Semana-Epidemiologica-35.pdf>.

_____. **Orientações Integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/orientacoes-integradas-vigilancia-atencao.pdf>.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Notas da OIT: Trabalho e Família**, 4, 2009. Disponível em: http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/nota_4.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Abortamento Seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**. Suíça, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf.

_____. **Declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional**. Fevereiro de 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/en/>.

_____. **Ficha descritiva: Doença do vírus Zika**. 2 de julho de 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/pt/>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Zika – Atualização Epidemiológica** - a - 28 de abril de 2016. Disponível em: http://www.paho.org/bra/images/stories/SalaZika/atualizacao_epi_28abril.pdf?ua=1.

_____. **Zika – Atualização Epidemiológica** - b - 09 de junho de 2016. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/images/stories/SalaZika/boletim%20013.pdf?ua=1>.

OSIS, Maria José Duarte et al. **Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2481-2490, Nov. 2006.

PATRIOTA, Tania. **Relatório da conferência internacional sobre população e desenvolvimento: Plataforma do Cairo, 1994**. P. 34/36. In.: Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.

PIMENTEL, Sílvia. **Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher: CEDAW, 1979**. P. 14/18. In.: Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.

PIOVESAN, Flavia. **Currículo permanente: direitos humanos e o direito constitucional internacional**. Escola da Magistratura do Tribunal Federal da 4º Região, 2006.

PITANGUY, Jacqueline. **Os direitos reprodutivos das mulheres e a epidemia do Zika vírus**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000500603&lng=en&nrm=iso.

ROCHA, Maria Isabel Baltar da. **A Constituinte e o planejamento familiar: um roteiro de sugestões, emendas e propostas**. Anais do VI Encontro de Estudos Populacionais, p. 637/674. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/454/440>.

_____. **Planejamento Familiar e aborto: discussões políticas e decisões no parlamento**. In.: Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto. Organizadoras: Maria Betânia Ávila, Ana Paula Portella e Verônica Ferreira. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

ROSS, Loreta. **What is Reproductive Justice?** In.: Reproductive Justice briefing book: A Primer on Reproductive Justice and Social Change. Disponível em: <https://www.law.berkeley.edu/php-programs/courses/fileDL.php?fID=4051>.

SCOTT, Joan Wallach. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Educação&Realidade. Porto Alegre, vol. 20, nº2. 1995.

TRATA BRASIL. **Situação Saneamento no Brasil**. Disponível em: <http://www.tratabrasil.org.br/saneamento-no-brasil>.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas, 2009.

VIOTTI, Maria Luiza Ribeiro. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher: Pequim, 1995**. P. 148/150. In.: Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.