

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Comunicando sobre Zika: Recomendações em contexto de incerteza.

Raphaela Rezende Nogueira Rodrigues

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Ciências Humanas Linha de pesquisa: Representações sociais, Processo Saúde-doença e Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^ª Dra. Márcia Grisotti

Florianópolis

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rodrigues, Raphaela Rezende Nogueira
Comunicando sobre Zika: : Recomendações em
contexto de incerteza. / Raphaela Rezende Nogueira
Rodrigues ; orientadora, Márcia Grisotti, 2018.
118 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Zika. 3. Direitos sexuais
e reprodutivos. 4. Epidemia. 5. Políticas Públicas.
I. Grisotti, Márcia . II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva. III. Título.

Raphaela Rezende Nogueira Rodrigues


Comunicando sobre Zika: Recomendações em contexto de incerteza

Dissertação aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de Mestre (a) pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

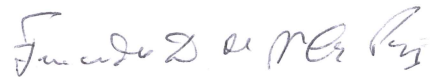
Florianópolis, 30 de julho de 2018.

Profa. Josimari Telino de Lacerda, Dra.
Coordenadora do Curso

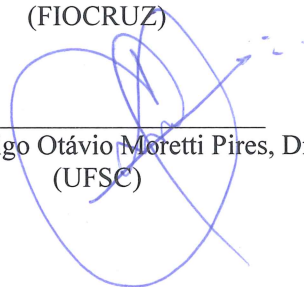
Banca Examinadora:



Profa. Márcia Grisotti, Dra.
UFSC (Presidente)



Fernando Dias de Ávila Pires, Dr.
(FIOCRUZ)



Prof. Rodrigo Otávio Moretti Pires, Dr.
(UFSC)

Para Alice

Agradecimentos

Começarei agradecendo à professora Márcia e ao professor Fernando. Eu me considero uma pessoa de grande sorte por ter tido a oportunidade de conviver com vocês. Não é possível quantificar o tanto que aprendi em todas as tardes que passamos juntos conversando sobre os mais diversos temas. É visível o quanto vocês gostam de fazer pesquisa, o quanto há de ânimo pela descoberta e entendimento dos assuntos. Obrigada por todo o acolhimento, já sinto agora a falta que vocês farão no meu cotidiano.

Agradeço também aos professores da pós graduação em Saúde Coletiva, com os quais aprendi muito. Toda a experiência do mestrado foi empolgante demais, eu sinto que me apaixonei ainda mais pelos temas relacionados à saúde. É com grande pesar que não seguirei meus estudos, não por falta de vontade, mas pela urgência da própria vida: não posso me comprometer a seguir um doutorado sendo que as vagas para professor são destinadas aos formados em áreas da saúde, apesar da interdisciplinaridade do programa. É um sentimento terrível se sentir instado a desistir de algo que se gosta, mas é preciso ter perspectiva de futuro, além do desejo. Agradeço em especial ao Rodrigo, Sheila e Elza, professores que sempre foram maravilhosos comigo. Guardo todos em meu coração.

Também agradeço aos amigos queridos que encontrei nessa caminhada, em especial a Mariana, Guilherme, Raquel e Marcella. O mestrado foi mais leve pela companhia de vocês. Amigos que já existiam em minha vida, já tinham me ajudado durante o meu tcc e agora no mestrado: Adri, Sanjay,

Martin e Dani, adoro vocês. Obrigada por toda a companhia e ajuda. Minha vida é mais feliz sabendo que vocês estão nela.

Agradeço também à minha família. Mãe, obrigada por todo o apoio. Agora você pode perguntar se eu já terminei as minhas coisas: creio que sim.

Sou uma pessoa de grande sorte por ter tido o privilégio de ter o apoio de tantas pessoas. Clebson, amor, mais uma vez você esteve comigo – mesmo que por um tempo não presencialmente- no que eu decidisse. Enquanto escrevo estes agradecimentos você está passeando com a Alice, para que eu possa escrever com tranquilidade. Obrigada por tudo.

E por fim agradeço à minha amada filha, Alice. Você esteve comigo na realização do TCC, ainda tão pequena, numa fase em que sua energia e demandas eram quase infinitas. Agora você já parece ser tão grande, tão compreensiva nas inúmeras vezes que tive de pedir para você esperar enquanto eu precisava escrever. Sinto por ter colocado os estudos em primeiro lugar em alguns momentos, mas tento ver essa situação como uma forma de demonstrar que é preciso se esforçar e escolher fazer o que é necessário, mesmo que em alguns momentos não seja o mais prazeroso. Você é meu amor.

"É certo que o ministro da saúde, interpelado à passagem no breve intervalo entre duas reuniões, havia explicado aos jornalistas que, tendo em consideração a falta de elementos suficientes de juízo, qualquer declaração oficial seria forçosamente prematura, Estamos a coligir as informações que nos chegam de todo o país, acrescentou, e realmente em nenhuma delas há menção de falecimentos, mas é fácil imaginar que, colhidos de surpresa como toda a gente, ainda não estejamos preparados para enunciar uma primeira ideia sobre as origens do fenómeno e sobre as suas implicações, tanto as imediatas como as futuras. Poderia ter-se deixado ficar por aqui, o que, levando em conta as dificuldades da situação, já seria motivo para agradecer, mas o conhecido impulso de recomendar tranquilidade às pessoas a propósito de tudo e de nada, de as manter sossegadas no redil seja como for, esse tropismo que nos políticos, em particular se são governo, se tornou numa segunda natureza, para não dizer automatismo, movimento mecânico, levou-o a rematar a conversa da pior maneira, Como responsável pela pasta da saúde, asseguro a todos quantos me escutam que não existe qualquer motivo para alarme, Se bem entendi o que acabo de escutar, observou um jornalista em tom que não queria parecer demasiado irónico, na opinião do senhor ministro não é alarmante o facto de ninguém estar a morrer, Exacto, embora por outras palavras, foi isso mesmo o que eu disse, Senhor ministro, permita-me que lhe recorde que ainda ontem havia pessoas que morriam e a ninguém lhe passaria pela cabeça que isso fosse alarmante, É natural, o costume é morrer, e morrer só se torna alarmante quando as mortes se multiplicam, uma guerra, uma epidemia, por exemplo, Isto é, quando saem da rotina, Poder-se-á dizer assim, Mas, agora que não se encontra quem esteja disposto a morrer, é quando o senhor ministro nos vem pedir que não nos alarmemos, convirá comigo que, pelo menos, é bastante paradoxal, Foi a força do hábito, reconheço que o termo alarme não deveria ter sido chamado a este caso, Que outra palavra usaria então o senhor ministro, faço a pergunta porque, como jornalista consciente das minhas obrigações que me prezo de ser, me preocupa empregar o termo exacto sempre que possível. Ligeiramente enfadado com a insistência, o ministro respondeu secamente, Não uma, mas quatro, Quais, senhor ministro, Não alimentemos falsas esperanças. Teria sido, sem dúvida, uma boa e honesta manchete para o jornal do dia seguinte, mas o director, após consultar com o seu redactor-chefe, considerou desaconselhável, também do ponto de vista empresarial, lançar esse balde de água gelada sobre o entusiasmo popular, Ponha-lhe o mesmo de sempre, Ano Novo, Vida Nova, disse."

As intermitências da morte – José Saramago

Resumo

A epidemia do vírus Zika, considerada uma situação de emergência nacional e internacional de saúde pública, não era uma doença bem estudada quando surgiu. Apesar do desconhecimento científico a seu respeito, diversos tipos de recomendação de conduta foram emitidos, tanto por entidades como o Ministério da Saúde quanto pela mídia. Para analisar essas recomendações utilizamos o método “Collective Mindsets Analysis”. As orientações fornecidas aos profissionais de saúde e população falham por não especificarem as características da população mais diretamente afetada, interferindo negativamente, assim, a sua aplicabilidade. O material também não esclarece as atribuições de responsabilidade sobre as várias ações recomendadas, deixando a cargo da população o encargo da tomada de decisão. Sem um real direcionamento e adequação ao contexto das pessoas atingidas, corre-se o risco de tornar as políticas públicas ineficazes.

Palavras-chave: Zika vírus. Políticas públicas. Epidemias. Prevenção & Controle. Direitos Sexuais e reprodutivos.

Abstract

On the onset of the Zika virus epidemic, which was considered a national and international public health emergency, the disease was not well studied. In spite of the scientific uncertainties, many kinds of procedure recommendations were issued by the Brazilian Ministry of Health, as well as by media agencies. We analyze those recommendations through the "Collective Mindsets Analysis" method. We conclude that the orientations given to health professionals and to the population fail due to the lack of clarification on the characteristics of the most directly affected population, negatively interfering on its applicability. Furthermore, there are no indications of which agents bear the responsibility on carrying the recommendations, leaving the population to decide by themselves. With no real targeting and adequation to the conditions of the afflicted population, there is a risk of rendering the public policies ineffective.

Keywords: Zika virus, public policies, epidemics, prevention and control, sexual and reproductive rights

Lista de abreviaturas

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

MS Ministério da Saúde

WHO World Health Organization

PNDS Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e a mulher

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância

ONU Organização das Nações Unidas

PNA Pesquisa Nacional de Aborto

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Sumário

1. Introdução.....	19
2. Referencial Teórico e discussão inicial.....	21
2.1. Direitos reprodutivos e saúde reprodutiva.....	21
2.1.1. Justiça Reprodutiva.....	23
2.1.2. O direito a escolher não ter filhos.....	26
2.1.3. O direito a escolher ter filhos.....	34
2.1.4. Ao ter filhos, ter o direito a cuidar deles.....	39
2.2. Divulgação científica e a saúde na mídia.....	45
2.2.1. Mídia e Zika.....	50
3. Objetivos.....	53
3.1. Objetivos específicos.....	53
4. Metodologia.....	54
5. Limitações do trabalho.....	61
6. Resultados.....	63
Apêndice 1.....	67
Apêndice 2.....	89
7. Referências.....	113

1. Introdução:

Apesar de ser uma doença conhecida desde 1947, a primeira vez que a existência do Zika foi encontrada no Brasil (ZANLUCA *et al.*, 2015) foi em 2015, posteriormente anunciada no Brasil através da Secretaria de Vigilância em saúde do Ministério da Saúde em abril de 2015, dizendo que monitorava casos de uma “doença exantemática” desde o mês de fevereiro (Ministério da Saúde, 2015). Em maio o Ministério da Saúde veiculou que o vírus Zika circulava pelo país (Ministério da Saúde (b), 2015). Em outubro há o início da denúncia sobre o aumento de casos de microcefalia, que só seria confirmado em novembro (Ministério da Saúde (c), 2015) quando o Ministério da Saúde declara Emergência em Saúde Pública de nível nacional. Em dezembro a OPAS emite um alerta epidemiológico sobre a possibilidade de relação entre microcefalia e zika (Panamerican Health Organization, 2015). Em 1º de fevereiro de 2016 a Organização Mundial de Saúde considera a microcefalia causada pelo Zika uma Emergência de Saúde Pública Internacional (World Health Organization, 2016). A Emergência de Saúde Pública Internacional chega ao fim em 18 de novembro de 2016 (WHO (b), 2016). O Ministério da Saúde do Brasil declara o final da Emergência Nacional de Saúde Pública em 11 de maio de 2017 (Portal Brasil, 2017).

Cerca de 20% dos infectados tem manifestações clínicas, em sua maioria autolimitada, mas existem descrições de manifestações neurológicas e síndrome de Guillain-Barré (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Através da transmissão vertical, o aumento do número de casos de bebês nascidos com microcefalia trouxe a atenção e posterior relação com a febre zika. Entretanto, a microcefalia não é a única característica dessas crianças, pois existem inclusive bebês afetados pelo Zika que nascem com perímetro cefálico normal

e apenas com exames de imagem é possível visualizar anormalidades provocadas pela doença (Linden, 2016). As repercussões na saúde da criança estão além da redução do perímetro cefálico, portanto, a terminologia mais apropriada é “síndrome congênita do zika”. Sendo a transmissão vertical o principal problema deste vírus, decidimos inicialmente fazer o referencial teórico baseado em questões de saúde sexual e reprodutiva.

O Referencial Teórico e conceitual está separado em capítulos de forma a explorar os conceitos: Direitos reprodutivos e justiça reprodutiva; Saúde e jornalismo. A escolha desses temas deveu-se inicialmente a hipótese de que os materiais utilizados focariam mais nas mulheres e direitos sexuais e reprodutivos, entretanto, como será demonstrado nos artigos contidos no apêndice, outros temas surgem, ampliando a quantidade de focos. Portanto, grande parte da teoria e discussão está apenas nos artigos, não no referencial teórico, pois era necessário dialogar com os dados obtidos. O resultado final da dissertação está nos dois apêndices, sendo o primeiro um artigo já submetido para a revista Ciência e Saúde Coletiva, analisando as recomendações contidas nos materiais elaborados pelo Ministério da Saúde; o segundo apêndice contém um artigo inédito analisando as recomendações contidas nas notícias do jornal Folha de São Paulo.

Procuramos responder as seguintes perguntas: Quais são as recomendações orientadas para a população e quais são as possibilidades de colocá-las em prática? Quais são as representações que podem ser inferidas a partir delas?

2. REFERENCIAL TEÓRICO E DISCUSSÃO INICIAL:

2.1. DIREITOS REPRODUTIVOS E SAÚDE REPRODUTIVA

O conceito de direito reprodutivo¹ é baseado nos direitos humanos fundamentais, que são reconhecidos por leis tanto nacionais quanto internacionais. Neste sentido, serve para estabelecer e regular direitos e obrigações tanto que partam do Estado, quanto na interação entre cidadãos. Não é apenas a proteção das possibilidades de reprodução, mas expande-se para assegurar a reprodução e sexualidade. Para tal, é necessário que as relações estabelecidas entre os cidadãos sejam baseadas em igualdade e equidade e que o Estado garanta de forma ampla a promoção e efetivação dos direitos neste campo (Ventura, 2002).

Ventura diz que o objetivo é “reduzir as violações à autonomia pessoal, integridade física e psicológica de que são alvos individuais e coletividades, e garantir os meios necessários para o ser humano alcançar seu bem-estar sexual e reprodutivo”.

O conceito direitos reprodutivos:

O termo ‘Direitos Reprodutivos’ foi, inclusive, adotado como forma de ampliar o significado das ações e, também, como estratégia política para a internacionalização da luta. As mulheres vêm discutindo o direito a ter direitos enquanto cidadãs e, entre outros, incluem questões como direitos sexuais, reprodutivos e aborto. (Lindner, 2005)

¹ Apesar da utilização do conceito de justiça reprodutiva para guiar a argumentação, utilizaremos “direitos reprodutivos” ao longo do texto. A justificativa para tal escolha deve-se a existência do termo citado entre os descritores DECS BVS e a inexistência da expressão justiça reprodutiva.

Ter direito a planejar a reprodução é um direito humano básico, reconhecido como tal apenas em 1996 a partir da lei 9.263 sobre Planejamento Familiar:

capítulo 1º, Art. 2º, declara: "entende-se 25 Planejamento Familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade, que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal". Em seu Art. 9º, a mesma Lei assegura que: "para o exercício do direito ao Planejamento Familiar, serão oferecidos todos os métodos de concepção e contracepção aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção". (Lindner *apud* Diário Oficial da União, 15 de janeiro 1996).

Com a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento realizada em 1994 no Cairo², um novo paradigma surge com a discussão sobre demografia e direitos, colocando o empoderamento das mulheres como algo valorado e estratégico. (PITANGUY *in* GIFFIN; HAWKER, 1999)

De forma ampla, o conceito de direitos reprodutivos diz respeito a

Reproductive health, therefore, apart from absence of disease, implies that people have the ability to reproduce, to regulate their fertility and to practice and enjoy sexual relationships. It further implies that reproduction is carried to a successful outcome through infant and child survival, growth and healthy development. It finally implies that women can go safely through pregnancy and childbirth, that fertility regulation can be achieved without health hazards and that people are safe in having sex. (Fathalla, 1992)

² A Conferência do Cairo colocou o aborto como questão de saúde pública ao incentivar os governos a atenderem as solicitações de abortamento previstas em lei e ao recomendar que os governos revisassem as punições em caso de aborto voluntário. (PITANGUY *in* GIFFIN; HAWKER, 1999)

2.1.1. JUSTIÇA REPRODUTIVA

Justiça reprodutiva é um conceito baseado na proteção dos direitos humanos das mulheres. É um conceito que discerne como os condicionantes sociais influenciam na possibilidade de ter seus direitos reprodutivos respeitados, portanto, mulheres que são afetadas de formas desiguais por estes condicionantes terão possibilidades também desiguais para ter domínio de sua reprodução. Especialmente para estas é necessário lutar pelo direito de ter filhos; pelo direito de não ter filhos; direito de cuidar dos filhos, controlar as opções de parto, inclusive de ser atendida por parteiras (ROSS, 2006). Para essa autora a possibilidade que as mulheres possuem para criar sua vida reprodutiva é influenciada pelas condições sociais em que elas vivem, não sendo apenas uma questão de escolha e acesso.

Falar de doenças é falar sobre pessoas doentes; no caso do Zika significa falar das mulheres afetadas³, já que a visibilidade gerada pela repercussão da doença em seus filhos auxiliou a promoção do Zika à categoria de doença temível, de emergência mundial.

O Zika e suas mais graves repercussões tiveram um forte impacto na vida das mulheres afetadas. Em sua maioria, essas mulheres situam-se em contextos de pobreza e exclusão social. São mulheres pobres, pretas e nordestinas. Não é apenas a doença que trouxe um novo problema para o

³ Ainda que essas mulheres tenham sido chamadas ao longo deste texto de “mulheres afetadas” [pelo vírus Zika], o fizemos como uma forma de facilitar o texto, para que fique mais claro que não estamos generalizando essas condições para as mulheres brasileiras, mas falando de uma parcela específica. Não deve ser compreendido como uma forma de generalizar todas essas mulheres e circunscrevê-las a esse papel, pois se fizéssemos isso estaríamos também restringindo sua vida ao papel de cuidadora, reduzindo assim seu direito a autonomia.

cotidiano dessas mulheres, mas sim houve o aprofundamento de desigualdades e injustiças já existentes. (Diniz, 2016)

Por serem mulheres, e no contexto de um papel social e moral normalizado, é esperado que elas sejam as responsáveis pelo planejamento da reprodução e cuidados com os filhos. E ao mesmo tempo em que são responsabilizadas por essas tarefas, não lhes é conferida a garantia de autonomia e nem de acesso pleno aos recursos necessários para que atuem de forma eficaz nesses papéis a elas atribuídos.

O zika, por sua vez, traz um acréscimo de dificuldade para a efetiva realização desse papel imposto. O Ministério da Saúde recomenda e espera que as mulheres façam um pré-natal adequado e evitem serem picadas pelo mosquito transmissor (Portal Saúde). Não há menção a escolhas reprodutivas: fazer pré-natal tem o óbvio pré requisito de já estar grávida. “Evitar ser picada” é a única possibilidade de controle dado à mulher. Nessa divulgação não é citada a existência de direitos reprodutivos.

O papel socialmente esperado para as mulheres (no caso, ser mãe), implica em certa restrição de sua autonomia reprodutiva. E a recusa desse papel tende a acarretar estigmas e exclusões sociais. As mulheres que estão em situação de risco (geográfico e social), convivem com outros condicionantes que alteram suas possibilidades de atuar como um ser autônomo, além das já existentes responsabilizações sobre os cuidados com sua sexualidade e com o cuidado dos filhos (existentes em maior ou menor grau em todas as mulheres).

Nesse sentido, o debate sobre autonomia reprodutiva deve incluir a realidade da mulher em questão, para além dos pressupostos oficiais idealizados. Portanto, nesse caso, não é possível esperar que as mulheres

afetadas tenham plena e ideal capacidade de exercer sua autonomia se elas se situam em contextos sociais em que seus direitos são restritos ou inexistentes. Por conseguinte, não é uma questão que pode ser analisada como “escolha” da mulher: quando a possibilidade de atuar é restrita, ter escolha é um privilégio. Na atual situação brasileira, a autonomia reprodutiva só é parte cotidiana de uma parcela específica de mulheres (no caso, mulheres em uma situação econômica mais favorável, com maior escolaridade, portanto, predominantemente brancas), sendo um horizonte muito mais distante para a parte da população que não atende a esses critérios.

Mesmo com as possíveis restrições apontadas, há um declínio na quantidade de notificação casos de microcefalia e/ou outras alterações atribuídas ao Zika, como apontado em Possas (2017). As explicações podem ser por uma esperada diminuição sazonal (pela diminuição da infestação de mosquitos no outono e inverno) e/ou por adiamento das gestações por medo dos riscos acrescidos à doença.

This decline, particularly sharp in the Northeastern region, might be seasonal, related to decreased mosquito infestation in winter/autumn and/or the result of postponed pregnancies caused by the increased awareness of women regarding Zika risks, which would lead, if confirmed, to a significant reduction in birth rates. This possibility of a Zika-related reduction in fertility is a concern for Brazil, a country that already has a below-replacement fertility rate of 1.8 children per woman. Despite this sharp decline in the number of ZIKV cases, they remain high and could resurface in 2017, with increased mosquito infestation in the summer, although it is expected that they might remain, for the mentioned reasons, lower than those of the outbreaks of 2015 and 2016. (Possas *et al*, 2017)

A diminuição da intensidade da epidemia já é esperada, faz parte do fluxo e ritmo das epidemias (Burnet; White. 1972). Entretanto, dizer que a epidemia diminuiu de intensidade não quer dizer que a epidemia chegou ao fim. É preciso levar em consideração que pode haver falha nas notificações (incluindo subnotificação), falha no rastreamento, falta de procura aos serviços de saúde (já que maior parte das pessoas contaminadas não manifestam sintomas e quando os manifestam, são brandos). É possível também que exista falha no diagnóstico das crianças, pois os critérios foram alterados ao longo do tempo e as crianças que foram consideradas casos descartados, não foram reexaminadas em vista dos novos critérios estabelecidos.

Portanto, para esclarecer se a diminuição das notificações de microcefalia foram por uma deliberada contenção na natalidade dos locais afetados, é necessário a realização de uma pesquisa específica.

2.1.2. O DIREITO DE ESCOLHER NÃO TER FILHOS:

O conceito de justiça reprodutiva aborda o direito de não ter filhos como um de seus pressupostos. A análise desse pressuposto demanda a inclusão de temas a ele inerentes: contracepção (incluindo de contracepção de emergência e esterilização), planejamento reprodutivo e direito ao aborto.

A *Política Nacional de Planejamento Familiar* surgiu em 2007, baseada em ações para pessoas que planejam ter filhos e para que as que planejam adiar tê-los. É voltada para toda mulher em idade fértil (10 anos a 49 anos) e disponibiliza oito tipos de métodos contraceptivos (preservativo masculino e feminino, pílula combinada, anticoncepcional injetável mensal e

trimestral, dispositivo intrauterino (DIU), diafragma, anticoncepção de emergência e minipílula). Já o *Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia, do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia*, elaborado em 2016, prevê que além da distribuição de métodos contraceptivos, as equipes de saúde devem ampliar a oferta e acesso a estes, além de incluir o homem no planejamento reprodutivo (Ministério da Saúde, 2016).

O *Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia* estabelece como necessário:

- “Realizar ações de educação em saúde com mulheres e homens adultos, jovens, adolescentes e idosos garantindo a oferta de informações e promover a saúde sexual e reprodutiva da população.
- Fazer a busca ativa de mulheres grávidas ainda sem diagnóstico de gestação para início oportuno do acompanhamento pré-natal.
- Ofertar os métodos contraceptivos, conforme orientações do Ministério da Saúde. [...] Neste quesito, é importante atentar para o uso correto do método escolhido, principalmente no caso de pílula, anticoncepcionais injetáveis e diafragma, para garantir a sua eficácia. Uma boa opção é considerar o uso de método reversível de longa duração, como o DIU, que apresenta boa eficácia e poucas contraindicações. Cabe lembrar que o uso de preservativos deve ser sempre estimulado não só como método contraceptivo, mas também para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis/HIV/aids.
- Ofertar aconselhamento pré-concepcional, para orientação e informação às mulheres que desejam engravidar sobre a atual situação dos casos de microcefalia no País e sua relação com o vírus Zika, além de reforçar a necessidade de combate ao vetor (o mosquito *Aedes aegypti*), prevenção à

picada de mosquitos e medidas de proteção individual: utilização de telas em janelas e portas, uso de roupas compridas – calças e blusas – sempre que possível e, se usar roupas que deixem áreas do corpo expostas, uso de repelente.

- Garantir o acesso ao teste rápido de gravidez para detecção precoce da gravidez e início do acompanhamento pré-natal em tempo oportuno. [...] Destaca-se a oportunidade, em caso de resultado negativo e a mulher não querer engravidar, para oferecer planejamento reprodutivo ao casal.
- Identificar situações oportunas para uso de anticoncepção de emergência(AE), também conhecida como pílula do dia seguinte. [...] Entre as principais indicações de AE, está a relação sexual sem uso de método anticonceptivo, falha conhecida ou presumida do método em uso de rotina, uso inadequado do anticonceptivo, ou por razão de violência sexual. Todas as mulheres em idade reprodutiva e com risco de gravidez indesejada devem ter garantia de acesso à informação e ao uso da AE.” (Ministério da Saúde, 2016).

Conforme o analisado por Baum (2016), o referido protocolo não está adequadamente preparado para dar orientações voltadas para a população que é mais seriamente afetada. Também não faz referência ao aborto inseguro como uma realidade da saúde pública brasileira.

Desigualdades sociais persistentes, desde unidades de saúde com baixos recursos materiais e humanos e a falta de educação sexual adequada em escolas públicas até dinâmicas de poder desiguais em relações íntimas, criam dificuldades para muitas mulheres acessarem e usarem informações e métodos contraceptivos. Outras barreiras incluem: custo e dificuldade de locomoção até as unidades de saúde; acesso limitado a informações e serviços sobre a ampla variedade de métodos, incluindo a contracepção de emergência; e a falta de treinamento adequado para os profissionais de saúde. (BAUM, 2016)

Portanto, as intervenções pretendidas pela saúde pública não podem agir com tamanho descompasso ao formular orientações para ações que afetarão populações específicas, desconsiderando suas particularidades, sob pena de fazer orientações que podem tanto não ser aplicáveis quanto não surtir os efeitos desejados.

Quando as orientações fornecidas pelo Estado para a prevenção da síndrome congênita do zika referem-se a usar métodos contraceptivos e evitar ser picada (através do uso de repelentes e roupas longas), subentende-se que uma das possibilidades recomendadas é incentivar que as mulheres evitem/adiem a gravidez (posto que se recomenda incentivar o uso de métodos contraceptivos). Essa recomendação foi feita de forma explícita por outros países mas não foi oficializada pelo Ministério da Saúde Brasileiro (CASTRO, 2016) por não ser aceito que o Estado dê uma recomendação que impacte diretamente na vida íntima e familiar através de ações voltadas para indivíduos.

Essas recomendações –diretas ou indiretas - abrem precedentes para as já tão conhecidas estigmatizações das mulheres: se não usar contraceptivo ou se usar e este falhar, se não conseguir evitar efetivamente a picada dos mosquitos, e a mulher engravidar e sua criança nascer com a síndrome congênita do zika? Essa mulher será estigmatizada e julgada, pois as recomendações estão dadas e amplamente divulgadas, se a mulher ainda assim correr o risco (deliberadamente querendo engravidar) ou engravidar sem planejar, e ter uma criança com a síndrome, ela será considerada culpada.

De acordo com a *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da mulher* PNDS (Ministério da Saúde, 2006), houve uma redução (comparado ao ano de 1996) na proporção de gravidezes indesejadas e aumento na utilização de métodos contraceptivos. As maiores prevalências de gestações não desejadas (correspondendo a 46% das gestações totais) estão

entre mulheres menos escolarizadas, mais pobres, não casadas, pretas, mais velhas e com maior quantidade de filhos.

Apesar da diminuição das gestações indesejadas em geral, os grupos onde ainda são mais prevalentes são de mulheres que estão em situação de desigualdade social. Para saber de forma específica como se dá o acesso aos métodos contraceptivos e a proporção de gestações indesejadas nas mulheres que vivem nas regiões mais afetadas pelo Zika, é necessária uma pesquisa também específica.

Tendo em vista as características da população afetada pelo vírus Zika - mulheres pretas, pobres, nordestinas (DINIZ, 2016) e também das características da população onde as gestações indesejadas são mais prevalentes, seria esperado que o *Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia* levasse em consideração os obstáculos que as mulheres afetadas enfrentam cotidianamente para atuar em sua vida reprodutiva e emitisse orientações de acordo com esta realidade. Ainda que as orientações ofertadas sejam corretas, elas tratam de forma a serem usadas de maneira geral pelos profissionais de saúde e não possuem uma parte voltada com diretrizes para essa população específica.

Quando as possibilidades para que as mulheres tenham autonomia no que concerne a reprodução restringem-se aos métodos contraceptivos disponíveis, sem nenhuma menção ao aborto, pressupõe-se que todos os métodos são infalíveis e que todas as mulheres tem acesso a eles e os utilizam. Além do exposto, se assume que todas as relações sexuais praticadas são consensuais, ignorando que no Brasil, estupros correspondem a 11,9% das notificações de violência do SINAN (WAISELFISZ, 2015), que os principais autores são parceiros, maridos ou namorados (MINAYO, 2006). O estupro marital também é uma realidade no Brasil. Ainda que o país seja um dos

apenas 52 países (dentre os 193 integrantes da ONU) a criminalizar esta prática, o estupro marital também é uma possibilidade a ser considerada como uma forma de impedimento para a realização das orientações destinadas às mulheres. Assume-se como verdade também que o uso de métodos contraceptivos (mais especificamente, o de barreira como a camisinha) é de livre escolha da mulher, sem levar em consideração que existem mulheres que fazem sexo sem proteção pelo parceiro se recusar a usá-la.

Para as mulheres que por algum motivo não tem acesso ou não fazem uso dos métodos contraceptivos oferecidos e para aquelas que apesar de usarem, fazem parte da parcela na qual há falhas inerentes ao contraceptivo ou ao seu uso, extingue-se a possibilidade de ter autonomia reprodutiva, pois a partir desse momento não há meio legal de exercer o direito de escolher não ter filhos. Deste ponto em diante, para essa população de mulheres, o Estado, por omissão, as compele a abdicar de seu direito de não ter filhos (a única possibilidade existente passa a ser o aborto ilegal e inseguro), mesmo sem conseguir garantir o terceiro pressuposto do conceito de direitos reprodutivos: o direito a, tendo filhos, ter acesso aos cuidados necessários para que as necessidades da criança e da família sejam atendidas.

Como vimos até o momento, a população afetada pelo vírus caracteriza-se por ser desfavorecida socialmente; por corresponder aos achados de maior prevalência de gestações não planejadas; pelo menor uso e acesso a contraceptivos e falta de acesso a aborto seguro. Todos esses condicionantes limitam as possibilidades de ação das mulheres, restando para preencher o vazio de possibilidades fornecidas pelo Estado: a esterilização⁴, abstinência

⁴ Segundo Ventura (2009), em 1986, 13,8% das mulheres entre 15 e 54 anos eram esterilizadas. De acordo com o PNDS de 1996, 40,1% das mulheres unidas de 15 a 49 anos eram esterilizadas (BERQUÓ in Giffin, 1999). Apesar da criminalização da

sexual, o aborto ilegal e inseguro ou a possibilidade de criar uma criança com grandes necessidades especiais –e ainda desconhecidas- sem garantia de que o Estado proverá essas necessidades.

Por conseguinte, direito de não ter filhos não diz respeito somente ao uso de métodos contraceptivos temporários, mas também ao acesso ao aborto seguro.

No Brasil, o aborto é legalmente aceito apenas em três situações: gravidez decorrente de estupro; risco para a saúde da gestante (aborto terapêutico) e no caso do feto ser anencéfalo. Entretanto, de acordo com a Pesquisa Nacional de Aborto 2016 (PNA), em 2016 quase 1 em cada 5 mulheres aos 40 anos realizou ao menos um aborto. Apesar de existir em todos os grupos sociais, a maior frequência de ocorrências está entre mulheres pretas, pardas, indígenas, com menor escolaridade e moradoras das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. (DINIZ, 2017)

Para mulheres que tem condições financeiras para pagar um procedimento seguro – tanto no Brasil em clínicas particulares, quanto no exterior em países onde o aborto é um direito assegurado-, a autonomia reprodutiva é um horizonte alcançável. Ao passo que para mulheres pobres as chances de morrer por aborto inseguro são expressivas, com complicações que necessitam de intervenção médica – aumentando custos de saúde para o Estado e correndo risco pessoal de serem denunciadas à polícia, inclusive pelos

prática da esterilização feminina até 1996, o Brasil tinha uma das mais altas prevalências dessa prática, muitas vezes efetuada sem a autorização da mulher em que foi realizada. Em 1993 foi apresentado ao Congresso Nacional um relatório conhecido como “CPI da Esterilização” (requerimento número 796/91), apontando, entre outros dados, a influência internacional na intenção de controle demográfico da população brasileira (BUGLIONI; VENTURA, 2010).

próprios médicos atendentes⁵, além de esterilidade como consequência de complicações e até mesmo morte. Aborto seguro só está disponível para mulheres que podem pagar pelo procedimento. (ANJOS, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Como uma forma de levar o direito ao aborto seguro para mulheres necessitadas moradoras de países onde há restrições legais ao ato, a ONG holandesa Women on Web envia por correio as pílulas de misoprostol⁶ necessárias e orientações sobre como utilizá-las, para que a realização do aborto se dê de maneira mais segura possível. Tendo em vista a forte repercussão dos casos de microcefalia no Brasil, essa ONG e seus parceiros publicaram um artigo sobre o aumento da média dos pedidos de pílulas abortivas no Brasil e outros países afetados pelo Zika. Ainda não é possível dizer se foi realmente o medo do zika que incorreu nesse aumento, mas é uma hipótese a ser verificada (AIKEN, 2016). De qualquer modo, é necessário investigar se houve um aumento nas internações por abortamentos mal sucedidos, além do possível aumento da mortalidade por este motivo e se houve o aumento, qual a porcentagem deles foi causada por medo do zika.

Com o debate provocado sobre a possibilidade de descriminalizar e legalizar o aborto no Brasil, projetos de lei foram propostos visando endurecer a punição caso a mulher aborte um feto com microcefalia, sob o discurso de

⁵ Em um estudo qualitativo sobre onze mulheres processadas por aborto induzido (anos 2000) mostrou que quase metade delas foi denunciada para a polícia pelos médicos atendentes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

⁶ O misoprostol começou a ser utilizado no Brasil a partir de 1986 e foi permitida a venda até 1991. Até a década de 1980, os métodos abortivos eram o uso de chás, objetos perfurantes, sondas, líquidos cáusticos e clínicas privadas. A partir de 1990, pesquisas mostraram que as mulheres conheciam e utilizavam o misoprostol como método abortivo. Seu uso modificou o cenário do aborto no Brasil, reduzindo a gravidade das hemorragias e infecções (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

evitar atitudes eugênicas (GALLI; DESLANDES 2016)⁷. Segundo Diniz (2016), não é eugenia, pois não seria uma política de Estado e sim dar a possibilidade para que as mulheres decidam sobre a continuidade ou não da gestação e tenham a possibilidade de, caso queiram, abortar com segurança. Como já se sabe, a criminalização do aborto não impede que estes aconteçam, mas tem caráter punitivo para quem não tem dinheiro para pagar por sua segurança (Ministério da Saúde, 2009).

2.1.3. O DIREITO A ESCOLHER TER FILHOS:

Diferentes condicionantes são relevantes quando, para as mulheres que possuem meios de planejar a reprodução, apesar dos riscos inerentes à epidemia, a vontade de ter filhos pode ser ainda existente. Não é possível universalizar a capacidade – ou no caso, incapacidade - das mulheres situadas nas áreas mais seriamente atingidas pelo zika de planejar reprodução. Para saber com mais clareza se o planejamento reprodutivo é conhecido e utilizado, pesquisas futuras específicas com a população são necessárias. Ainda que, dadas as características dessa população, haja grande dificuldade em agir conforme o que está preconizado pelas políticas públicas, essas dificuldades não são, necessariamente, generalizadas e distribuídas igualmente. Portanto,

⁷ Atualmente existem projetos de lei tramitando no Congresso Brasileiro visando restringir ainda mais os direitos das mulheres. Por exemplo, projetos como o “Estatuto do Nascituro” que visa oferecer a mesma proteção aos fetos (em qualquer idade gestacional) as existentes para as crianças e adolescentes, tornando assim ilegal o aborto até mesmo em situações onde o direito já foi adquirido. Outro projeto visa impedir que profissionais da saúde informem as mulheres sobre seus direitos garantidos (aborto em caso de gestação por estupro, uso da contracepção de emergência) (GALLI; DESLANDES, 2016).

não é uma questão de minimizar os impactos da doença e dos condicionantes na vida dessas mulheres, mas sim de repensar e ampliar a análise.

O tempo íntimo, familiar e individual transcorre com velocidade diferente do tempo da epidemia e das ações em saúde pública. Nesse sentido, acrescentamos a possibilidade de que as mulheres continuem querendo ter filhos, planejando, planejados ou aqueles que o planejamento não atinge, os que surgem para a vida. Dado que a ciência ainda não trouxe respostas importantes, como por exemplo, qual a incidência da síndrome congênita do zika em fetos de mulheres grávidas que estão infectadas por zika, não há como saber a magnitude dessa ameaça, e portanto, a melhor forma de agir.

Embora o desconhecimento científico ainda prevaleça, a dinâmica da vida no âmbito familiar transcorre em um ritmo que não necessariamente atende os requisitos e orientações oferecidos pelas ações de políticas públicas. Neste sentido, é necessário readequar as orientações fornecidas pelos trabalhadores da área da saúde a essa população específica.

Uma das recomendações das *Orientações Integradas de Vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional* é para que os profissionais de saúde orientem as mulheres e homens que desejam ter filhos:

É importante que aquelas mulheres e homens, inclusive adolescentes, que desejam ter filhos recebam as orientações necessárias dos profissionais da saúde sobre a prevenção da infecção pelo vírus Zika e sobre os cuidados necessários para evitar essa infecção durante a gravidez, inclusive a transmissão sexual. (Ministério da Saúde, 2016 p 54)

De acordo com a recomendação, a possibilidade de evitar a infecção antes da gravidez: evitar ser picado e evitar a transmissão sexual da doença. E depois de grávida, a mulher deve evitar ser picada e combinar com seu parceiro a respeito do uso de um método de barreira para evitar a transmissão do Zika por meio sexual. Entretanto, para que a concepção aconteça, é necessário que não seja utilizado nenhum método de barreira (a menos que a concepção seja por fertilização artificial⁸) e caso o parceiro esteja infectado, certamente que o vírus não discernirá o que é atividade sexual com o intuito de concepção de atividades sexuais com fins outros. Logo, a mulher também tem a possibilidade de contrair a doença enquanto tenta engravidar e não como o texto deixa subentendido ser apenas após a concepção.

As recomendações do Portal Saúde sobre Prevenção na Atenção Básica (Portal Saúde):

- Avalie o risco epidemiológico para infecção por vírus da Dengue, Chikungunya e Zika, orientando quanto às ações de prevenção e controle e combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
- Oriente para que se evite ir a lugares com presença do mosquito e para a necessidade de eliminar possíveis criadouros existentes em casa, como também, o acúmulo de água em latas, tampinhas de refrigerantes, pneus velhos, vasos de plantas, jarros de flores, garrafas, caixas d'água, cisternas, sacos plásticos e lixeiras, entre outros;

⁸ Considerando o Planejamento Familiar não apenas como sinônimo de controle de natalidade, mas também de modo a abarcar a intenção de concepção, para tal inclui-se o acesso às técnicas de reprodução assistida. Até a década de 60 e 70, prevalecia a adoção de crianças por casais com problemas de infertilidade. A partir dos anos 80, essa questão passou a ser considerada um problema médico, portanto, controlado pelo saber científico a partir das tecnologias de reprodução assistida. (DINIZ; BUGLIONE, 2002). Atualmente, pelo SUS existem apenas 9 hospitais cadastrados para a realização de técnicas de reprodução assistida.

- Oriente também para o uso de telas nas portas e janelas para o mosquito não entrar;
- Ressalte, principalmente para as gestantes, as medidas para a proteção contra a picada do mosquito: vestir calça e blusa de mangas compridas e, se portar roupas que deixem áreas do corpo expostas, usar repelente. É importante verificar atentamente no rótulo a concentração do repelente e definição da frequência do uso para gestantes;
- Busque os meios disponíveis para garantir o acesso aos métodos contraceptivos e promova estratégias de educação em saúde sexual e reprodutiva envolvendo mulheres, homens, jovens e adolescentes, reforçando o planejamento reprodutivo e fornecendo subsídios para a escolha livre e informada. É importante reforçar o aconselhamento pré-concepcional;
- Para as gestantes, oriente quanto à suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso conforme preconizado pelo Ministério da Saúde;
- Oferte o teste rápido de gravidez e intensifique a busca ativa de mulheres no início da gestação para que possam iniciar o pré-natal ainda no 1º trimestre (até a 12ª semana). A busca ativa das gestantes faltantes ao pré-natal também deve ser intensificada. Realizar ultrassonografia obstétrica, ainda no 1º trimestre;
- Intensifique as orientações sobre a importância de realização dos exames preconizados pelo Ministério da Saúde, incluindo o teste rápido para sífilis e HIV, e realização de vacinação de rotina para as gestantes. Investigue e mantenha o registro das informações na caderneta ou cartão da gestante sobre a ocorrência de infecções, rash cutâneo, exantema ou febre.

- As consultas de Puericultura na Atenção Básica devem ser mantidas para os recém-nascidos com microcefalia, com atenção especial ao seu crescimento e desenvolvimento.”

Dentre todas as orientações acima, focaremos nas orientações que fornecem possibilidades de ação para a população:

- Evitar visitar lugares com mosquitos; eliminar criadouros em casa; colocar telas em portas e janelas. Para gestantes: usar roupas que cubram o corpo (mangas longas, calças e sapatos fechados); usar repelente, verificar a concentração do mesmo e atentar para a quantidade de aplicações máximas diárias.

Atentando para a possibilidade de execução, como evitar lugares com mosquitos, sendo estes espalhados por praticamente todo o Brasil? São mosquitos que vivem dentro das residências, incrementando ainda mais a dificuldade de exercer essa recomendação. Para as gestantes, recomendar que usem roupas não adequadas à estação (usar roupas longas no calor do nordeste não é tarefa facilmente realizável), acarreta na culpabilização daquelas que não utilizarem, caso sejam infectadas (mesmo que fonte da infecção não seja comprovada, podendo ser por via sexual, por exemplo). Analisar a concentração dos ingredientes do repelente é baseada em quais critérios? A informação sobre a concentração do ingrediente e a absorção da pele é domínio público? Não há menção a eles e nem se considera a possibilidade da população não saber fazer este cálculo, mesmo que os critérios sejam dados. Sobre a quantidade de aplicações máximas, caso estas sejam atingidas, no restante do dia a pessoa ficará sem essa proteção?

Se deseja engravidar: busque orientação com um profissional de saúde e tire todas as dúvidas para avaliar sua decisão. (Ministério da Saúde, 2016b)

Pelo fato da ciência ainda não ter produzido respostas adequadas sobre a incidência da síndrome congênita do zika no total de gestantes infectadas, orientar que as mulheres procurem o médico de confiança para que decidam junto a ele e seu parceiro sobre uma possível gestação, coloca o encargo do compartilhamento de uma decisão em pessoas que não tem total competência e embasamento para decidir sobre o assunto. Até o momento, ninguém tem certeza alguma. O exposto não visa justificar a ação de alguns países sobre recomendar que as mulheres não engravidem, mas sim fomentar o debate sobre a necessidade de se discutir os limites éticos ao fazer orientações para ações individuais sem respaldo científico que as sustente e ainda mais grave, que essas orientações sejam delegadas a quem tem menor acesso – se comparado ao Ministério da Saúde- como no caso, os médicos, pacientes e familiares.

Continuando sobre as mulheres e famílias que desejam ter filhos, outro grupo de mulheres para ser inserido nas políticas públicas é o daquelas que se aproximam do final de sua vida reprodutiva. Independente do tempo de algumas recomendações de adiamento das gestações, o fato é que o tempo da vida reprodutiva é irrefreável. Se essas mulheres querem engravidar, se não tem acesso à tecnologias reprodutivas, abdicarão de seu direito de ter filhos?

2.1.4. AO TER FILHOS, TER O DIREITO A CUIDAR DELES:

Voltado a orientar equipes de saúde sobre como atuar no rastreamento, tratamento e acompanhamento dos casos de síndrome congênita do Zika, o protocolo *Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional* faz também

orientações sobre como realizar o cuidado integral às crianças afetadas. Articulando os serviços de atenção básica e especializada na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a intenção do Sistema Único de Saúde é possibilitar autonomia e inclusão Social para as crianças que possuem alguma deficiência. São várias as políticas envolvidas: *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança* (PNAISC), *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e Política Nacional de Atenção Básica* (Ministério da Saúde 2). A Portaria 405 (março de 2016) busca a garantir assistência ampla para suprir as necessidades da criança e seus familiares, desde que foi estabelecida a Emergência em Saúde Pública. Essas crianças tem direito ao diagnóstico, devem ser encaminhadas (seja da Atenção Básica ou da Atenção Especializada) para o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) próximo de seu domicílio. Assim, terão acesso a benefícios como o da Prestação Continuada, que é pago para pessoas idosas ou deficientes com renda inferior a um quarto de salário mínimo.

Todos os bebês afetados pela doença tem como direito o acesso ao diagnóstico. Para tal, é necessário acesso aos exames de imagem. São dois os exames recomendados: ultrassonografia transfontanela e/ou tomografia computadorizada. O SUS cobre apenas um exame de ultrassom durante o período de pré-natal⁹. Para a tomografia computadorizada, além da demora em conseguir o exame (por exemplo, em Alagoas há apenas dois hospitais que realizam o exame em bebês (ANIS, 2017), há outro problema: os critérios de classificação e diagnóstico da síndrome congênita do zika foram alterados ao longo do tempo conforme foram incorporadas as novas descobertas científicas.

⁹ Dessa forma as gestantes se veem confrontadas com a necessidade de arcar com os custos financeiros de outros exames para saber como a gestação está se desenvolvendo.

Entretanto, os bebês que foram considerados casos descartados, não foram reavaliados para fazer um novo rastreio baseado nos novos critérios. Eventualmente esses bebês (já crianças atualmente) serão encontrados, mas perderam a possibilidade de começar a receber a estimulação precoce.

Para pensar o benefício da Prestação Continuada, alguns dados são importantes: de acordo com IBGE (2014), 37,3% das famílias tem uma mulher como responsável por esta. 33,7% das mulheres possuem renda de até 1 salário mínimo. Dentre as mulheres negras, 40,3% tem renda de até 1 salário mínimo. Dentre as mulheres rurais, 50,5% tem renda de até 1 salário mínimo. Entre as famílias monoparentais, mulheres são responsáveis por 87,4% das famílias monoparentais. Mulheres negras são responsáveis por 38,7% das famílias com responsáveis negros. Mulheres são responsáveis por 40,8% das famílias com rendimento mensal de até 1 salário mínimo (*per capita*).

Esse benefício é pago a deficientes com uma renda máxima estabelecida. Para cuidar dessas crianças com malformações, um cuidador terá de ser estipulado para ser responsável pelas demandas necessárias. Como sabemos, esse cuidador é de modo generalizado a mãe ou alguma mulher próxima (avó, tia, irmã, vizinha) e para realizar tal cuidado terá de se ausentar da vida econômica por não ser possível conciliar trabalho com os cuidados de uma criança com necessidades constantes e ausência de acréscimo de autonomia com o aumento da idade. Sem a intenção de recomendar a não existência de um valor máximo de renda *per capita* para as famílias que cuidarão de crianças com a síndrome congênita do zika, seria necessário ampliar o leque das famílias que possam pleitear o benefício, pois para a manutenção das necessidades da criança – necessidades essas que o Estado nem sempre consegue fornecer-, é preciso um aporte financeiro.

Não é possível desvincular toda essa discussão feita até então da realidade brasileira a respeito das configurações familiares. Mulheres são as principais cuidadoras dos filhos, além do problema da falta de divisão do trabalho doméstico (que não produz bens comercializáveis, portanto muitas vezes nem é considerado um trabalho). As mulheres que foram afetadas também podem ter outros filhos –e querer ter outros- que mesmo sem uma deficiência atrelada, também tem demandas de cuidados que precisam ser supridos. Pensando por este lado, é necessário fazer políticas que tenham em conta esse público específico, com suas demandas específicas.

O desenho de políticas públicas que envolvam famílias não pode ignorar os papéis desempenhados pelos seus membros. Especificamente no caso da política de saúde, se o novo modelo de saúde pressupõe uma crescente responsabilidade das famílias, cabe indagar quem, dentro dela, estará de fato ficando com a incumbência de arcar com esses cuidados. E ainda, se a nova configuração do sistema de saúde estaria sobrecarregando mais do que aliviando aqueles que assumem esses encargos. (GELINSKI, 2010)

Outro ponto importante a ser analisado a respeito das mulheres cuidadoras é a carga de trabalho adicional e seus impactos na qualidade de vida dessas mulheres. Elas geralmente saem de seus empregos (causando uma queda no orçamento familiar, além de descontentamento por mudanças de rotinas e de expectativas com o futuro), tem diminuição dos momentos de lazer, menor cuidado com a própria saúde, sobrecarga de tarefas pela falta ou ineficaz divisão de tarefas necessárias para a manutenção do lar (NOGUEIRA, 2012)

O documento *Diretrizes de Estimulação Precoce: Crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de*

microcefalia como o próprio nome diz refere-se a orientações para o atendimento de crianças no período entre 0 e 3 anos.

early childhood is not only the time that the brain develops most rapidly but a critical window of opportunity for establishing children's immunity and, therefore, the foundation of the good health and optimal productivity in the future. (UNICEF, p 13.)

Baseado nas evidências de que o desenvolvimento infantil é mais acelerado nesse período, as ações previstas pelas diretrizes desenvolvidas pelo Ministério da Saúde também visam apenas esse período. Entretanto, o mesmo documento da UNICEF citado pelo Ministério da Saúde também atenta para a necessidade de estimulação das crianças a partir dos 3 anos, pois ainda há muito o que desenvolver. No site do Ministério da Saúde ainda não há entre seus documentos oficiais um guia com diretrizes sobre o atendimento previsto para as crianças a partir dos 3 anos.

Relatos coletados por Diniz(b) (2016) mostram o itinerário das mães em busca de melhor atendimento para as crianças. Como são majoritariamente moradoras de áreas periféricas, precisam se deslocar até grandes centros. Para esse deslocamento contam com auxílio municipal – que muitas vezes é descrito como uma ajuda caritativa da prefeitura, não direito da criança- passando horas apenas no trajeto, sem comer, até a consulta, que dura menos de uma hora e é realizada uma a duas vezes na semana.

Conforme falamos anteriormente, ter renda para financiar os cuidados necessários faz enorme diferença na qualidade de vida tanto das famílias de modo geral (que podem bancar cuidadoras, podem ter acesso a tratamentos particulares), quanto na das crianças que não necessariamente dependerão do sistema público de saúde (e conseqüentemente, da localização de seus centros

específicos majoritária em grandes centros) e poderão ter mais cuidados ou ao menos com maior frequência e com menos desgaste para a família.

Novamente, há uma discriminação de acesso à saúde de qualidade entre ricos e pobres: Para famílias que podem arcar com os custos do atendimento para estimulação (precoce ou de seguimento) além daquele fornecido pelo sistema público de saúde farão com que a criança se desenvolva melhor do que as que dependem apenas do SUS; que podem pagar por auxílio para que o ônus do cuidado com a criança não recaia em apenas uma pessoa (inclusive, permitindo que a mãe não saia do mercado de trabalho); que moram próximas a centros onde há profissionais de saúde multidisciplinares para atender a criança, também terão suas vidas facilitadas.

Novamente levantamos o problema a respeito das políticas públicas (no caso, políticas públicas para as repercussões de uma doença específica em uma população específica) atuarem com a pressuposição de igualdade entre as pessoas a quem ela é dirigida. Desse modo não há uma garantia de equidade, com a atuação para sanar os determinantes que restringem os direitos da população.

Precisamos deixar claro que essas mulheres são múltiplas e devem ter suas individualidades preservadas. Não podem ser vistas apenas como alguém que portou uma doença e a passou para o feto, nem como mãe de uma criança com microcefalia, ou qualquer outro termo. De forma a respeitar a multiplicidade de suas vidas, é preciso dizer que, ao não reduzi-las a esse papel, precisamos ter como uma realidade que elas podem querer ter outros papéis e vivências além de serem mães, cuidadoras. O papel de mãe, apesar de permanente, pressupõe que a criança gerada terá autonomia para viver por si, não dizemos com isso que o papel de mãe se estreite, mas que a mulher tem também autonomia para viver outros papéis, sejam estes os que ela queira e

também aqueles que a vida imponha. Portanto, quando a realidade da doença especifica que esse feto, que essa criança precisarão de cuidados permanentes, e que sabemos que quem faz esse papel é a mulher, essa situação restringe suas possibilidades de agir com autonomia em outros âmbitos de sua vida, seja ela afetiva, profissional, familiar.

Conforme será abordado nos Objetivos e Metodologia da Pesquisa, além da análise das orientações emitidas pelo Ministério da Saúde, faremos também uma seleção de notícias de jornais para analisar as recomendações elegidas em pauta. Antes de contextualizar o vírus Zika, faremos uma breve síntese dos modos como a divulgação jornalística sobre ciência ocorre.

2.2. DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA E A SAÚDE NA MÍDIA.

A relação entre o que o que a mídia diz como científico e a representação da verdade é estreitada pela transmissão jornalística e as representações realizadas pelo público receptor. Ciência e verdade tornam-se sinônimos, tanto por um senso comum feito de raízes retrógradas, quanto pela comum postura acrítica da mídia, que falha em ressaltar que no campo da ciência, um mesmo tema é feito de disputas e explicações concorrentes. O resultado disso é que, com a veracidade da informação ressaltada e colocada como algo indubitável, o público passa a querer saber mais, principalmente no que concerne a pesquisas sobre temas mais próximos de sua vida pessoal. É um círculo, reforçando o aspecto mercadológico e pouco instrutivo e muitas vezes ineficaz.

A simplificação do conteúdo para que se torne mais palatável faz com que se reformule e interprete de forma mais individual – e portanto, mais distante da veiculação científica – gerando mais interesse e demanda, o que por

si gera maior lucro para o jornal que assim atua. (LUIZ, 2006). Além desta simplificação, há o comum alarmismo, exagerando a importância ou periculosidade de determinadas questões. (OLIVEIRA *in* LERNER; SACRAMENTO, 2015)

Porém, apesar de ser desejável que o jornalista responsável pela pauta da saúde tenha a competência de repassar a informação de forma crítica, é preciso também não cair no extremo oposto, que é especializar-se tanto que seu trabalho deixe de ser informativo e crítico e passe a ser uma “transcrição”, pois o vocabulário e os signos envolvidos tornem-se também muito especializados (LUIZ, 2006).

De acordo com Vogt, são três as formas de compreender o jornalismo sobre ciência: uma baseada em solidariedade, para informar a população; estimular uma compreensão crítica sobre o que é produzido pela ciência e ser apenas uma forma de sanar a curiosidade demandada pela população. (LUIZ, 2006 *apud* VOGT 2001).

Teixeira (2002) afirma que antes de tudo “*jornalismo sobre ciência é jornalismo*”, portanto, quando o centro da discussão é o “ciência” da frase, resume-se o problema do jornalismo científico na dissonância entre o que espera o cientista autor do que é feito na “tradução” de seu trabalho e o que o público recebe. Para dirimi-lo, o jornalista deve transformar o conteúdo em algo de interesse da população e o cientista deve escrever de forma mais aprazível para este público. Entretanto, continua a autora, se o foco é o termo “jornalismo”, um de seus pilares é a “busca do contraditório”, através do confronto de diferentes versões. Deste modo, a versão lida pelo público seria

idealmente uma versão mais confiável da verdade, feita através do confronto de diferentes versões da verdade. Seria crítico, portanto.

Contudo, quando o assunto abordado pela mídia é a ciência, não há espaço para o contraditório, para diferentes versões. É esperado que um jornalista que escreve sobre política ou economia conteste o que é dito como verdade, critique e emita sua opinião, embasando-se em diferentes fatos. A mesma necessidade não é esperada quando a ciência está em pauta, aceitando-se que apenas uma versão – a científica, a de um só cientista- seja veiculada como fato.

Se a ciência foi construída através dos anos como a verdade acima de outras verdades, cabe ao jornalista apenas transcrever o que o cientista – este sim, arauto do saber científico-, posto que o confronto de versões se dará apenas quando a própria ciência progredir trazendo novos argumentos e não por meio do fazer jornalístico.

“Da maneira que está posto o debate, ao jornalista cobrindo ciência cabe tornar-se um divulgador dessa verdade. Segue a consequência de que o bom jornalismo científico é, também, propaganda da Ideia da ciência. (TEIXEIRA, *in* MASSARANI, 2002)

Não obstante a prática do confronto de versões ser *clausula pétrea*, Teixeira aponta que a partir dos anos 1990 iniciou-se uma mudança nessa prática. Ao jornalista portador de voz que confrontava versões e emitia opinião, deu lugar um jornalista oculto, travestido de objetividade por conta de que sua voz está imiscuída ao texto, ora deixando a fonte falar por si, ora encobrindo sua voz em meio às dissonâncias apresentadas.

Sendo a medicina e seus saberes sobre o corpo parte relevante da ciência, sua capacidade de impacto a nível individual faz com que o público manifesta forte interesse em saber sobre o que pode contribuir positivamente para sua própria vida. Aos “avanços” da medicina, há a certeza da vinda de um benefício a todos. Não acontece assim por invenção dos jornalistas, mas pela construção da ciência como saber verdadeiro e da medicina como reprodução deste, acrescida do fato de trazer alívio para quem sofre. O jornalismo apenas segue reproduzindo este senso comum sobre a ciência e falando sem que sua voz seja discernida,

“O jornalista, constrangido pela objetividade, recorre à reiteração das crenças compartilhadas por todos para camuflar a tomada de posição que lhe possibilita narrar. Sua voz, assim, torna-se indiscernível para não elevar seu tom acima do burburinho produzido pela repetição monótona do senso comum. (TEIXEIRA *in* MASSARANI, 2002)

De acordo com Oliveira (OLIVEIRA *in* LERNER; SACRAMENTO, 2015), as notícias sempre são perpassadas pelas condições de produção que são impostas, seja interna ou externamente. Ao jornalismo cabe se estruturar para acessar os acontecimentos, interpretá-los e codificá-los para que sejam repassados ao público, que o reconhecerá como uma informação válida. Não será uma simples tradução ou narrativa, “mas sim como resultado de um complexo processo de construção social de sentidos”. É uma estratégia de comunicação, uma das diversas maneiras possíveis da população se relacionar com os acontecimentos.

No jornalismo há sempre formas particulares de narrar o que é social. Não somente através de tradução ou referenciação, mas também conferindo inteligibilidade. Entretanto, essa forma de falar sobre os acontecimentos sociais

nem sempre é da lógica narrativa de outras áreas do conhecimento, como a da área da saúde:

“As ocorrências desses campos, captadas e codificadas pelo jornalismo, sempre geram diferentes pontos de tensão, o que torna a relação entre ambos problemática e contraditória, porque se movem em um vasto cenário de disputas simbólicas e de práticas discursivas ligadas ao poder de fazer e de dizer. Se o campo da saúde se relaciona mais diretamente com a ação e a intervenção na área de promoção da saúde [...] amparado pelo discurso da ciência, de especialistas e de instituições, o campo do jornalismo lida com essas mesmas questões, mas por meio de interpretações e interpelações sobre a saúde baseadas na sua própria lógica expressiva ou maneira particular de estar no mundo, de compreendê-lo e de narra-lo, o que nem sempre estará de acordo com as lógicas do campo da saúde.” (LERNER; SACRAMENTO, 2015)

Essas formas narrativas sobre saúde e sociedade não são exclusivamente elegidas pela linha editorial do jornal em questão, mas sim sustentados pelo que são os imaginários sobre saúde compartilhados na sociedade. São, portanto, uma resposta aos anseios do público leitor, este que tem seus desejos também fomentados e construídos através do que a mídia transmite.

Ao captar os acontecimentos e ordená-los jornalisticamente, muitas vezes exacerbando as suas consequências, a mídia jornalística está desconfiando dos sistemas peritos e dos poderes instituídos – como o governo, as autoridades sanitárias ou a ciência – e os interpelando, enfatizando assim a sua importância política diante dos imaginários da sociedade contemporânea. Mas sendo também um sistema perito, o jornalismo, por um lado, aponta para os riscos e, por outro, prescreve atos e valores que supostamente poderiam ser controlados ou superados. Para isso, contrapõe-se ao caráter entrópico dos acontecimentos com suas particulares formas de

interpretação, ordenação e divulgação de fatos e acontecimentos, produzindo outro acontecimento, ou seja, o ‘acontecimento jornalístico’ que ganha o espaço público. LERNER; SACRAMENTO, 2015)

2.2.1. MÍDIA E ZIKA

O ressurgimento do vírus Zika foi marcado por uma associação inicial ao vírus da dengue, este já existente há tanto no imaginário social que passou a ser considerado uma doença de preocupação menor. O zika, por sua vez, passa de “doença misteriosa” à “dengue branda”. Essa associação, porém, foi de curta duração: assim que iniciou-se uma possibilidade de correlação do acréscimo na incidência de casos de microcefalia à introdução da nova doença, mesmo que essa correlação não tivesse à época embasamento científico para tal, a doença cresce em importância e passa gradualmente a ser considerada por si uma ameaça à toda a população. Não era apenas uma preocupação para a população que comprovadamente estava localmente afetada – a que se relacionava ao aumento dos casos de microcefalia, no caso, as mulheres- mas algo com a possibilidade de atingir toda a sociedade.

Ainda que não possamos neste estudo compreender de que forma o avanço do zika veiculado pela comunicação jornalística afetou as representações sociais da população, o qual exigiria um estudo empírico focado em grupos específicos, reconhecemos que a comunicação auxilia na criação de representações que incluem conhecimentos, percepções e crenças as quais influenciam nas ações e práticas daqueles que são os receptores do veículo de comunicação.

Assim como a AIDS foi em sua época, o vírus da zika também articulou o biológico, o político e o social (HERZLICH; PIERRET, 2005). Em artigo

escrito por Herzlich e Pierret (2005) a respeito da construção da AIDS como “fenômeno social AIDS”, é demonstrado o processo pelo qual a doença passa até ser reconhecida pelo público. Podemos comparar para compreender o atual fenômeno do Zika. Similaridades são encontradas enquanto seu processo de conhecimento estava em curso: eram doenças desconhecidas e misteriosas e suas respectivas divulgações surgem através da mídia em conjunto com o desenvolvimento do saber científico a seu respeito. Ao passo que no caso da AIDS o processo é lento, durando anos, no vírus Zika a internet e sua consequente facilitação da comunicação fazem com que esse processo seja acelerado.

No período atual não estamos mais tão distantes da “doença-cataclismo coletivo”, como diz Herzlich e Pierret (2005) a respeito de doenças que ameaçavam toda a sociedade. Toda a sociedade passou por situações de sensação de ameaça com doenças como H1N1, Ebola e outras (Ventura, 2016). Entretanto, pela velocidade da informação e produções científicas sobre o vírus Zika, o deslocamento de “doença desconhecida” à ameaça global é rápido e intenso. Concomitante ao desenvolvimento científico e suas publicações, a mídia transcrevia discursos científicos e elencava o que era importante, elegendo representantes para terem legitimidade ao dar instruções e opiniões sobre o que era, até então, pouquíssimo conhecido¹⁰.

¹⁰ Um exemplo é a notícia chamada “Após surto de microcefalia, médicos desaconselham a engravidar agora”, escrita por COLLUCCI (2015), na qual vários médicos são entrevistados e recomendam que as mulheres não devem engravidar. Na mesma notícia há a recomendação do então Ministro da Saúde, Marcelo Castro, recomendando apenas que as mulheres que desejam engravidar conversem com os médicos que as acompanham. Esse é um exemplo de notícia onde há o confronto de orientações (oficiais e as elegidas pela jornalista), mas em ambas não há evidência científica que as sustente.

Sendo a ciência uma construção e o conhecimento produzido sobre o vírus zika ainda insuficiente para responder todas as perguntas – ao menos, sua maioria ou as mais importantes -, à época do surgimento e reconhecimento da doença e guardando as proporções, até hoje, é necessário suscitar o debate: em um contexto de incertezas (inclusive científicas), como é possível eleger recomendações de conduta para que a população obedeça? Qual a responsabilidade do jornal ao designar quem seria entrevistado e daria recomendações de conduta quando nem a ciência ainda poderia fazê-lo por ainda desconhecer as características da doença? E quando o portador da fala eleita é uma fonte oficial, é possível aceitar como ético que se façam recomendações de conduta nessa situação? E para a população que tem o potencial de ser atingida – ou que acredita que tem por medo de estar em risco – enquanto clama por respostas, que respostas deveria ouvir? Qual foi – e é- o papel da mídia nesse caso: foi o de denunciar “incompetências” de órgãos oficiais, de nomear culpados e divulgar opiniões infundadas para dar vazão à necessidade de respostas?

3. OBJETIVOS

- Analisar as recomendações emitidas pelos documentos do Ministério da Saúde e pelo Jornal Folha de São Paulo a respeito do vírus Zika.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analisar as recomendações de conduta contidas nos manuais produzidos pelo Ministério da Saúde e avaliar para quem elas são direcionadas e quais as possibilidades de colocá-las em prática;
- Analisar as recomendações contidas nas notícias veiculadas pelo jornal Folha de São Paulo e explorar as representações sociais em saúde contidas no material.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, de análise teórica e documental.

O primeiro objetivo específico será realizado após a seleção das recomendações oficiais emitidas pelo Ministério da Saúde em seu site oficial.

Os materiais oficiais voltados para profissionais de saúde foram disponibilizados no site “combate aedes” em formato pdf. São estes: “Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional 2017”, “Protocolo de Atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika”, “Diretrizes de estimulação precoce: Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia”, “Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central SNC”. Foram excluídas as orientações para os profissionais de saúde que fossem muito específicas a respeito de sua área de atuação. Foram incluídas recomendações que constavam ao longo do corpo do texto, além das recomendações listadas.

Entre os materiais voltados para o público leigo, um material chamado “Vírus Zika: informações ao público” disponibilizado no formato pdf foi utilizado.

No site havia também seções com recomendações de diversas condutas, feitas diretamente para a população e gestores que acessassem o material. Estas orientações foram incluídas na análise.

Foram incluídas as seções:

“Orientações gerais: Veja como manter seu ambiente de trabalho livre do Aedes¹¹; Como cuidar de casas e apartamentos¹²; Aprenda a limpar os reservatórios de água¹³; Recomendações para utilização da água sanitária¹⁴; Repelentes e inseticidas¹⁵; Confira como organizar um mutirão de combate ao Aedes aegypti¹⁶.

Gestantes: Recomendações para as Gestantes¹⁷; Recém-nascidos com microcefalia¹⁸; Cuidados com o recém-nascido¹⁹; Uso de repelentes ambientais e inseticidas²⁰; Zika X Microcefalia²¹; Recomendações para as Gestantes²².

Profissional e gestor: Microcefalia: busca ativa, atendimento à saúde e assistência social²³; Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia²⁴; Notificação compulsória febre do vírus Zika²⁵; Cursos gratuitos para profissionais de saúde²⁶; 0800 -

¹¹ <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/orientacoes-gerais/513-veja-como-manter-seu-ambiente-de-trabalho-livre-do-aedes>

¹² <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/prevencao-e-combate/cuidados-dentro-de-casa>

¹³ <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/prevencao-e-combate/limpeza-dos-reservatorios-de-agua>

¹⁴ <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/prevencao-e-combate/indicacoes-agua-sanitaria>

¹⁵ <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/prevencao-e-combate/repelentes-e-inseticidas>

¹⁶ <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/orientacoes-gerais/253-mutirao-de-combate-ao-aedes-aegypti>

¹⁷ <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/recomendacoes-as-gestantes/orientacoes>

¹⁸ <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/gestantes/123-recem-nascidos-com-microcefalia>

¹⁹ <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/recomendacoes-as-gestantes/cuidados-com-o-recem-nascido>

²⁰ <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/gestantes/121-uso-de-repelentes>

²¹ <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/recomendacoes-as-gestantes/zika-x-microcefalia>

²² <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/recomendacoes-as-gestantes/cuidados-na-gestacao>

²³ <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/profissional-e-gestor/orientacoes/601-microcefalia-busca-ativa-atendimento-a-saude-e-assistencia-social>

²⁴ <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/profissional-e-gestor/orientacoes/600-sistema-de-registro-de-atendimento-as-criancas-com-microcefalia>

²⁵ <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/profissional-e-gestor/orientacoes/397-notificacao-compulsoria-febre-do-virus-zika>

²⁶ <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/profissional-e-gestor/orientacoes/263-cursos-gratuitos-para-combate-ao-aedes>

TelessaúdeRS²⁷; Papel dos Agentes Comunitários de Saúde²⁸; Diretrizes de Estimulação Precoce: Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor²⁹; Atenção à Saúde³⁰; Vigilância e Resposta no Âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional³¹; Papel dos Agentes Comunitários de Saúde³²; Profissionais e gestores³³; Vigilância e monitoramento³⁴; Vigilância e monitoramento³⁵; Atendimento à população³⁶; Curso de Manejo Clínico da Dengue³⁷.

Recomendações para viajantes: Recomendações gerais³⁸.

Repetimos os critérios de inclusão e exclusão, sobre este também necessitamos excluir os infográficos e vídeo.

Na seção “Tira Dúvidas”, todas as questões sobre “Zika” serão analisadas. São elas:

²⁷ <http://combateaes.saude.gov.br/pt/profissional-e-gestor/orientacoes/262-0800-telessaunders>

²⁸ <http://combateaes.saude.gov.br/pt/profissional-e-gestor/orientacoes/141-papel-dos-agentes-comunitarios-de-saude>

²⁹ <http://combateaes.saude.gov.br/pt/protocolos-e-diretrizes/diretrizes>

³⁰ <http://combateaes.saude.gov.br/pt/profissional-e-gestor/orientacoes/139-protocolo-de-atencao-a-saude>

³¹ <http://combateaes.saude.gov.br/pt/profissional-e-gestor/orientacoes/138-protocolo-de-vigilancia>

³² <http://combateaes.saude.gov.br/pt/profissional-e-gestor/orientacoes/141-papel-dos-agentes-comunitarios-de-saude>

³³ <http://combateaes.saude.gov.br/pt/profissional-e-gestor/orientacoes/77-profissionais-e-gestores>

³⁴ <http://combateaes.saude.gov.br/pt/profissional-e-gestor/orientacoes/124-vigilancia-e-monitoramento-2>

³⁵ <http://combateaes.saude.gov.br/pt/profissional-e-gestor/orientacoes/125-profissionais-e-gestores-3>

³⁶ <http://combateaes.saude.gov.br/pt/profissional-e-gestor/orientacoes/126-atendimento-a-populacao>

³⁷ <http://combateaes.saude.gov.br/pt/profissional-e-gestor/orientacoes/127-profissionais-e-gestores-5>

³⁸ <http://combateaes.saude.gov.br/pt/recomendacoes-para-viajantes>

“O que é o Zika?”; “Quais são os sintomas?”; “Como é transmitido?”; “Qual o tratamento?”; “Cuidados para o público em geral?”; “Cuidados para a gestante”; “Cuidados com o recém-nascido”; “Cuidados com o recém-nascido com microcefalia”; “Quais as consequências para um bebê se ele for picado e tiver Zika?”; “O vírus pode ser transmitido por relação sexual?”; “Quem foi infectado pelo vírus Zika uma vez pode ter a doença de novo?”.

Após a seleção das orientações, verificaremos a possibilidade de aplicação das orientações fornecidas pelos documentos oficiais dos órgãos citados para as mulheres a quem são dirigidas, coadunação com o perfil da população que é mais afetada pelo vírus, pertinência das orientações, coerência ao comparar as diferentes orientações. Por fim analisamos qual era o indivíduo ao qual as recomendações estavam destinadas.

Para a análise do segundo objetivo específico, o jornal selecionado foi o Folha de São Paulo em seu site oficial. O período de início da seleção das notícias é a data da primeira notícia com o descritor “zika” a aparecer no conteúdo (data 08 de fevereiro de 2015) até 11 de maio de 2017. O critério de seleção do período analisado deve-se a possibilidade de analisar diferentes momentos: incerteza sobre a doença, início das descobertas, correlação com microcefalia, declaração de emergência nacional de saúde pública, emergência internacional de saúde pública, fim da emergência internacional de saúde pública e fim da emergência nacional de saúde pública.

Para selecionar as notícias a serem analisadas, todas as notícias serão lidas superficialmente para separar as que fazem recomendações individuais para a população das notícias que não fazem recomendações. Os critérios de exclusão são: não haver recomendações de ação individual em relação à doença, notícias em língua que não seja o português; infográficos e vídeos;

notícias que falam sobre outro assunto em 50% do texto ou mais. Os dados correspondem a um total de 1729 notícias (n = 1729). Optamos por não usar busca com palavras-chave por perceber que essa forma de seleção das notícias as limitaria. Nesse período foram emitidas 1677 notícias, as quais foram lidas e selecionadas para este trabalho um total de 144 notícias com algum tipo de recomendação. Posteriormente foram categorizadas em cinco diferentes tipos: Conduta reprodutiva (T = 49); Medidas de proteção individual (T = 70); Controle vetorial (T = 20); Orientações para turistas (T = 62); Orientações sobre pré-natal e puericultura (T = 7). O valor total de recomendação extrapola a quantidade de notícias pela possibilidade de existir mais de uma recomendação por notícia.

Sem eliminar as notícias que não continham recomendação, fizemos uma breve seleção dos termos utilizados para descrever o vírus Zika. Ainda que não seja a intenção do artigo analisar profundamente o conteúdo desses termos, os utilizamos ao longo do texto.

Para analisar o material coletado, utilizaremos o artigo escrito por Pohlmann (2014) sobre a metodologia de análise chamada “Collective Mindsets Analysis” (CMA). O objetivo da metodologia é reconstruir a percepção cultural coletivamente reconhecida, o inventário de conhecimento e as regras normativas por trás das atitudes e opiniões individuais. Baseado na estrutura da teoria da ação social e institucional, o método propõe a indagação sobre quais são as regras culturalmente herdadas que as pessoas utilizam ao precisar agir e propõe a reconstrução e mapeamento dos conhecimentos em uso, quais são as regras de interpretação e ação. (Pohlmann, 2014)

Os passos a serem seguidos são: seleção; reformulação; abstração; abstração da ordem; comparação; identificação de regras; contextualização; explanação.

Realizar a análise por meio de collective mindsets não é uma forma de limitar a análise a um estado estático da realidade social, mas sim viabilizar o estudo dos múltiplos padrões que se expressam nas realidades, sejam eles complementares ou conflitantes. Nesta linha de pensamento, tanto a análise estrutural quanto a análise dinâmica do problema é trabalhada:

(...) collective mindsets play an important role. They tell us about the spiritual construction and the knowledge stocks of given society, culture or economy, how this knowledge stock is translated into action orientations, how these orientations change over time and how different they are in various cultures. (...) The CMA is related to the reconstruction of social meaning and collectively acknowledged rules that cannot be stated from an “objective” observation post, but has to be reconstructed from the viewpoint of a member of the respective culture. In the frame of interpretive sociology, it has a particular status, not just because it entails a reconstruction of the subjective individual meaning, but because of the intersubjectively shared social meaning. (POHLMANN ET AL, 2014, pp. 7, 8)

Os dados serão alocados e analisados em Excel e o material será escrito utilizando o Word.

5. LIMITAÇÕES DO TRABALHO

Apesar do grande volume de publicações a respeito do vírus Zika, ainda há muito o que ser respondido. Entre os dados que importam a essa pesquisa, informações de cunho qualitativo e quantitativo a respeito das mulheres mães de crianças com a síndrome congênita do zika são importantes para guiar de forma mais clara as políticas públicas atuais. Ao mesmo tempo, é possível que enquanto esse projeto esteja em andamento, os objetivos deste trabalho sejam publicados por outros autores, pois o tema é muito debatido.

Outra limitação importante é em relação ao material utilizado. Ainda que o Ministério da Saúde tenha feito um site apenas para dar informações a respeito das doenças vetoriais Zika, Dengue e Chikungunya, quem é o público que acessa essas informações? Os profissionais de saúde, principalmente aqueles que estão em contato direto com as populações de risco, tem acesso à leitura destes materiais? Estão em dia com as pesquisas científicas para poder fazer as orientações atualizadas que o Ministério recomenda que façam? E a população em geral, busca informações nesses espaços virtuais? Quais são as características das pessoas que utilizam?

Sobre o jornal escolhidos, encontramos a mesma limitação: apesar de ser um jornal de circulação nacional, o público leitor do jornal Folha de São Paulo tem características específicas que não estão de acordo com as características das pessoas em maior risco de ter doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*.

6. RESULTADOS

Conforme o regimento interno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC, os resultados da presente dissertação foram apresentados no formato de artigo. Na medida dos interesses dos pesquisadores, respeitou-se a normalização da Revista Ciência e Saúde Coletiva. Os artigos estão no apêndice.

APÊNDICE 1:

Artigo

Título: Comunicando sobre Zika: recomendações de prevenção em contextos de incertezas

Resumo:

A epidemia do vírus Zika, considerada por um determinado período como uma situação de emergência nacional e internacional de saúde pública, gerou respostas inusitadas que do ponto de vista social carecem de uma análise mais detalhada, especialmente em relação às recomendações feitas pelo Ministério da Saúde através do site “Combate Aedes”. Nesse artigo analisamos essas recomendações através do método “Collective Mindsets Analysis”. As orientações fornecidas aos profissionais de saúde e população falham por não especificarem as características da população mais diretamente afetada, interferindo negativamente, assim, a sua aplicabilidade. O material também não esclarece as atribuições de responsabilidade sobre as várias ações recomendadas, deixando a cargo da população o encargo da tomada de decisão. Sem um real direcionamento e adequação ao contexto das pessoas atingidas, corre-se o risco de tornar as políticas públicas ineficazes.

Palavras-chave: Zika vírus. Políticas públicas. Epidemias. Prevenção & Controle. Direitos Sexuais e reprodutivos.

Abstract

The Zika virus epidemic, which was treated as a national and international public health emergency during an specific period, gave rise to unusual measures, which claims for a more detailed analysis, specially the recommendations given by the Brazilian Ministry of Health in the website "Combate Aedes". In this work, we analyze those recommendations employing the Collective Mindsets Analysis method. The recommendations targeted at health professionals and general public fail due to not clarifying the characteristics of the most vulnerable population, compromising its applicability. The recommendations also fail to make clear who is responsible for many recommended actions, leaving to the public the responsibility of decision making. Without a proper attention for the reality of the affected public, there is a risk of making public policies ineffective.

Keywords: Zika Virus. Public Policies. Epidemics. Prevention & Control. Reproductive Rights.

Introdução

O reconhecimento do caráter provisório das ‘verdades’ científicas está estabelecido no âmbito acadêmico pelo menos desde os trabalhos realizados por Popper¹ (1982, publicado originalmente em 1963). Hipóteses e teorias estão permanentemente sujeitas a reformulações, e as incertezas, ambivalências e controvérsias fazem parte do contexto de produção do conhecimento científico. Sobre esse aspecto, Friedman, Dunwoody e Rogers² (1998) sugerem que o expertise científico deveria ser definido não tanto em termos de acumulação de conhecimento, mas pela habilidade em reconhecer e administrar riscos.

Contudo, se no mundo científico o conhecimento é reconhecidamente provisório e refutável, e principalmente elástico em relação ao tempo para a sua produção e legitimação, o mesmo não se pode dizer para o mundo dos responsáveis pela tomada de decisão em políticas públicas. Neste mundo, os gestores precisam implementar respostas imediatas, geralmente feitas com base em escolhas, mesmo que elas não sejam consensuais entre os cientistas. E, além de implementar políticas públicas, os gestores precisam comunicar-se com o público-alvo de tais políticas. Através da análise dos sentidos do medo na cobertura da *Influenza H1N1* realizada nos jornais cariocas Lerner e Gradella (2011)³ identificaram a relação ambígua de atuação do poder público, onde o medo ora servia como justificativa para atuação das autoridades, ora era fonte de insegurança e desqualificação. Nesse contexto, Funtowicz and Ravetz⁴ (1997) ressaltam a necessidade da construção de possíveis estratégias para a resolução de problemas complexos em cenários onde os fatos são incertos, os valores estão em disputas, os riscos são altos e as decisões são urgentes.

Incertezas e riscos são aspectos inevitáveis de nossas vidas, mas a tradução das incertezas científicas no processo de comunicação em saúde em contextos de epidemias e riscos à saúde é um tema ainda pouco explorado na literatura brasileira. A epidemia do vírus Zika é um caso exemplar para explorar os desafios do processo de comunicação em saúde em contextos de incertezas.

Há mais perguntas do que respostas ao falar sobre o vírus que está circulando

em diversos países. Descoberto em 1947 em uma floresta em Uganda⁵, o vírus Zika só ganhou notoriedade ao ser relacionado à microcefalia em bebês brasileiros no ano de 2015. O conhecimento produzido até o momento aponta que o Zika vírus não é apenas transmitido diretamente pelo mosquito *Aedes aegypti* – transmissor também de doenças como dengue entre outras – mas também por via sexual^{6,7}.

Inicialmente considerada uma “dengue branda”, em 2015 a epidemia do Zika passa a ser fonte de medo por parte tanto da população nacional quanto internacional, sendo considerada pelo Ministério da Saúde uma Emergência Nacional de Saúde Pública e pela Organização Mundial de Saúde como Emergência Internacional de Saúde Pública. Ambos os status foram suspensos, o primeiro em maio de 2017 e o segundo em novembro de 2016.

Uma série de artigos foi publicada sobre os aspectos clínicos e epidemiológicos, a maioria apontando para a complexidade e incertezas que envolvem a síndrome congênita do Zika e suas outras manifestações. Freitas et al. (2018)⁸ realizaram uma revisão da literatura sobre os artigos publicados após a declaração de emergência nacional em saúde pública concluindo que: o crescimento do número de publicações está relacionado com o alto índice de artigos de opinião e estudos de caso; que há uma centralidade nos esforços vinculados ao controle epidemiológico e ambiental do surto, em detrimento da análise da determinação social da doença; e que em todos os artigos mencionam-se as incertezas e a necessidade de mais estudos sobre as medidas de prevenção e controle. Em relação aos aspectos sociais da epidemia cabe destacar os trabalhos de Diniz(2016)⁹, que problematiza o aprofundamento das desigualdades e injustiças existentes no cotidiano das mulheres afetadas pelo vírus Zika; de Galli e Deslandes (2016)¹⁰, no qual analisam os projetos de lei que visam endurecer a punição para a mulher que abortar em caso de microcefalia; de Ventura e Camargo¹¹, que reativam o debate sobre o direito ao aborto voluntário no contexto do vírus Zika e os trabalhos, também sobre o tema do aborto realizados por Löwy¹² (2016), Aiken¹³ (2016).

E relação à disseminação de informações sobre a doença, seus riscos e prevenção, Toppenberg-Pejcic¹⁴(2018) analisa o uso de materiais produzidos por especialistas sobre as epidemias de Ebola, Zika e Febre Amarela, publicados de forma simplificada e não-acadêmica em blogs e sites (denominado por ele como literatura ‘cinza’), ressaltando o papel desse meio de disseminação de informação e seu impacto na comunicação de riscos. Ribeiro et al¹⁵(2018), através da análise de 186 artigos publicados nos jornais O Globo e Folha de São Paulo, entre 2015-2016, mostram que a cobertura

dessa mídia revela um cenário de “guerra” dominante sustentada por dois aspectos: a luta para erradicação do mosquito (visto como inimigo a ser combatido) e a luta para controlar a microcefalia, colocando o peso da prevenção e, portanto, da responsabilidade sobre as mulheres.

Considerando o papel do Ministério da Saúde no processo de comunicação em saúde, nesse artigo, analisamos as recomendações destinadas aos profissionais de saúde e à população divulgadas no site “Combate Aedes” sobre o vírus Zika, assim como a aplicabilidade destas recomendações e quem é o sujeito construído pelos documentos desse site.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, de análise teórica e documental. Selecionamos as recomendações contidas no site do Ministério da Saúde chamado “Combate Aedes”. Para analisar o material coletado, utilizamos a proposta de Pohlmann (2014)¹⁶ sobre a metodologia de análise chamada “Collective Mindsets Analysis” (CMA). O objetivo da metodologia é reconstruir a percepção cultural coletivamente reconhecida, o inventário de conhecimento e as regras normativas subjacentes ao material analisado. Os passos foram: seleção; abstração (da lógica e de estrutura normativa nos argumentos eliminando o que não é necessário para entender as categorias); abstração da ordem (lógica e ordem normativa dos argumentos e identificação destes); comparação; identificação de regras de interpretação; contextualização (sob quais condições sociais foram produzidas); explanação (explicar como essas regras são produzidas no contexto social analisado e quais suas consequências).

Realizar a análise por meio desse método não é uma forma de limitar a análise a um estado estático da realidade social, mas sim viabilizar o estudo dos múltiplos padrões que se expressam nas realidades, sejam eles complementares ou conflitantes.

Os resultados do presente artigo estão estruturados a partir desses três eixos temáticos: Orientações sobre saúde sexual e reprodutiva, atenção à gestante e recém nascido; Recomendações sobre controle vetorial e ambiental; Sujeitos das políticas públicas. Visamos responder aos seguintes questionamentos: quais as recomendações de conduta formuladas pelo Ministério da Saúde? Quais as possibilidades de aplicação dessas recomendações? A quem elas se dirigem?

Resultados e discussão

Orientações sobre saúde sexual e reprodutiva, atenção à gestante e recém nascido:

As orientações direcionadas aos profissionais de saúde feitas no material “Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da emergência de saúde pública de importância nacional” (Ministério da Saúde¹⁷), preconizam a educação em saúde, com oferta de informações sobre saúde sexual e reprodutiva (voltada para mulheres e homens adultos, jovens, adolescentes e idosos); a ampliação do acesso de homens e adolescentes ao planejamento reprodutivo; a orientação sobre tipos de contraceptivos e uso de preservativos para prevenção de doenças; a identificação de gravidez e seguimento do pré-natal.

Ao longo do texto certos termos, como por exemplo: saúde sexual e reprodutiva foram mencionados. Entretanto, fala-se apenas de promover a saúde sexual e a saúde reprodutiva, sem explicitar o que se entende por tais termos, demandando às equipes de saúde a execução dessa tarefa:

[...] as equipes de saúde devem reforçar as ações de oferta e ampliação do acesso aos métodos contraceptivos para a população e o acompanhamento das mulheres, incluindo as adolescentes de seu território, considerando a corresponsabilização do homem pelo planejamento reprodutivo.
¹⁷

Se é necessário explicitar a necessidade de corresponsabilização do homem pelo planejamento reprodutivo, subentende-se que o documento parte da premissa de que o homem não é (ou não está sendo) responsável pelo planejamento reprodutivo, assim como não fica claro como as equipes de saúde poderiam concretamente estimular a sua participação nesse planejamento. Em outra recomendação falta clareza a respeito do que se compreende por “planejamento reprodutivo”:

Ampliação do acesso dos homens adultos e adolescentes aos serviços de saúde, especialmente estimulando sua participação nas ações de planejamento reprodutivo, pois o homem exerce papel importante tanto na escolha quanto ao uso de algum método contraceptivo, independente de ser ele ou sua parceira que faça uso dele.
¹⁷

Além disso, com base nessas recomendações cabe perguntar: planejamento reprodutivo é sinônimo de utilização de método contraceptivo? A

maioria das recomendações refere-se à garantia do acesso aos métodos contraceptivos disponibilizados pelo SUS, orientando a respeito do uso de preservativos e seu papel na prevenção de DST/HIV/AIDS. Entretanto, não é falado sobre o papel do preservativo para evitar a transmissão sexual do vírus Zika. Esta possibilidade aparece apenas no corpo do texto que antecede as recomendações e não nas recomendações propriamente ditas.

É importante que aquelas mulheres e homens, inclusive adolescentes, que desejam ter filhos recebam as orientações necessárias dos profissionais de saúde sobre a prevenção do vírus Zika e sobre os cuidados necessários para evitar essa infecção durante a gravidez, inclusive a transmissão sexual.¹⁷

Alguns aspectos sobre o trecho citado merecem ser destacados: é o primeiro momento em que é descrita a possibilidade de se querer ter filhos e a possibilidade de transmissão sexual. O segundo momento em que aparece a possibilidade de transmissão sexual é no texto situado após as recomendações:

Considerando os relatos existentes na literatura sobre a transmissão sexual do vírus Zika, assim como a identificação de partículas virais em sêmen de indivíduos com sinais e sintomas sugestivos de infecção pelo vírus Zika, o Ministério da Saúde reforça a orientação de utilização de preservativos masculinos e femininos pela população, em especial as gestantes e suas parcerias, em todas as relações sexuais.¹⁷

A respeito da transmissão sexual, recomenda-se o uso de preservativos (primeiro não é especificado quando utilizar, em outro momento é mencionado que deve ser usado em todas as relações sexuais), entretanto, quando essa orientação vem junto com a possibilidade de se querer ter filhos, não está explicitada a possibilidade de se contaminar enquanto a atividade sexual é feita para engravidar, pois obviamente é necessário que não se utilize preservativo para tal. Pelo vírus não discernir a intenção das atividades sexuais, seria esperado que houvesse maior esclarecimento a respeito dessa possibilidade.

No documento reforça-se a garantia do “acesso ao Teste Rápido de Gravidez para detecção precoce da gravidez e oferta de aconselhamento de acordo com o resultado, respeitando a autonomia das mulheres [...]”¹⁷. No entanto, destacamos a incongruência entre gravidez e autonomia feminina. Não

é possível respeitar a autonomia feminina no que concerne à gestação se a mulher não tem a possibilidade de abortar, caso não deseje ter filhos. E para as que se manterão gestantes (sem recorrer à ilegalidade), também é considerado imprescindível que façam o pré-natal. Portanto, as possibilidades de aconselhamentos são: Se não grávida, usar um dos oito métodos contraceptivos disponíveis ou fazer um planejamento pré-concepcional; se grávida, fazer o pré-natal. Não há espaço para autonomia se as escolhas estão delimitadas. Baum¹⁸ alertou para essa mesma lacuna no material “Protocolo de Atenção a Saúde e Resposta a Ocorrência de Microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika”¹⁹, focando tanto nos problemas de acesso aos contraceptivos, sobre a porcentagem de gestações não planejadas e sobre o aborto ser uma questão de saúde pública, principalmente devido aos múltiplos condicionantes sociais envolvidos na vida das mulheres que estão em área de risco para Zika.

Formas para evitar gestações indesejadas são mencionadas apenas com a contracepção de emergência: “Todas as mulheres em idade reprodutiva e com risco de gravidez indesejada devem ter garantia de acesso à informação e ao uso da AE [Anticoncepção de Emergência]”¹⁷.

Se o foco dessa orientação fosse evitar gestações não planejadas de forma mais abrangente, seria necessário outras orientações, principalmente aquelas voltadas para os resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde²⁰ que qualificam o perfil das mulheres com mais gestações não planejadas. A recomendação do uso do contraceptivo de emergência não supre todas as possibilidades para evitar gestações indesejadas: as mulheres podem ter usado algum tipo de método contraceptivo e este ter falhado (por falha inerente ao método ou pelo uso inapropriado); parceiro pode se recusar a usar métodos contraceptivos e proibir que a parceira os utilize; mulheres podem não ter acesso aos métodos contraceptivos disponibilizados pelo SUS, tornando ainda mais difícil a utilização do AE; mulheres podem ter sido vítimas de violência sexual que não recorreram à ajuda médica, entre outras. São múltiplas as possibilidades de se ter uma gestação não planejada e que não necessariamente podem ser evitadas com a anticoncepção de emergência.

Apesar do grande volume de publicações a respeito do vírus, ainda não foram respondidas todas as perguntas importantes sobre sua influência no desenvolvimento da síndrome congênita do Zika. Portanto, apesar da orientação ser “sobre a atual situação dos casos de alterações no sistema nervoso central das crianças e sua relação com o vírus Zika”¹⁷, primeiro não é possível afirmar que o profissional de saúde estará atualizado, pois o considerável volume de publicações estão em língua estrangeira, segundo,

mulheres e homens que procurarem aconselhamento pré-concepcional não terão todas as dúvidas sanadas pois não há respostas para todas elas. Sem informações suficientes, presume-se não haver possibilidade de se fazer escolhas plenamente embasadas.

Outras recomendações que aparecem no protocolo são mais gerais e estão mais voltadas à atenção ao pré-natal. São recomendações padronizadas que já fazem parte da conduta de atenção médica, sem nenhuma especificidade sobre as características das mulheres que tiveram crianças com a síndrome congênita do Zika, nem sobre o acesso à saúde das populações de áreas mais afetadas. Essa desconsideração sobre a falta de orientações específicas tende a fragilizar a comunicação sobre os riscos.

No material denominado “Protocolo de Atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika”¹⁹, são recomendadas ações de educação em saúde e promoção de saúde sexual e reprodutiva, mas diferente do material analisado anteriormente, neste momento os idosos não foram incluídos. Orienta que os profissionais façam “busca ativa de mulheres grávidas ainda sem diagnóstico de gestação para início oportuno do acompanhamento pré-natal”. Entretanto, como fazer busca ativa de mulheres que não tem diagnóstico de gravidez? Seria entre mulheres sexualmente ativas ou pela aparência? Buscando por mulheres com mais filhos ou com problemas com anticoncepcionais?

Em relação aos métodos contraceptivos, novamente não há menção à transmissão sexual do vírus Zika, inclusive menciona que a doença causada não pode ser considerada uma doença sexualmente transmissível.

A recomendação sobre aconselhamento pré-concepcional difere das descritas em outro material apenas por não incluir “homens” entre os que devem ser orientados sobre o vírus Zika, caso queiram ter filhos. Idealmente consideramos que todos os envolvidos são protagonistas do planejamento reprodutivo, mas o material só reforça que o encargo deste trabalho está nas mulheres.

Tendo em vista a relação entre a ocorrência de microcefalia e o vírus Zika, os autores do material “Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC)”²¹, recomendam que as gestantes e mulheres com possibilidade de engravidar sejam informadas sobre algumas questões. Entretanto, as recomendações são sobre condutas esperadas de pré-natal e cuidados de saúde, exceto as que falam sobre controle vetorial. Para exemplificar, o texto orienta sobre a atualização da caderneta de

vacinação, quais são as vacinas adequadas para gestantes, o período de latência das vacinas, a necessidade de se atentar para medicamentos teratogênicos e cuidados ao ingerir água, alimentos, medicamentos em relação a danos potenciais ao desenvolvimento do bebê. Nenhuma das recomendações acima faz parte da transmissão de Zika.

Em seguida o material faz a recomendação “Se houver qualquer alteração no seu estado de saúde, principalmente no período até o 4º mês de gestação, ou na persistência de doença pré-existente nessa fase, comunique o fato aos profissionais de saúde[...]”²¹. Novamente, temos uma recomendação que faz parte do que já é esperado em um pré-natal adequado, pois comunicar alterações de saúde (quais?) e ter doença pré-existente também não tem relação com o vírus Zika.

No documento, os direitos reprodutivos são divididos em duas possibilidades: “se deseja engravidar” e “se não deseja engravidar”. Para a primeira, a recomendação é tirar dúvidas com profissional de saúde; para a segunda é buscar contraceptivos. Essas orientações são insuficientes para atender aos desejos e necessidades das mulheres que pretendem e das que não pretendem ter filhos.

Para a gestante, na seção “cuidados”, são recomendadas condutas já preconizadas (como iniciar pré-natal e tomar vacinas) e a procurar pelo serviço de saúde em caso de febre ou dor. São sintomas muito gerais e que não são específicos do vírus Zika. Para os recém-nascidos, recomenda-se frequentar locais com telas, usar roupas compridas, serem amamentados. Recomenda-se buscar serviço de saúde caso tenham manchas vermelhas na pele, olhos avermelhados ou febre e não medicar sem recomendação médica. Novamente são sintomas muito gerais, não necessariamente relacionados ao vírus Zika. A única recomendação específica em relação ao vírus, embora ainda superficial, é a avaliação do perímetro cefálico do recém-nascido pelo profissional de saúde, juntamente com as outras recomendações de conduta padrão (teste do pezinho, vacinação, consultas de puericultura). Porém, como adverte Linden²², nem todas as crianças nascidas com a síndrome congênita do Zika possuem microcefalia.

Entre os cuidados com o recém-nascido com microcefalia, as orientações diferem apenas pela recomendação do encaminhamento para estimulação precoce e acompanhamento, por diferentes especialistas, caso o bebê tenha alterações neurológicas, motoras ou respiratórias. Para orientação destes especialistas, o Ministério da Saúde elaborou um documento²³ com

informações técnicas para estimulação precoce de bebês e crianças com até três anos.

Entre os outros materiais disponibilizados no site “Combate Aedes”, na seção para “profissionais e gestores”, recomenda-se a esses trabalhadores que busquem

[...] os meios disponíveis para garantir o acesso aos métodos contraceptivos e promova estratégias de educação em saúde sexual e reprodutiva envolvendo mulheres, homens, jovens e adolescentes, reforçando o planejamento reprodutivo e fornecendo subsídios para a escolha livre e informada. É importante reforçar o aconselhamento pré-concepcional.²⁴

Novamente entramos no problema das recomendações que inferem a existência de autonomia feminina no que concerne a vida sexual e reprodutiva. Como falado anteriormente, é possível realizar uma escolha livre e informada se a pessoa interessada possui (e compreende) as informações necessárias; se possui a garantia da possibilidade de executar a escolha e se possui a intenção de escolher.

Para as gestantes, na seção chamada “Zika x Microcefalia” em relação aos cuidados com o recém nascido, as recomendações são as mesmas. A diferença está na recomendação da procura de serviço de saúde caso se observe “manchas vermelhas na pele, olhos avermelhados ou febre”²⁵. Entre as recomendações para recém-nascidos com microcefalia, a diferença está na comunicação sobre benefícios sociais:

As mães de crianças acometidas por sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* contratadas pelo regime Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) terão a ampliação da licença-maternidade de 120 dias para 180 dias. Além disso, as famílias com crianças com microcefalia poderão receber o benefício de prestação continuada (BPC) por até três anos. O auxílio é de um salário mínimo (R\$ 880), garantido pela Previdência Social.²⁶

Neste trecho vemos o reforço da condição social da mulher como

oficial cuidadora, incluindo a informação de que o aumento da licença é apenas para as mulheres, sem aumento de licença paternidade. Para pensar o benefício da Prestação Continuada, alguns dados são importantes: de acordo com IBGE²⁷, 37,3% das famílias tem uma mulher como responsável; 33,7% das mulheres possuem renda de até um salário mínimo. Dentre as mulheres negras, 40,3% tem renda de até um salário mínimo.

Esse benefício é pago a idosos e deficientes com uma renda máxima estabelecida. Como sabemos, a mãe é a principal encarregada do cuidado e para realizar tal cuidado terá de se ausentar da vida econômica, por não ser possível conciliar trabalho com os cuidados de uma criança com necessidades constantes e indefinido acréscimo de autonomia e desenvolvimento com o aumento da idade. Não sugerimos a inexistência de um patamar máximo de renda, mas sim que seja flexibilizado, pois como o próprio Estado não é capaz de atender a todas as necessidades dessas crianças, portanto, é esperado que a família dê uma contrapartida financeira para que haja atendimento suficiente.

Não é possível desvincular toda essa discussão feita até então da realidade brasileira a respeito das configurações familiares. Mulheres são as principais cuidadoras dos filhos, além de cuidarem do trabalho doméstico de forma exclusiva. As mulheres que foram afetadas também podem ter outros filhos – e querer ter outros – os quais mesmo sem uma deficiência atrelada, também tem demandas de cuidados que precisam ser supridos. Nesse aspecto, emerge, mais uma vez o dilema da implantação de políticas específicas, para demandas específicas no interior das políticas universais de saúde.

Na seção “Tira-dúvidas”, a pergunta “Neste momento, qual é a recomendação do Ministério da Saúde para as gestantes?”, é respondida com a recomendação para o uso de “*repelentes indicados para o período da gestação* [...], evitar o contato com mosquitos, além de evitar o acúmulo de água parada em casa ou no trabalho [...] A quem vive em área de alta transmissão do vírus, é recomendado praticar sexo seguro”²⁸. Também é indicado que o repelente deva ser aplicado por cima das roupas e nas áreas de pele expostas²⁹. Em outra página há a recomendação do “uso de calça e camisa de manga comprida e com cores claras”³⁰.

Não há informação sobre repelentes específicos de acordo com o período gestacional. Novamente há a responsabilização da gestante pelo controle vetorial, agora em seu ambiente de trabalho; e a nova recomendação de uso de contraceptivo apenas para quem vive em áreas de alta transmissão de Zika.

Recomendações sobre controle vetorial e ambiental

Entre as recomendações feitas aos profissionais de saúde contidas no material “Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da emergência de saúde pública de importância nacional”¹⁷, é recomendado que a população realize “combate ao vetor (mosquito *Aedes aegypti*), prevenção à picada de mosquitos e medidas de proteção individual: utilização de telas em janelas e portas; uso de roupas compridas – calças e blusas – sempre que possível e, se usar roupas que deixem áreas do corpo expostas, uso de repelente”. Na seção sobre atenção ao pré-natal, recomendam-se as mesmas ações, acrescidas de “evitar horários e lugares com presença de mosquitos; alertar a gestante e acompanhante sobre medidas de controle como controle vetorial (eliminar na casa possíveis criadouros do mosquito), limpeza dos terrenos, descarte apropriado do lixo e materiais e utilização adequada da água”¹⁷.

Em relação à aplicabilidade de algumas recomendações cabe indagar: Como evitar lugares com mosquitos, considerando a onipresença destes? Sendo um mosquito que vive em ambientes urbanos e domésticos, evitá-lo é muito difícil. Usar roupas que não condizem com a estação dificilmente tem adesão devido ao desconforto causado. Descarte apropriado de lixo faz sentido se o local onde se mora tem coleta, principalmente a seletiva, se tem saneamento básico e se há tratamento no destino dos resíduos sólidos. Para a “utilização adequada da água” há o pré-requisito de que a sua distribuição não seja intermitente, que seja encanada. Para a população que tem essas facilidades – que são direitos -, faz sentido recomendar apenas o uso adequado.

No material “Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC)”²¹, as orientações sobre o vetor são todas iguais ao documento anterior, mas com um erro de orientação. Ao falar sobre controle vetorial e a relação com o mosquito, recomenda-se que:

Permanecer, principalmente no período entre o anoitecer e o amanhecer, em locais com barreiras para entrada de insetos como: telas de proteção, mosquiteiros, ar-condicionado ou outras disponíveis.²¹

No entanto, de acordo com o material produzido pelo Instituto Oswaldo Cruz, o mosquito tem hábitos principalmente diurnos, apesar de ser oportunista e poder picar durante a noite (Fiocruz)³¹. A recomendação para frequentar locais com telas em portas e janelas e com ar condicionado faz com

que se limite a possibilidade da população manter sua vida normal além de nitidamente escamotear um recorte de classe social.

O material chamado “Protocolo de Atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika”¹⁹ contém orientações sobre o uso de repelentes:

Consultar um profissional da saúde sobre o uso de repelentes e verificar atentamente no rótulo a concentração do repelente e definição da frequência do uso para gestantes. Recomenda-se usar somente produtos que estão devidamente regularizados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (os repelentes ‘naturais’ à base de citronela, andiroba, óleo de cravo, entre outros, não possuem comprovação de eficácia nem a aprovação pela Anvisa até o momento).¹⁹

Se essas orientações são para que os profissionais de saúde as transmitam à população, seria de se esperar que os critérios de segurança dos repelentes fossem esclarecidos. Nada é mencionado sobre toxicidade, importante principalmente por ser direcionada para gestantes. Recomenda-se usar repelentes regulamentados pela ANVISA, atentando-se para as instruções de uso contidas no rótulo. Entretanto, o material segue dizendo que outras substâncias (Icaridin ou Picaridin, EBAAP ou IR3535 e óleos essenciais como citronela) são utilizados em cosméticos e “Embora não tenham sido encontrados estudos de segurança realizados em gestantes, estes ingredientes são reconhecidamente seguros para uso em produtos cosméticos conforme compêndios de ingredientes cosméticos internacionais.”¹⁹. O texto avança dizendo que estes produtos são regulamentados pelo Center of Disease Control dos Estados Unidos da América, portanto, seriam seguros. Um dos problemas é o desencontro de informações: materiais dizem que substâncias não aprovadas pela ANVISA não devem ser usadas; outro diz que podem, já que são usadas em cosméticos. Considerando a premente necessidade de tentar amenizar os prejuízos causados pelo mosquito, recomenda-se o uso mesmo que a ANVISA não tenha regulamentado seu uso, efetividade e segurança.

No material voltado para a população, denominado “Vírus Zika: Informações ao público”³², há o acréscimo da recomendação: “Mantenha-se vigilante quanto à limpeza do seu bairro. Denuncie o acúmulo de lixo e entulho, ou qualquer recipiente que possa abrigar a larva do mosquito”. Essa

recomendação expressa uma tendência crescente em colocar a responsabilidade do controle vetorial apenas sob a população, sem esclarecimentos sobre o papel do Estado nesse controle. Portanto, sem a definição das atribuições aos devidos responsáveis (sociedade civil e Estado), o material faz uma injusta responsabilização da população, principalmente de áreas pobres.

Ainda para as gestantes, na seção chamada “Zika x Microcefalia”, mais um dilema aparece na recomendação para “*evitar o acúmulo de água parada em casa ou no trabalho*”. Se até então criticamos a responsabilização do cidadão sobre o controle vetorial, aqui vemos mais um agravante: não bastam os cuidados para evitar focos de mosquitos em casa, passa a ser recomendado (no caso, para gestantes) que se responsabilize também pelo ambiente de trabalho²⁵.

Também é mencionado que “mosquiteiros proporcionam boa proteção para aqueles que dormem durante o dia (por exemplo: bebês, pessoas acamadas e trabalhadores noturnos)”³⁰. Até então as recomendações eram de uso de telas em portas e janelas, algumas mencionavam a possibilidade do uso de mosquiteiros nas camas, mas esta é apenas para quem dorme durante o dia?

Na seção “Prevenção e combate” são fornecidas instruções sobre a utilização de água sanitária em água estocada que não seja para consumo e várias recomendações repetidas como: utilizar repelente por cima da roupa; utilizar os sábados para verificar o ambiente buscando o controle vetorial; aplicação de larvicida por um agente de saúde em grandes depósitos de água para consumo; mobilização da sociedade em torno da organização de “um mutirão de combate ao *Aedes aegypti*”, convidando “o poder público, setor privado e organizações sociais para ampliar adesão”³³. Novamente atentamos para a importância da responsabilização da sociedade civil, incluindo a possibilidade de “convidar” o Estado para participar das ações.

Nas chamadas “Recomendações gerais para viajantes” repetem-se muitas informações já mencionadas, mas destacamos as recomendações de uso de roupas compridas, de manter-se em locais com portas e janelas fechadas ou teladas (pressupondo que as pessoas viajam para ficarem restritas a esses cômodos) e de uso de repelentes na parte da pele que estiver exposta. Recomenda-se que verifiquem no local de hospedagem se há criadouros de mosquito e eliminá-los, caso existam: novamente identifica-se a responsabilização da população pelo controle vetorial. Para os passeios eco turísticos, recomenda-se a “utilização de roupas que protejam o corpo contra picadas de insetos e carrapatos, como camisas de mangas compridas, calças,

meias e sapatos fechados”³⁴. Sendo um material voltado para doenças transmitidas por *Aedes aegypti*, esperava-se que, ao comunicar-se com os viajantes, ou se elucidasse todas as possibilidades existentes de adquirir uma doença (impraticável) ou que se atentasse apenas para o que o material se dispõe a fazer: falar sobre dengue, zika e chikungunya. Eleger apenas algumas possibilidades (no caso, doenças transmitidas por insetos e carrapatos) apenas causa confusão para os leitores que buscam informação.

Sujeitos das políticas públicas

Quem são os sujeitos a quem se direcionam as ações públicas de saúde que foram analisadas ao longo deste artigo? Teoricamente são os profissionais de saúde que aconselham mulheres, homens, adolescentes e/ou idosos sobre saúde sexual e reprodutiva, e estimulam a participação do homem no planejamento reprodutivo (sem que este termo tenha sido devidamente esclarecido); que respeitam a autonomia das mulheres pela sua vida reprodutiva, mas desde que essa “autonomia” esteja dentro do que é preconizado pelo Estado; que orientam sobre a transmissão sexual de doenças, presumindo-se que esses profissionais são capazes de ler e atualizar o conhecimento sobre o Zika, através de publicações científicas nacionais e internacionais para estarem aptos a responder todas as perguntas da população, portanto, falam inglês, pagam pelos artigos e tem internet disponível onde trabalham. São profissionais que orientam sobre controle vetorial, chamando a atenção da população sobre a limpeza do meio ambiente, o uso de roupas longas, com repelentes por cima da roupa ou na pele exposta, que usem cores claras (embora em outros momentos não especifiquem a cor da roupa), que durmam com mosquiteiros durante a noite (embora recomendam o uso para quem dorme durante o dia); que orientam as gestantes a usarem repelentes, mesmo que não tenham sido aprovados pela Anvisa; que orientam as gestantes sobre os remédios e alimentos e vacinas que podem causar males aos bebês, mesmo que nenhuma dessas orientações tenham relação com o vírus Zika; que orientam para que a qualquer alteração na pele, mesmo que seja sintoma de uma infinidade de coisas, procurem ajuda médica, profissional este que diagnosticará prontamente.

A população alvo, teoricamente, é aquela com internet em casa para poder acessar as informações, é responsável por limpar além de sua casa, a área de trabalho, o hotel que frequenta e até o bairro para manter o vetor sob controle. Usa a água de forma apropriada, pois não precisa estocar – e se

estoca, coloca tela-, tem esgoto, água encanada e lixo recolhido e tratado. Usa apenas roupas longas, claras ou não, aplica repelentes por cima da pele ou não, frequenta apenas locais com telas de proteção ou ar condicionado. Tem autonomia sobre sua vida sexual e reprodutiva, podendo fazer escolhas informadas. As mulheres serão cuidadoras das crianças com microcefalia, mas somente receberão ajuda financeira se estiverem num patamar definido de pobreza; do contrário, será considerado pelo Estado que elas possuem o suficiente para cuidar de seus filhos. Moram perto dos locais onde terão o atendimento das crianças, estas que terão pleno acompanhamento até os três anos. E frequentam apenas locais sem mosquito.

Conclusões

Diversos são os problemas com as recomendações feitas pelo Ministério da Saúde. Não há padronização das informações: em um momento são roupas compridas e claras, em outro não há especificação de cor; uso de repelente em área exposta do corpo ou por cima da roupa, uso de repelentes para gestante sem plena autorização da Anvisa e sem estudos de segurança nesta população, são alguns exemplos. O Estado delega responsabilidades para a sociedade civil, a ponto de sugerir que a população “convide” o poder público para ações de controle vetorial.

Poucas ou desconstruídas informações a respeito da transmissão sexual do vírus são fornecidas, além do incipiente debate sobre a autonomia feminina em relação aos direitos reprodutivos e sexuais.

Não há recomendações para atenção à saúde de mulheres cuidadoras. Mulheres são as principais cuidadoras dos filhos, além de responsáveis pelo trabalho doméstico. Elas também podem ter outros filhos – e querer ter outros – mesmo sem uma deficiência atrelada, também possuem demandas de cuidados. Esse aspecto remete ao debate contemporâneo sobre como incorporar demandas e políticas específicas no contexto do caráter universal do sistema de saúde.

As orientações que são fornecidas para profissionais de saúde e população, assim como as políticas públicas, necessitam ser formuladas e dimensionadas de acordo com as características específicas da população mais diretamente afetada por elas, com coerência, possibilidade de aplicação e efetivas atribuições de responsabilidade. Sem uma real adequação ao contexto das pessoas atingidas, corre-se o risco de tornar as políticas públicas ineficazes.

A análise das recomendações, realizada nesse artigo, permitiu identificar

as fragilidades das políticas públicas, especialmente em relação ao processo de comunicação de riscos em contextos de incertezas, sendo urgente a necessidade de repensar as articulações e diálogo entre as pesquisas científicas, as políticas públicas, os setores de comunicação e a sociedade.

Referências

¹ Popper K. *Conjecturas e refutações*. 2ª Edição. Brasília: Universidade de Brasília; 1982.

² Friedman SM, Dunwoody S, Rogers CL. Introduction. In: Friedman, SM, Dunwoody, S, Rogers, CL, editores. *Communicatin uncertainty. media coverage of new and controversial science*. New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates; 1999.

³ Lerner, K, Gradella, PA. Mídia e pandemia: Os sentidos do medo na cobertura de Influenza H1N1 nos jornais cariocas. *Revista Eco-Pós*, 2000 ; v. 14, n. 2, p. 33-54.

⁴ Funtowicz S, Ravetz J. Post-normal science and extended peer communities in the face of environmental challenges. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* 1997; 4(2):219-230.

⁵ Dick GWA, Kitchen SF, Haddow AJ. Zika virus. I. Isolations and serological specificity. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1952;46:509–520

⁶ Feldmann Heinz. (2018) Virus in Semen and the Risk of Sexual Transmission. *N Engl J Med* **378**:15, 1440-1441.

⁷ Mead PS, Duggal NK, Hook SA, Delorey M, Fischer M, McGuire DO, et al. Zika Virus Shedding in Semen of Symptomatic infected men. *N Engl J Med* 2018; 378:1377-1385

⁸ Freitas PSS, Bussinger ECA, Lacerda LCX, Soares GB, Maciel ELN. O surto de Zika vírus: produção científica após Declaração de Emergência Nacional em Saúde Pública. *Arch Health Invest*, 2018 7(1):12-16.

⁹ Diniz D. Vírus Zika e mulheres. *Cad Saude Pública* 2016; 32(5).

¹⁰ Galli B, Deslandes S. Threats of retrocession in sexual and reproductive health policies in Brazil during the Zika epidemic. *Cad Saude Pública* 2016; 32(4).

¹¹ Ventura M, Camargo TMCR. Direitos reprodutivos e o aborto: as mulheres na epidemia de Zika. *Rev Direito & Práxis* 2016; 7(3):622-651.

¹² Löwy I. Zika and Microcephaly: can we learn from history? *Physis* 2016; (26)1:11-21.

¹³ Aiken ARA, Gomperts R, Trussell J, Worrell M, Aiken CE. Requests for abortion in Latin America related to concern about Zika virus exposure. *N Engl J Med* 2016; 375(4):396-398.

¹⁴ Toppenberg-Pekcic D, Noyes J, Allen T, Alexander N, Vanderford M, Gamhewage G. Emergency risk communication: Lessons learned from a rapid review of recent gray literature on Ebola, Zika, and Yellow Fever. *Health Communication* 2018;

¹⁵ Ribeiro B, Hartley S, Nerlich B, Jaspal R. Media coverage of the Zika crisis in Brazil: The construction of a ‘war’ frame that masked social and gender inequalities. *Social Science & Medicine*, 2018; 200: 137-144.

¹⁶ Pohlmann M, Bär S, Valarini E. The analysis of collective mindsets: introducing a new method of institutional analysis in comparative research. *Rev Sociol Polit* 2014; v. 22, n. 52, p. 07-25.

¹⁷ Ministério da Saúde (MS). *Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional*. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

¹⁸ Baum P, Fiastro A, Kunselman S, Vega C, Ricardo C, Galli B; Nascimento M. Garantindo uma resposta do setor de saúde com foco nos direitos das mulheres afetadas pelo vírus Zika. *Cad Saúde Pública* 2016; 32(5).

¹⁹ Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia*. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

²⁰ Ministério da Saúde (MS). *Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher 1996 e 2006*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

²¹ Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC)*. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

²² Linden, Vanessa van der *et al*. Description of 13 infants Born during october 2015- january 2016 with congenital zika vírus infection without microcephaly at birth – Brazil. *MMWR Morb. Mort. Wkly. Rep.* 2016; 65:1343-1348.

²³ Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia*. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

²⁴ Combate Aedes. *Atenção à saúde*. 2016 jan 25. [Internet]. [acessado 2017 jun 10]. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/profissional-e-gestor/orientacoes/139-protocolo-de-atencao-a-saude>

²⁵ Combate Aedes. *Cuidados com o recém-nascido*. 2016 jan 13. [Internet]. [acessado 2017 jun 10]. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/recomendacoes-as-gestantes/cuidados-com-o-recem-nascido>

²⁶ Combate Aedes. *Recém-nascidos com microcefalia*. 2016 jan 13. [Internet]. [acessado 2017 jun 10]. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/gestantes/123-recem-nascidos-com-microcefalia>

- ²⁷ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estatísticas de gênero: uma análise dos resultados do censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
- ²⁸ Combate Aedes. *Dengue, Chikungunya e Zika*. [Internet]. [acessado 2017 jun 10]. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/tira-duvidas>
- ²⁹ Combate Aedes. Uso de repelentes ambientais e inseticidas. 2016 jan 13. [Internet]. [acessado 2017 jun 10]. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/gestantes/121-uso-de-repelentes>
- ³⁰ Combate Aedes. *Recomendações para as gestantes*. 2016 jan 13. [Internet]. [acessado 2017 jun 10]. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/recomendacoes-as-gestantes/cuidados-na-gestacao>
- ³¹ Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). *Conheça o comportamento do mosquito Aedes aegypti*. 2008 dez 12. [Internet]. [acessado 2017 jun 10]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=571&sid=32>
- ³² Ministério da Saúde (MS). *Vírus Zika: informações ao público*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [Internet]. [acessado 2017 jun 10]. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/images/conteudo/cartilha-informacoes-ao-publico.pdf>
- ³³ Combate Aedes. *Confira como organizar um mutirão de combate ao Aedes aegypti*. 2016 fev 4. [Internet]. [acessado 2017 jun 10]. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/prevencao-e-combate/como-organizar-um-mutirao>
- ³⁴ Combate Aedes. *Recomendações gerais*. 2016 fev 19. [Internet]. [acessado 2017 jun 10]. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/recomendacoes-para-viajantes>

APÊNDICE 2.

Artigo

Título: A produção do conhecimento e da notícia: o caso das recomendações de prevenção do vírus Zika.

Introdução

Este artigo aborda as representações sociais contidas nas recomendações de conduta para a população, veiculadas pelo jornal Folha de São Paulo a respeito do vírus Zika. Essas recomendações foram emitidas em um período de incertezas científicas, pois o vírus, apesar de ter sido descoberto em 1947, só despertou curiosidade ao ser considerado o causador de microcefalia – e outros problemas- em bebês nascidos no nordeste do Brasil.

Qual é o ponto divisório que demarca o início da transformação de uma doença em um discurso científico e político? Quais os fatores que selecionam (e por quem?) certas doenças como problema de saúde pública? Doenças são inerentes à vida e discursos sobre elas emergem sob diversas formas baseados em categorias como sinais, sintomas e causas. O que nos interessa aqui não é tratar da vivência subjetiva da doença, ou seja, como o paciente a experiência, mas sim como ela é construída como um discurso hegemônico respaldado pelo conhecimento científico e cuja aplicação ou tomada de decisão prática (em termos de terapêutica ou prevenção) retroalimenta a formação discursiva dos agentes científicos e dos executores de serviços e políticas de saúde pública. Ou seja, apesar de muitas possibilidades discursivas, o que é escolhido como relevante regula o que há para ser falado. Canguilhem dizia que

A doença está na origem da atenção especulativa que a vida dedica à vida, por intermédio do homem. Se a saúde é a vida no silêncio dos

órgãos, não há propriamente ciência da saúde. A saúde é a inocência orgânica. E deve ser perdida, como toda inocência, para que o conhecimento seja possível. Segundo Aristóteles, qualquer ciência procede do espanto. Essa afirmação se aplica também à fisiologia. Porém, o espanto verdadeiramente vital é a angústia suscitada pela doença. (1)

A emergência de um novo vírus (novo ao menos no imaginário coletivo) produz representações sociais. Concepções científicas são incorporadas no imaginário social e cientistas necessitam da experiência do doente e das observações sobre condições do ambiente no qual circulam os vírus para formular suas hipóteses e teorias. Inicialmente esse processo, permeado por incertezas, é disseminado pelos meios de comunicação no qual, na maioria dos casos, gera mais incertezas e discursos ambivalentes.

Mas somente a descoberta de um novo vírus não é suficiente para que se criem importantes representações a seu respeito. É necessário que este vírus tenha a capacidade de ser transmitido para humanos. E, além dessa competência, que tenha a possibilidade real de ultrapassar fronteiras e contaminar humanos de vários países. Portanto, que se perceba como “risco” a sua existência. A possibilidade de transmissão é produtiva: criam-se prescrições, leis, demandas, além de direitos e deveres. Surge também a necessidade de se produzir respostas, conhecimentos e estratégias, tanto de contenção da propagação quanto tratamentos eficazes. E em meio a todas essas incertezas e necessidades (permeadas por incertezas), surgem também as formulações discursivas.

Discursos produzidos sobre uma doença trazem à tona como consequência (embora nem sempre intencionada) atitudes preconceituosas, negando ou rejeitando o outro que tem o potencial de portador e disseminador da doença que se teme. Como explicita Latour (2) “entendemos por fato um

‘enunciado’ que não está mais acompanhado por qualquer outro enunciado que modifique sua natureza”. Enquanto o processo de construção de um discurso não se encontra em nível suficiente para que a ciência o torne *fato*, o desconhecimento é fonte de *angústia* e temor.

A doença que será analisada nesse artigo é causada por um vírus chamado Zika, transmitido pelo mosquito *Aedes aegypti*, transmissor de outras doenças como dengue, febre amarela, chikungunya. Não se trata de um vírus novo, sua existência foi descoberta em 1947, numa floresta em Uganda (3). Cresceu em importância ao ser relacionado aos casos de microcefalia em bebês nascidos no nordeste brasileiro em 2015. Foi considerada Emergência Nacional e Internacional de saúde pública, posteriormente sendo rebaixada por não ser mais uma situação emergencial. É interessante ressaltar que o Brasil esteve numa posição de grande relevância pelas contribuições científicas a respeito desse vírus e não apenas como país assolado por ele.

Concomitantemente ao surgimento do vírus no Brasil, há a resignificação de diversos aspectos da vida cotidiana e, com isso, novos discursos são elaborados a fim de dar conta dos acontecimentos. Esse surgimento ocorre em diversas esferas: vida cotidiana e seu imaginário coletivo, na comunidade científica, política e nas comunicações de massa.

Nesse ponto inicial, o do (re)surgimento do vírus, a medicina – que cresceu no decurso dos anos em importância e relevância no saber sobre os corpos- com seu poder simbólico, é cobrada para que seja rápida, quase imediata a produção de conhecimento e elaboração de respostas – e também de novas perguntas – que sejam capazes de atuar com eficácia no combate à epidemia.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, de análise teórica e documental. Para analisar o material coletado, utilizamos a proposta de Pohlmann (2014) (4) sobre a metodologia de análise chamada “Collective Mindsets Analysis” (CMA). O objetivo da metodologia é reconstruir a percepção cultural coletivamente reconhecida, o inventário de conhecimento e as regras normativas subjacentes ao material analisado. Os passos foram: seleção; abstração (da lógica e de estrutura normativa nos argumentos eliminando o que não é necessário para entender as categorias); abstração da ordem (lógica e ordem normativa dos argumentos e identificação destes); comparação; identificação de regras de interpretação; contextualização (sob quais condições sociais foram produzidas); explanação (explicar como essas regras são produzidas no contexto social analisado e quais suas consequências).

Realizar a análise por meio desse método não é uma forma de limitar a análise a um estado estático da realidade social, mas sim viabilizar o estudo dos múltiplos padrões que se expressam nas realidades, sejam eles complementares ou conflitantes.

As notícias de jornal foram selecionadas pelo período de 01 de janeiro de 2015 até 11 de maio de 2017. A escolha do período foi feita baseada no período de maior quantidade de notícias, com a delimitação do decreto de fim de Emergência Nacional de Saúde Pública, decretado pelo Ministério da Saúde Brasileiro.

Utilizamos o termo “zika” na chave de busca e optamos por não usar outros termos para podermos fazer uma exploração mais atenta das notícias

com recomendações. As notícias selecionadas para análise foram as que continham algum tipo de recomendação.

Os critérios de exclusão das notícias foram: notícias nas quais o conteúdo fosse sobre outro tema que não o zika em 50% ou mais da notícia; notícias sobre outras doenças; não ter recomendações de nenhum tipo; notícias em língua estrangeira; infográficos e vídeos.

Nesse período foram emitidas 1677 notícias, as quais foram lidas e selecionadas para este trabalho um total de 144 notícias com algum tipo de recomendação. Posteriormente foram categorizadas em cinco diferentes tipos: Conduta reprodutiva (T = 49); Medidas de proteção individual (T = 70); Controle vetorial (T = 20); Orientações para turistas (T = 62); Orientações sobre pré-natal e puericultura (T = 7). O valor total de recomendação extrapola a quantidade de notícias pela possibilidade de existir mais de uma recomendação por notícia.

Sem eliminar as notícias que não continham recomendação, fizemos uma breve seleção dos termos utilizados para descrever o vírus Zika. Ainda que não seja a intenção do artigo analisar profundamente o conteúdo desses termos, os utilizamos ao longo do texto.

O que pretendemos analisar não é se as recomendações feitas são efetivas ou corretas, mas sim o que representam e a quem são destinadas, o que pode ser inferido a partir delas. Ou seja, como essas representações criam sentidos que podem ser manifestados em ações?

- A construção da doença como algo temeroso

Analisamos os termos usados para descrever o vírus Zika nas notícias. De fevereiro de 2015 (primeira notícia) até novembro, tivemos termos como “doença misteriosa”, “dengue atípica”, “primo manso da dengue”, “dengue light”, “nova prima da dengue”. Esses termos escolhidos evidenciam que o novo vírus não tem ainda uma posição própria no desenvolver das notícias, sendo sempre comparado ao vírus da dengue. A partir de novembro surgem as notícias sugerindo a correlação do vírus Zika aos crescentes casos de microcefalia no nordeste, o que provoca uma mudança nos termos utilizados: começam a surgir descrições que ressaltam periculosidade: “surto sem precedentes”, “principal suspeita” (de causar microcefalia), “o mais perigoso dos vírus transmitidos pelo *Aedes aegypti*”. Em dezembro aparecem notícias com termos como “vírus diabólico”, “grande problema”, “pesadelo das gestantes brasileiras” e sua comparação com o vírus da dengue passa a ser utilizada para dizer como as reportagens o analisaram no passado. A forma como o mosquito transmissor é descrita também muda, de “mosquito da dengue” passa a ser “mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya” e também “mosquito do medo”.

Neste momento, percebemos que o vírus Zika alcança um patamar próprio, no qual é importante o suficiente para não ser descrito em razão de outro vírus. Surgem metáforas bélicas como “coquetel explosivo”, “combate ao vírus”, “guerra contra o zika”, “ou o Brasil acaba com ele, ou ele acaba com o Brasil”, “erradicação dos criadouros”.

Temos emprestados da epidemiologia são unidos aos já citados, como “tríplice epidemia”, “surto”, “epidemia de pânico”, “emergência dramática da

microcefalia”, “contágio”, “emergência sanitária”, “pandemia”, “risco”, “transmissão”.

Sua importância internacional aumenta, sendo considerado “escândalo global”, “temor internacional”, “ameaça grave e urgente”, “vírus do mal”, “medo da zika”. A queda dos casos em 2017, junto aos casos de febre amarela surgidos no período fizeram com que o zika se tornasse mais um dos vírus transmitidos pelo mosquito *Aedes aegypti*, diminuindo assim as terminologias ameaçadoras.

Percebemos que há uma elaboração de realidade que vai sendo construída pouco a pouco, inicialmente como comparação com uma doença já longamente conhecida pela população, o vírus passa a ser visto por si, uma doença que vai se desenvolvendo em tempo real tanto na dimensão científica, quanto no imaginário popular através dos relatos de casos e opiniões que são transmitidas pelos jornais e outras mídias. Com o aumento do conhecimento sobre o vírus e a consequente delimitação de sua capacidade de se difundir, há também a diminuição do reconhecimento de sua importância.

O tempo das descobertas científicas – e suas respostas às perguntas formuladas ou ainda não formuladas divergem do tempo de reação da população. Esta demanda resposta, elaboração de perguntas e prescrição de condutas.

Berlinguer (5) recupera Donald Warnick ao falar que as éticas populacionais:

Possuem dois fundamentos: os princípios morais e a informação efetiva. Ele sublinha a importância de dizer a verdade e de mostrar a verdade, o que significa ‘informar cuidadosamente

sobre as políticas populacionais, evitar as mentiras, representações falsas e distorções, assim como omissões sobre o seu conteúdo, aplicações e consequências’.

Devemos reconhecer a dificuldade de se atuar de forma a dar prescrições à população quando são sobre um assunto ainda pouco estudado. As comparações com o dengue foram uma suposição lógica, já que os vírus eram do mesmo gênero. A comprovação de que o mosquito *Aedes aegypti* era também transmissor do vírus Zika só surgiu em 2017. Ainda há muito o que ser descoberto em termos de evidências científicas pois são muitas as perguntas a serem respondidas. Entretanto, quando estamos falando de recomendações para população, qual o nível de evidência é necessário existir para que se faça algum tipo de prescrição? Não é possível esperar até que uma doença esteja plena e completamente estudada antes de se atender às demandas da população.

Public health decision-making always has involved acting on evidence below the level of “Proof” or “certainty”. Public health decisions, in other words, are similar to other real life endeavors where practical needs require decisions based on imperfect and uncertain evidence. The challenge is to find the level of evidence that provides an appropriate balance between what we know and our desire to act to benefit others (6).

Não há, ao menos para o efeito dessa pesquisa, a possibilidade de analisar qual o nível de evidência é necessário para que recomendações mais efetivas sejam feitas.

- As recomendações contidas nas notícias

Inicialmente iremos analisar as recomendações que versam sobre medidas de conduta sexual e reprodutiva. Essas notícias correspondem a um total de 49, separadas em quatro grandes categorias: recomendações sobre adiar a gravidez; planejamento da gravidez; conduta sexual de mulheres grávidas e conduta sexual da população em geral. A escolha da separação das categorias “adiar a gravidez” e “planejar a gravidez” deu-se pela especificidade das recomendações como a própria categoria já demonstra. Ressaltamos que uma mesma notícia pode ter diversos tipos de recomendação, portanto pode haver um número maior de recomendações.

-Adiar a gravidez

As recomendações de “adiar a gravidez” apareceram 28 vezes. Destas, 16 foram emitidas por médicos, especialistas ou pesquisadores; 2 foram feitas por um órgão governamental brasileiro; 10 por órgão governamental estrangeiro (El Salvador, Reino Unido, EUA e OMS [esta última corresponde a 3 recomendações, os anteriores uma recomendação cada]). 18 recomendações não especificavam por quanto tempo deveria ser adiada a gestação; El Salvador recomenda adiar por até 2 anos; Colômbia recomenda adiar por 6 a 8 meses; órgão governamental dos EUA recomenda o adiamento por 8 semanas e por 6 meses. A OMS recomenda o adiamento por 6 meses. Duas notícias recomendam “anticoncepção efetiva” e “acesso a contracepção de emergência.

Essas recomendações se destinam a mulheres brasileiras (nas recomendações feitas por médicos, pesquisadores, especialistas e por órgão governamental brasileiro) e mulheres dos países de origem da recomendação (exceto EUA que também recomenda a homens com sintomas de zika). A OMS recomenda o adiamento da gravidez por 6 meses para mulheres que

possam ter tido contato com zika, homens americanos com sintomas de zika e pessoas em áreas com zika.

Ressaltamos que não há indicação de como essas recomendações possam ser colocadas em prática, nem em qual evidência foram baseadas. O tempo da demanda por diretrizes de conduta (feitas por tomadores de decisão em saúde, ou seja aqueles que estão vinculados à formulação e implementação de políticas de saúde pública), é sempre imediato, pois é o tempo de quem está no presente da situação-doença: não há como esperar pela ciência.

O limite do saber científico sobre a doença é desconhecido, entretanto, o desconhecimento é escancarado pela divulgação dos casos da doença. Ainda assim, o desconhecimento é disfarçado, pois há pouca transparência para reconhecê-lo: usa-se o argumento da “precaução” e da comparação com outros vírus para recomendar condutas, sem a assunção do que se desconhece.

- Planejamento da gravidez

As recomendações sobre “planejamento da gravidez” (T= 13) foram feitas pelo Ministério da Saúde brasileiro (T= 7); outro órgão governamental brasileiro (T=3); médicos, pesquisadores, especialistas (T=2); órgão governamental dos EUA (T=1). Esta última dirigia-se a mulheres americanas com sintomas de zika, todas as outras recomendações foram para mulheres brasileiras. Todas foram realizadas no período entre novembro de 2015 e outubro de 2016.

As recomendações foram: “conversar com médicos e familiares”; “pensar duas vezes”; “procurem médico com antecedência”; “fazer escolha

consciente”; “continuem engravidando”; “acompanhar desde cedo” (a gravidez); receber esclarecimentos sobre os casos de microcefalia pelas equipes de saúde; “mulheres grávidas ou que desejem engravidar devem se consultar com seu médico caso o seu parceiro tenha sido exposto ao vírus zika”; “engravidar” (pois a situação epidêmica deve se estender). Todas se relacionam a possibilidade de engravidar.

As recomendações acima seriam plenamente válidas se a doença já tivesse sido investigada a ponto de existirem condutas, tratamentos e prescrições já padronizadas pela sua eficiência. Entretanto, por não haver conhecimento científico suficiente – e nem tempo para que os médicos se interessem do que foi produzido -, esse tipo de recomendação se mostra irrealista. É uma forma de compartilhamento de responsabilidade com quem não tem ainda a possibilidade de ser coadjuvante nessa responsabilidade. O que está ao alcance dos médicos para aconselhar as mulheres e homens que os procuram? Comparações com outros vírus transmitidos por mosquitos ou a simples recomendação de não engravidar. Não temos nesse momento como verificar através de pesquisa qual eram as recomendações fornecidas por médicos naquela época, mas não é preciso grande esforço para imaginar que, embasados na tentativa de prevenir uma doença que atinge fetos, recomende-se que a gravidez seja evitada. Portanto, o Estado se omite em fornecer recomendações que afetam de forma individual e demográfica a população, mas sustenta-se na inferência lógica de que farão isso.

Os profissionais escolhidos para terem sua voz amplificada pelo jornal não necessariamente fornecem recomendações baseadas em descobertas científicas, entretanto, são profissionais com legitimidade suficiente para

produzir sentidos que são, assim como o que é produzido pela ciência, considerados verdade.

Apesar do poder simbólico e capital social que médicos possuem, não podemos deixar de ponderar sobre a carga de incertezas com as quais estes profissionais lidam. Renée C. Fox (7) caracteriza a existência de três tipos básicos de incertezas enfrentadas pelos médicos: a impossibilidade de ter todo o conhecimento médico; as originadas nas lacunas do conhecimento médico e sua compreensão e ignorância pessoal, inépcia e incapacidades.

Ao pensar sobre o zika nesse contexto médico de poder e incertezas, alguns limites devem ser elucidados: neste artigo não pretendemos analisar (e não seria possível) como os médicos (sejam os entrevistados pelos jornalistas, pesquisadores ou clínicos que lidaram com o vírus) reagiram. Entretanto, podemos reconhecer que há um forte potencial de sobrecarga nesses profissionais envolvidos, pois são chamados (seja por órgãos governamentais, mídia ou pacientes) para fazer recomendações sobre um assunto no qual não há ainda informações suficientes. Quando um órgão governamental de saúde recomenda que a mulher converse com o médico que a atende sobre a possibilidade de engravidar em tempos de zika (àquela época, um tempo mais de desconhecimento sobre a doença do que o atual), exime-se de se posicionar sobre o que tem competência e embasamento para recomendar, mesmo que efetivamente não se possa embasar em nenhuma pesquisa. Esclarecer a verdade e os limites existentes é diferente de não ter uma posição. Se a realidade é de desconhecimento, é preciso que este seja admitido e clarificado, que cada recomendação feita esteja acompanhada de suas motivações.

- Recomendações de conduta sexual para mulheres grávidas

As recomendações sobre conduta sexual para as gestantes foram um total de 12 recomendações que versam sobre dois pontos: o uso de camisinha e abstinência durante a gestação. Essas recomendações em sua maioria foram emitidas por órgãos governamentais (americanos e OMS) no total de 8 das recomendações. São focadas na população americana, população situada em área com zika, população que viajou para as olimpíadas. As outras recomendações partiram de médicos, pesquisadores e especialistas entrevistados (3 recomendações, todas para mulheres brasileiras) e uma foi emitida por um jornalista entrevistado e direcionada para o público dos Estados Unidos.

- Conduta sexual para a população

As recomendações sobre conduta sexual para a população em geral são: usar métodos contraceptivos, usar preservativos e abstinência sexual. Do total de 14 recomendações, 10 são direcionadas a turistas (Reino Unido, China e EUA). Discussões sobre saúde sexual e reprodutiva foram discutidas em outro artigo pelas autoras.

Para analisarmos as recomendações sobre conduta sexual e reprodutiva, Lupton (8) analisa como o corpo é influenciado pelo discurso médico:

[...]the discourses of scientific medicine are very dominant in contemporary understanding of, and practices related to, the body, health, illness, and disease. The result of this dominance is that the ways in which individuals in Western societies tend to think about health, illness, health care and their own bodies is very much influenced by the discourses and practices of scientific medicine. Medical knowledge, however, is just as subject to change and variation as are other systems of knowledge, including lay knowledge (8).

Esse corpo de limites contidos é um corpo valorizado, pois este autocuidado é uma forma reguladora. Prescrições que reforçam esse tipo de ‘cuidado de si’ abrem a possibilidade de, caso a autorregulação não seja ideal, o devir resultado –gravidez e contaminação pelo Zika- será moralmente cobrado do portador do corpo, no caso, a mulher doente.

O vírus Zika é pernicioso por amplos motivos: quem está infectado pode não ter sintomas, a convivência com mosquitos é generalizada, a doença é leve em seus sintomas, exceto se a mulher estiver grávida, pois o feto é quem sofrerá maior dano. Por este motivo é o corpo feminino ainda mais regulado e moralizado, pois sua falta de regulação – dupla, pois engravidar é algo positivado dependendo da classe e se foi contaminada é por não ter colocado em prática medidas tão simples como “não ser picada”-, coloca em risco o nascituro. Ainda que expostas ao risco – de forma desigual pela sua condição social-, apenas as mulheres que não tem dinheiro para recorrer a um aborto seguro irão ter filhos com deficiências atreladas ao vírus Zika. E entre as que desejarem manter a gestação, mesmo entre os deficientes haverá diferenciações, pois o acesso a tratamentos e acompanhamentos de equipes multidisciplinares é também desigual.

- Recomendações sobre Medidas de proteção individual

Separamos as recomendações de medidas de proteção individual em quatro tipos: medidas que falem sobre a Relação com o próprio corpo (T = 56); Relação com o ambiente (T = 28); Relações sociais (T = 6) e Conduta médica (T = 10).

As recomendações sobre medidas com relação ao próprio corpo são subdivididas em dois tipos: Usar repelente e uso de determinadas roupas. São dirigidas predominantemente para a população brasileira (T = 32) seguida de turistas (T = 24). As roupas recomendadas são roupas de manga longa, calças, meias. Alguns momentos especificam a cor da roupa (clara ou escura). Sobre o uso de repelente, há muitas informações conflitantes, outras são alarmantes e até mesmo contraditórias: Há quem recomende o uso a cada duas horas. Quatro horas. Seis horas. Que use repelente infantil, pois é “menos agressivo”. Que o repelente seja usado apenas duas vezes ao dia, mas que não se durma com ele na pele. Também dizem o produto é tóxico, portanto deve ser pouco usado. Caso dê alguma reação, que parem de usar. Também há a recomendação de que se passe na menor área possível do corpo, enquanto em outra notícia há a recomendação de borrifar até por cima do cabelo e roupas. Em outro artigo discutimos sobre a questão do uso do repelente. É evidente a quantidade e o conteúdo das divergências das recomendações, embora essa divergência seja percebida, provavelmente apenas por nós, devido ao foco na procura das notícias com o descritor “zika”; para leitores do jornal analisado, talvez algumas dessas incongruências passem despercebidas. As notícias de modo geral são repetitivas, acrescentam pouca informação, no entanto são disponibilizadas em grande volume, o que pulveriza as informações e faz com que uma análise crítica das contradições e equívocos seja mais difícil para quem lê o jornal sem os olhos de pesquisador.

As medidas de proteção em relação ao ambiente são aquelas que alteram o ambiente doméstico (com a colocação de telas nas janelas, uso de mosquiteiros, manter janelas fechadas, manter o ventilador ligado, ar condicionado ligado) e recomendações sobre quais lugares visitar (evitar

regiões endêmicas, evitar ambientes com mosquito, não viajar para zonas de risco, não visitar áreas empobrecidas e super populosas, não visitar locais sem saneamento básico). Ou seja, a maioria das primeiras recomendações é destinada para a população brasileira e a segunda para turistas, sejam os que viriam ao Brasil, ou brasileiros que viajariam para algumas áreas do Brasil.

Aqui vemos mais claramente a diferenciação no direcionamento do jornal: para quem fala? Sobre quem? Pensar a dispersão do mosquito *Aedes aegypti* no território brasileiro e saber que ele está presente na maioria das cidades não é suficiente para afirmar que a população tenha essa percepção. Entretanto, a comoção e o medo que o vírus Zika suscitou foram fortes o suficiente para reforçar a ideia de que ser contaminado é uma realidade possível. Mais pesquisas são necessárias para fazer esse tipo de análise, mas podemos levantar a hipótese de que, seguindo pelo raciocínio acima iniciado, se o jornal passa a fazer uma diferenciação na possibilidade de se contaminar – reforçada pelas recomendações que dizem para evitar áreas endêmicas-, quer dizer que algo acontece nas percepções veiculadas, afinal, a doença era uma possibilidade a ser temida, portanto, algo próximo, mas passa a ser possível ser evitada apenas com a ação de não frequentar certas regiões sem saneamento ou ligar o ar condicionado. Há aqui um tipo de incongruência, algo que escapa à lógica que estamos utilizando, o que nos leva a pensar sobre quem é essa pessoa que recebe a recomendação de não visitar áreas empobrecidas. Certamente não é uma recomendação para quem vive nessas áreas, sem saneamento, sem ar condicionado, sem a possibilidade de simplesmente fechar a janela para se isolar do problema. É como se existisse aqui uma forma de se delinear uma fronteira simbólica – mas também material – entre os grupos, apesar de sua coexistência. Parece haver um certo distanciamento entre aquelas

mulheres – aqui usaremos o feminino pois o principal medo é da infecção durante a gravidez- que temem pegar zika e quem o jornal diz o que fazer para que não exista risco. Talvez esse distanciamento tenha seu alicerce na ideia de que esse tipo de doença é apenas para pobres, o que não corresponde plenamente à realidade, ainda que, em magnitude, atinja mais essa população. Se essa ideia estivesse de fato enraizada na população consumidora do jornal e de tantos meios de comunicação, a comoção e o temor causados pela doença teriam sido menores do que foram, pois a capacidade de alastramento seria considerada menor. Mas não foi o que ocorreu. Outra possibilidade a ser questionada está na possível percepção de que os mosquitos com os quais se convive (considerando a onipresença destes) não sejam portadores do vírus. Essa seria uma explicação para o reconhecimento da presença dos mosquitos nos ambientes em que as pessoas circulam, mas que os mosquitos “temíveis” sejam os de outro lugar. Como se houvesse uma compreensão “multiespécie”, permitindo também uma vida social e política dos mosquitos e vírus circulantes. Esse reconhecimento de existência participaria na regulação de políticas públicas e conseqüentemente no controle dos corpos dos humanos que são influenciados pelas políticas formuladas. Mosquitos “temíveis” – por serem contaminados-, mosquitos “seguros” – os da convivência; humanos a serem evitados e humanos que são o público do jornal.

Neste ponto da pesquisa, recorreremos às datas das notícias veiculadas e uma outra hipótese pode ser enunciada: no início, nas primeiras notícias com essas recomendações (2015 até o início de 2016), o “outro” era a região Nordeste, portadora dos mosquitos infectados. Em um pequeno avanço do tempo o “outro” fica mais próximo (do local do jornal) e passa a ser o Rio de Janeiro, por causa das Olimpíadas que foram realizadas no inverno de 2016.

Duas alterações podem ter acontecido: inicialmente o “outro” era o Nordeste e o jornal se dirigia para o público paulista; a outra alteração ocorrida foi cronologicamente depois da primeira descrita, especificando que o “outro” era o Brasil como um todo, especialmente o Rio de Janeiro por ser o foco da maioria dos viajantes e o jornal está dando recomendações para os turistas que virão ao Brasil. O que leva um jornal paulista escrito em português a veicular notícias com o foco em recomendações de conduta para estrangeiros? Uma possibilidade é que o jornal simplesmente traduza notícias veiculadas em jornais estrangeiros. Ainda assim, parece existir um descompasso entre quem consome a notícia, quem é beneficiado por informações e quem o jornal pretende informar. Herzlich (9) em seu artigo sobre a construção da Aids como notícia nos jornais diz algo que parece ser apropriado aqui: “Simultaneamente, no entanto, as diversas denominações de grupos, pessoas ou populações ‘de risco’ significam que os indivíduos não são iguais diante da doença”. Portanto, não é apenas uma questão de riscos realizáveis e de como evitá-los, mas também de representação da distinção entre quem está sob risco e quem não está.

- Recomendações sobre relações sociais

As notícias que falam sobre relações sociais são apenas seis. Inicialmente recomendam que se evitem pessoas que talvez possam ter sido contaminadas com zika. Essas recomendações logo deixam de ser realizadas, entretanto, com novas descobertas científicas, como por exemplo, que o vírus foi encontrado em saliva, o jornal passa a veicular recomendações que dizem para que a população não compartilhe talheres e copos e também não beijem

pessoas que possam estar infectadas. Recomenda-se também que a população (principalmente gestantes) não circule em locais com aglomerações de pessoas. O simples reconhecimento da existência do vírus na saliva foi o suficiente para que recomendações acima descritas fossem emitidas. Não havia a comprovação de transmissão para que se justificasse a orientação fornecida. Portanto, é necessário que pesquisas sejam realizadas para analisar como são feitas as elaborações de prescrição de conduta com base em dados de pesquisas não ainda corroborados, ou seja, em contextos de incertezas e quais as consequências, no âmbito da percepção pública, da divulgação desses dados.

- Recomendações de conduta médica

As recomendações de conduta médica são simples: não usar remédios sem orientação médica; procurar assistência médica antes de viajar para áreas com zika e procurar assistência médica ao voltar de áreas com zika. Em um primeiro ponto devemos questionar a real efetividade desse tipo de recomendação. Como já abordamos anteriormente, pouco havia para um médico recomendar, pois ainda não existia uma conduta recomendada baseada em evidências científicas. Outra questão está na “crença” de que as recomendações de comportamento são colocadas em prática pela população. O chamado “Modelo das crenças sobre a saúde” tem como ideal o alicerce de que comportamentos serão alterados se a população perceber uma ameaça para a saúde e que com essa mudança, o risco será reduzido.

Cada um desses fatores baseia-se em crenças subjacentes, de fato, sobre a aceitação das informações dadas pelo corpo médico: crença na realidade da ameaça e de suas consequências, crença na eficácia das medidas preventivas. [...] Tal modelo supõe

primeiramente que os indivíduos são perfeitamente racionais e que, para eles, evitar os riscos para a saúde constitui sempre o objetivo primordial. Além disso, ele não considera uma crença ou informação isoladamente sem se perguntar como ela se integra nos complexos conjuntos constituídos pelas representações. (10)

Essa concepção que percebe apenas a apreensão da informação de forma puramente racional e individual, isolada de seu contexto social, faz com que recomendações sobre conduta sexual abordadas anteriormente sejam emitidas. Pois se uma doença pode gerar danos ao feto, a resposta dentro dessa lógica diz que a mulher não deve fazer sexo ou se o fizer, que não engravide. Por essa lógica espera-se que o uso de contraceptivos seja de conhecimento e utilização ideal por toda a população, que os contraceptivos não falhem, que não exista sexo não consensual e que ao se recomendar abstinência, que a população realmente a faça.

Se se deseja compreender realmente como os saberes, representações e discursos fazem sentido para a ação, será conveniente sempre reportá-los às necessidades quotidianas da vida das pessoas de um lado e, de outro lado, às características de suas relações sociais (10).

Recomendações que desconsideram a possibilidade que as pessoas tem de colocá-las em prática ou de reconhecê-las como válidas são recomendações que servem apenas para que o emissor as emita, mas não tem validade na realidade das pessoas.

- Recomendações de controle vetorial

As recomendações de controle vetorial consistem em medidas como eliminar água parada, cobrar a vizinhança que tem água parada no quintal, inspecionar se há água parada no domicílio e trabalho. Há aqui a responsabilização do indivíduo pela coletividade em que está inserido. Esse aspecto foi melhor explorado em outro artigo.

- Recomendações para turistas

Anteriormente discutimos recomendações que, entre outros direcionamentos, também orientavam turistas. Na presente categoria temos dois tipos de recomendação: as que recomendam que se evite a viagem para áreas com transmissão de zika e as que recomendam que a pessoa não deixe de viajar por causa da doença. Do total de 47 recomendações, apenas 6 são para mulheres brasileiras (5 recomendam que evitem viajar para regiões endêmicas e uma que as mulheres brasileiras não deixem de viajar para Miami). As outras recomendações são emitidas por entidades estrangeiras para as pessoas de seus países viajarem ou não para áreas com Zika como o Brasil.

Não é esperado que um jornal colabore na elaboração de políticas públicas ao eleger suas recomendações, mas sim que contribua com um senso de coletividade ao falar do que é um problema social

“As políticas de saúde deveriam, portanto, estabelecer como objetivo não apenas o desenvolvimento de novas tecnologias médicas e a adoção, por parte dos indivíduos, de comportamentos saudáveis mas, de modo mais amplo, investir na consolidação dos vínculos sociais. Mesmo sendo difícil medir seus efeitos, as melhorias nos campos da proteção à infância e da educação, dos lugares de trabalho e do ambiente urbano

poderiam exercer um impacto benéfico sobre os estados de saúde da população(10)”.

Considerações finais

O avanço do conhecimento e o reconhecimento público da existência de um discurso menos controverso sobre uma doença tende a diminuir a angústia que ela provoca. Porém, a diminuição da angústia não é homogênea entre toda a população, pois como já foi falado anteriormente, a vivência subjetiva da doença e os mecanismos de resiliência são dependentes do contexto, da exposição e da percepção de risco. Seja no caso do vírus Zika ou de alguma outra doença, uma clara distinção entre quem estará sob risco e quem poderá fazer algo simples como ligar o “ar condicionado” e isolar-se do problema altera a percepção e o comportamento em relação ao risco. De fora, todo o contato com o Brasil é um risco em potencial. De dentro, fronteiras sociais separam o “outro” a quem se deve evitar. A diferença de relevância faz com que seja expressiva a quantidade de notícias voltadas para estrangeiros, com maior quantidade do que as notícias com recomendações para quem era de área que estava sendo fortemente afetada. O jornal fala para seu público leitor – ou seja, quem acessa, quem paga e assina- mas também tem um papel social importante na disseminação e tradução de informações que são de interesse público. O inesperado foi reconhecer que há maior foco em notícias para estrangeiros – que presume-se que não falem português- do que para quem é o “outro” que sofre.

Bibliografia

1. Canguilhem G. O normal e o patológico. 4th ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
2. Latour B, Woolgar S. A vida de laboratório: A produção dos fatos científicos Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1997.
3. Dick GWA, Kitchen SF, Haddow AJ. Zika virus. Isolations and serological specificity. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1952; p. 509-520.
4. Pohlmann M, Bär S, Valarini E. The analysis of collective mindsets: Introducing a new method of institutional analysis in Comparative Research. *Revista de Sociologia e Política.* 2014 dezembro.
5. Berlinguer G. Bioética Cotidiana. 1st ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2015.
6. Weed DL. Precaution, Prevention, and Public Health Ethics. *Journal of Medicine and Philosophy.* 2004; p. 313-332.
7. Fox RC. Medical Uncertainty Revisited. In Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC, editors. *The Handbook of social studies & medicine.* London: SAGE Publications Inc; 2000. p. 577.
8. Lupton D. The social Construction of Medicine and the body. In Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC. *Social Studies in Health & Medicine.* London: Sage Publications; 2000. p. 50 - 63.
9. Herzlich C, Pierret J. Uma doença no espaço público. A AIDS em seis jornais franceses. *PHYSIS.* 2005; 15.
10. Adam P, Herzlich C. *Sociologia da doença e da medicina* Bauru: EDUSC; 2001.

Referências

ANJOS, K; SANTOS, V; SOUZAS, R and EUGENIO, B. **Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos.** *Saúde debate.* 2013, vol.37, n.98], pp.504-515.

AGUIAR, Raquel; ARAÚJO, Inesita Soares. **A mídia em meio às ‘emergências’ do vírus Zika:** questões para o campo da comunicação e saúde. RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. 2016, jan.-mar.; 10(1)

BUGLIONI, Samantha; VENTURA, Miriam (orgs.) **Direito à Reprodução e à Sexualidade: Uma questão de ética e justiça.** Editora Lumen Juris. Rio de Janeiro, 2010.

CASTRO, Marcelo. **‘Nunca fizemos recomendação para a mulher não engravidar’.** O Estado de São Paulo. 29/02/2016.

Macfarlane Burnet and David O.White, **Natural History of infectious disease.** Cambridge University Press, 1972.

Diniz, D. **Zika vírus and women.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(5):e00046316, mai, 2016

Diniz, D; Marcelo Medeiros;Alberto Madeiro. **Pesquisa Nacional de Aborto 2016.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(2):653-660, 2017

DINIZ(b), D. **Zika: Do sertão nordestino à ameaça global.** Editora Civilização Brasileira. Rio de Janeiro, 2016.

DINIZ, D; BUGLIONE, Samantha. **Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas? Diferentes perspectivas do direito brasileiro.** Editora Letras Livres. Brasília, 2002.

Fathalla, M F. **Reproductive health: a global overview.** Early Human Development. Volume 29, Issues 1–3, June–July 1992

Rozenberg R, Silva KS, Bonan C, Ramos EG. **Práticas contraceptivas de adolescentes brasileiras: vulnerabilidade social em questão.** Ciênc Saúde Coletiva 2013; 8:3645-52.

IBGE. **Estatísticas de gênero: uma análise dos resultados do censo demográfico 2010.** IBGE. Rio de Janeiro, 2014.

COLLUCCI, Flávia. **“Após surto de microcefalia, médicos desaconselham a engravidar agora”.**
<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/11/1708319-apos-surto-de-microcefalia-medicos-desaconselham-a-engravidar-agora.shtml> FOLHA DE SÃO PAULO, publicado em 19/11/2015. Acesso em 10/05/2017.

GELINSKI, Carmen Rosario Ortiz Gutierrez. **Proteção social em saúde para famílias vulneráveis com monoparentalidade feminina via estratégia saúde da família.** (Tese de doutorado e, Sociologia Política) Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

HERZLICH, C; PIERRET, J. **Uma doença no espaço público. A AIDS em seis jornais franceses.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):71-101, 2005.

Ministério da Saúde. **SVS monitora casos de doença exantemática no Nordeste.** Publicado em: 29 abr. 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/17524-svs-monitora-casos-de-doenca-exantematica-no-nordeste>. Acesso em: 19 de maio de 2017.

Ministério da Saúde (b). **Confirmação do Zika Vírus no Brasil.** Publicado em: 14 maio 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/17702-confirmacao-do-zika-virus-no-brasil>. Acesso em: 10 de maio de 2017.

Ministério da Saúde (b). **Ministério da Saúde confirma relação entre vírus Zika e microcefalia.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21014-ministerio-da-saude-confirma-relacao-entre-virus-zika-e-microcefalia>.

Ministério da Saúde (c). **Ministério da Saúde investiga aumento de casos de microcefalia em Pernambuco.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21014-ministerio-da-saude-confirma-relacao-entre-virus-zika-e-microcefalia>.

saude/20629-ministerio-da-saude-investiga-aumento-de-casos-de-microcefalia-em-pernambuco.

Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 1996 e 2006.** http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf (acessado em 25/ Abr/2017).

Ministério do Saúde. **Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional.** . Brasília, 2016a.

Ministério da Saúde. **Vírus Zika: Informações ao público.** Brasília, DF. 2016b.

Ministério da Saúde. **20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. **Diretrizes de Estimulação Precoce: Crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia.** Brasília, 2016b.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde.** Editora Fiocruz, 2006. Rio de Janeiro.

BAUM, et al. **Garantindo uma resposta do setor de saúde com foco nos direitos das mulheres afetadas pelo vírus Zika.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(5):e00064416, mai, 2016.

GALLI, Beatriz; DESLANDES, Suely. **Ameaças de retrocesso nas políticas de saúde**

sexual e reprodutiva no Brasil em tempos de epidemia de Zika. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(4):e00031116, abr, 2016.

GIFFIN, K., and COSTA, SH., orgs. **Questões da saúde reprodutiva** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

LERNER, K; SACRAMENTO, I. **Saúde e jornalismo: Interfaces contemporâneas.** Editora FIOCRUZ. 2015.

LINDEN, Vanessa van der *et al.* **Description of 13 infants Born during october 2015- january 2016 with congenital zika vírus infection without microcephaly at birth – Brazil.** MMWR Morb Mortal wkly Rep 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6547e2.htm> Acesso? 23/05/2017.

LINDNER, S R. **DIREITOS REPRODUTIVOS: entre o discurso e a prática na atenção à saúde da mulher com foco no Planejamento Familiar.** Dissertação de mestrado. 2005.

LUIZ, Olinda do Carmo. **Ciência e risco à saúde nos jornais diários.** Editora AnnaBlume. São Paulo, 2006.

NOBREGA, Vanessa Medeiros da *et al.* **Imposições e conflitos no cotidiano das famílias de crianças com doença crônica.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, p. 781-788, Dec. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

81452012000400020&lng=en&nrm=iso>. access on 12 July 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000400020>.

PORTAL BRASIL, Ministério da Saúde declara fim da emergência nacional para zika. Data de Publicação: 11/05/2017.

<http://www.brasil.gov.br/saude/2017/05/ministerio-da-saude-declara-fim-da-emergencia-nacional-para-zika> . Acesso em 19/05/2017.

Portal saúde: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/links-de-interesse/1225-zika/21861-neste-momento-qual-e-a-recomendacao-do-ministerio-da-saude-para-as-gestantes> Acesso em 20/04/2017.

Portal Saúde. **Prevenção e combate à dengue, Chikungunya e Zika e enfrentamento de casos de microcefalia.** Publicado em: 23/06/2015.
http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2128 .
Acesso em 09/05/2017.

Sistersong, 2006. **Reproductive Justice Briefing Book: A primer on reproductive justice and social change.** Acessado em: 20/04/2017.
<http://www.protectchoice.org/downloads/Reproductive%20Justice%20Briefing%20Book.pdf>

Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia.** http://combateades.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/04-04_pro_tocolo-SAS.pdf (acessado em 13/Abr/2016).

UNICEF. **Early Childhood Development: The key to a full and productive life.** Available at: <http://www.unicef.org/dprk/eecd.pdf> . Acesso em 11/05/2017.

Panamerican Health Organization. **Epidemiological Alert: Neurological syndrome, congenital malformations, and Zika virus infection. Implications for public health in the Americas.** Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=&gid=32405&language=en.

Pohlmann, Markus. Bär, Stefan. Valarini, Elizângela. **The analysis of collective mindsets: Introducing a New Method of Institutional Analysis in Comparative Research.** Rev. Sociol. Polit., v. 22, n. 52, p. 07-25, dez. 2014

Possas et al. **Zika puzzle in Brazil - A Review.** Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Vol. 112(5), May 2017

VENTURA, Deisy de Freitas Lima. **Do Ebola ao Zika: as emergências internacionais e a securitização da saúde global.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(4):e00033316, abr, 2016.

Ventura, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil.** São Paulo, 2002.

WASELFSZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil.** Brasil. 2015.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General summarizes the outcome of the Emergency Committee regarding clusters of microcephaly and Guillain-Barré syndrome.** Data de publicação: 01/02/2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/emergency-committee-zika-microcephaly/en/> . Acesso em 19/05/2017.

WHO (b), WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fifth meeting of the Emergency Committee under the International Health Regulations (2005) regarding microcephaly, other neurological disorders and Zika vírus.** Data de publicação: 18/11/2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/zika-fifth-ec/en/> . Acesso em 19/05/2017.

ZANLUCA, Camila et al . **First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil.** Mem. Inst. Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro , v. 110, n. 4, p. 569-572, June 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762015000400569&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Maio 2017.