



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Jurídicas e Políticas

Escola de Ciências Jurídicas

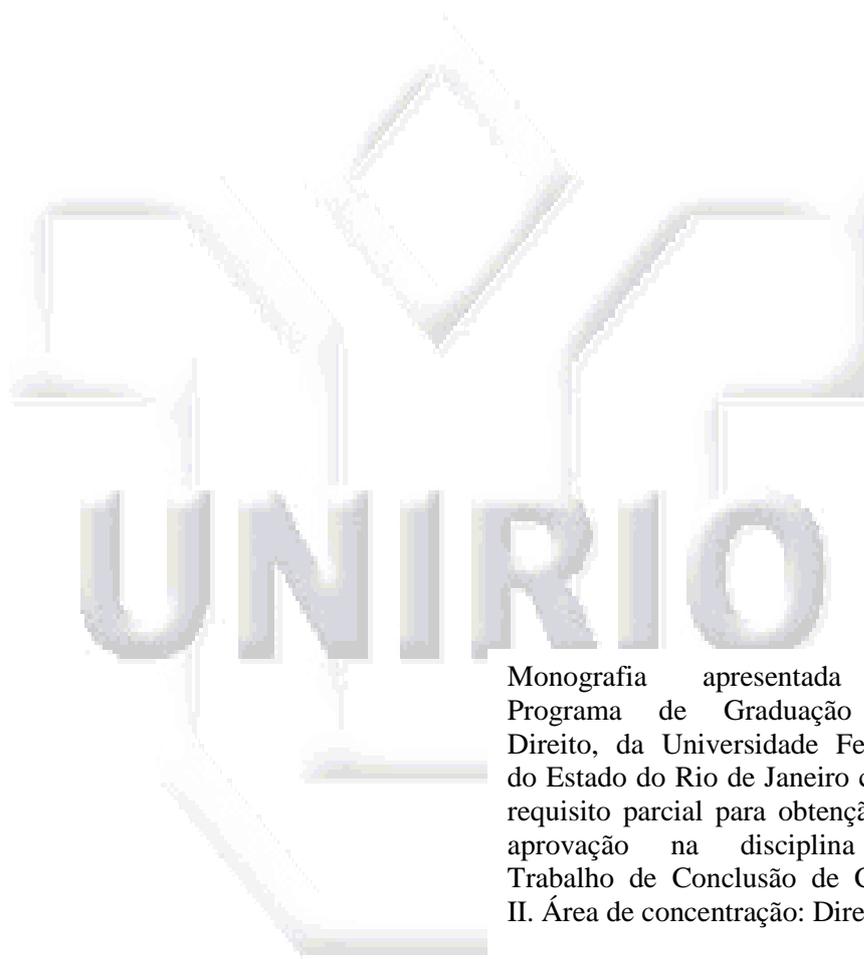
Nádia Regina da Silva Pinto

As políticas públicas de saúde na epidemia do Zika vírus: o aborto como direito sexual e reprodutivo da mulher ou direito à vida do nascituro com síndrome congênita neurológica?

Rio de Janeiro
2017

Nádia Regina da Silva Pinto

As políticas públicas de saúde na epidemia do Zika vírus: o aborto como direito sexual e reprodutivo da mulher ou direito à vida do nascituro com síndrome congênita neurológica?



Monografia apresentada ao Programa de Graduação em Direito, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção da aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II. Área de concentração: Direito.

Orientadora: Prof^ª. Ana Paula de Oliveira Sciammarella

Rio de Janeiro
2017

RESUMO

PINTO, Nádia Regina da Silva. **As políticas públicas de saúde na epidemia do Zika vírus: o aborto como direito sexual e reprodutivo da mulher ou direito à vida do nascituro com síndrome congênita neurológica?** Brasil. 2017. 46f. Monografia (Graduação em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Esta monografia trata das políticas públicas de saúde na epidemia brasileira do Zika vírus, com ênfase nas mulheres grávidas de fetos diagnosticados com microcefalia e naquelas com filhos nascidos com microcefalia ou outras síndromes congênitas neurológicas decorrentes do mesmo vírus, destacando-se o debate bioético-jurídico acerca do aborto e suas implicações nesse contexto. Uma realidade muitas vezes encoberta pela inércia ou omissão estatal agravada pela conjuntura de múltiplas dificuldades trazidas pelas graves sequelas genéticas neurológicas decorrentes do vírus da Zika num cenário heterogêneo de disparidades sociais e econômicas. Nesse contexto, o objetivo geral dessa pesquisa foi analisar a política pública de saúde voltada para a responsabilização estatal em relação às mulheres grávidas de fetos diagnosticados com microcefalia e àquelas com filhos nascidos com microcefalia decorrente do Zika vírus. Os objetivos específicos foram discutir o aborto como instrumento aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e sua oposição aos direitos humanos vitais dos nascituros diagnosticados com microcefalia e debater as responsabilidades do Estado para as famílias no enfrentamento da epidemia do Zika vírus em contraponto ao direito à escolha individual de cada mulher grávida, desdobrado tanto no direito legal ao aborto, quanto ao direito de levar a gravidez a termo adiante, ambos com apoio do Poder Público. Por conseguinte, essa pesquisa justificou-se pelo aprofundamento das discussões nacionais e internacionais a fim de possibilitar a maior participação do Poder Público na área de saúde pública que se alarmou diante de uma grave e sequelante epidemia viral, tornando reféns mulheres grávidas de fetos diagnosticados com microcefalia e crianças com síndromes neurológicas congênitas decorrentes do Zika vírus. A metodologia é qualitativa - descritiva. O cenário de estudo foi a plataforma de dados da internet e suas principais bases indexadas: rede SciELO e outras redes integradas. Os instrumentos de coleta de dados compreenderam a pesquisa assistemática dos principais *websites* de estudos e pesquisas. A análise dos dados foi documental e teve por base a literatura de clássicos da metodologia em Ciências Jurídicas, Biomédicas e Políticas. A epidemia do Zika vírus surgiu em 2015 com a falta de controle do mosquito *Aedes aegypti* transmissor de outras doenças como a dengue, febre amarela e a chikungunya. A discussão do aborto em meio a essa epidemia deu origem a um único Projeto de Lei nº 4.396/2016 destinado ao aumento da penalização quando o aborto for oriundo de microcefalia ou qualquer outra anomalia do feto em razão do Zika vírus. No contexto de debates favoráveis e contrários à legalização do aborto no caso de microcefalia diagnosticada na gravidez percebeu-se a restrita normatização e a parca execução de políticas públicas em longo prazo voltadas para as crianças nascidas com microcefalia e outras sequelas neurológicas, agravado pelo subfinanciamento do Sistema Único de Saúde em conjunto com as mazelas sociais crescentes da população no cenário da atual crise política e estagnação econômica brasileira.

Palavras-chave: Epidemia. Zika vírus. Políticas Públicas. Aborto. Judicialização.

ABSTRACT

PINTO, Nádia Regina da Silva. **Public health policies in the Zika virus epidemic: abortion as a woman's sexual and reproductive right or right to life of the unborn child with congenital neurological syndrome?** Brazil. 2017. 46f. Monograph (Graduation in Law) - Faculty of Law, Federal University of the State of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

This monograph deals with public health policies in the Brazilian Zika virus epidemic, with emphasis on women pregnant with fetuses diagnosed with microcephaly and those with children born with microcephaly or other neurological congenital syndromes arising from the same virus, especially the bioethical-legal debate about abortion and its context implications. A reality often covered by state inertia or omission aggravated by the conjuncture of multiple difficulties brought about by the severe neurological genetic sequelae resulting from the Zika virus in a heterogeneous scenario of social and economic disparities. In this context, the general objective of this research was to analyze the public health policy aimed at state accountability in relation to pregnant women of fetuses diagnosed with microcephaly and those with children born with microcephaly resulting from the Zika virus. The specific objectives were to discuss abortion as an instrument for women's sexual and reproductive rights and their opposition to the vital human rights of unborn children diagnosed with microcephaly, and to discuss the responsibilities of the State for families in coping with the Zika virus epidemic in counterpoint to the right to choose Individual of each pregnant woman, unfolded both in the legal right to abortion, and the right to bring the pregnancy forward, both with the support of the Government. Therefore, this research was justified by the deepening of the national and international discussions in order to allow the greater participation of the government in the area of public health that was alarmed by a serious and continuing viral epidemic, making pregnant women of fetuses diagnosed with microcephaly and children with congenital neurological syndromes resulting from the Zika virus. The methodology is qualitative - descriptive. The study scenario was the internet data platform and its main indexed databases: SciELO network and other integrated networks. The data collection instruments included the non-systematic research of the main research and study websites. The data analysis was documentary and was based on the classics literature of the methodology in Legal, Biomedical and Political Sciences. The Zika virus epidemic emerged in 2015 with the lack of control of the mosquito *Aedes aegypti* transmitting other diseases such as dengue fever, yellow fever and chikungunya. The discussion of abortion in the midst of this epidemic has given rise to a single Bill number. 4,396 / 2016 aimed at increasing penalization when the abortion comes from microcephaly or any other anomaly of the fetus because of the Zika virus. In the context of favorable debates and against the legalization of abortion in the case of microcephaly diagnosed in pregnancy, it was noticed the strict regulation and the lack of implementation of long-term public policies aimed at children born with microcephaly and other neurological sequelae, aggravated by the underfunding of Unified Health System in conjunction with the growing social ills of the population in the scenario of the current political crisis and Brazilian economic stagnation.

Keywords: Epidemic. Zika virus. Public policy. Abortion. Judiciary.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Destinos finais de viajantes que partem do Brasil por potencial para transmissão Zika autóctone..... 10

Figura 2 - Ciclo de Transmissão do Vírus Zika.....12

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
IEG	Interrupção Eugênica da Gestação
ISG	Interrupção Seletiva da Gestação
ITG	Interrupção Terapêutica da Gestação
IVG	Interrupção Voluntária da Gestação
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PET	Politereftalato de Etileno
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RESS	Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil
SUS	Sistema Único de Saúde
ZIKV	Zika Vírus

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
1 A EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS.....	9
1.1 O direito à escolha da mulher como mudança de foco nas mobilizações ativistas que pedem a legalização do aborto por microcefalia ou outras anomalias oriundas do Zika vírus.....	15
1.2 As políticas públicas brasileiras para o controle da epidemia do Zika vírus ...	26
2 A JUDICIALIZAÇÃO NA EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS.....	28
2.1 O controle judicial de abortos de nascituros com microcefalia e outras síndromes congênicas neurológicas.....	29
3 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	36
3.1 Tipo de estudo.....	36
3.2 Sujeitos da pesquisa.....	36
3.3 Cenário do estudo.....	37
3.4 Técnicas de coleta de dados.....	37
3.5 Tratamento e análise dos dados.....	37
3.6 Aspectos éticos em pesquisa.....	37
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS.....	42

INTRODUÇÃO

A epidemia do Zika vírus surgiu em 2015 e vem causando pânico na saúde pública e nas famílias que desejam engravidar.

Um pânico justificado pela recente descoberta de outras formas de transmissão do Zika vírus, além da picada do mosquito *Aedes aegypti* tais como: contato sexual ou por secreções (saliva e urina), e a ausência de vacinas ou tratamento específico (NUNES et al., 2016).

Foram registrados três óbitos decorrentes do Zika vírus que foram confirmados laboratorialmente no Brasil, em São Luiz (Maranhão), Benevides (Pará) e Serrinha (Rio Grande do Norte), além de inúmeros casos graves (BRASIL, 2016a).

O Estado que tem obrigação de zelar pela qualidade dos serviços prestados na saúde pública precisa estar inserido num projeto responsável e permanente de cuidados com as mulheres, cujos filhos nasceram diagnosticados com microcefalia ou qualquer outra anomalia neurológica decorrente da infecção causada pelo Zika vírus.

A discussão da legalização do aborto como um direito à escolha da mulher perpassa também pelo direito à vida do feto que embora sem personalidade jurídica tem um rol de representantes legitimados na defesa de seus direitos fundamentais, que vai além de aspectos puramente religiosos.

A luta pela vida é preponderante ao direito à escolha da mulher que diante da criminalização do aborto acaba por praticar abortos clandestinos e inseguros, pondo em risco suas próprias vidas.

Em contraponto, num cenário em que o aborto fosse legalizado o risco de abortos eugênicos chancelados pelo Poder Público impõe uma discussão bioética relevante antes mesmo da disseminação de mobilizações que colocam o aborto de fetos diagnosticados com microcefalia por Zika vírus exclusivamente como um direito à escolha da mulher e não como um problema de saúde pública a ser resolvido com uma política de Estado séria, responsável e acolhedora em longo prazo.

Por outro lado, as desigualdades sociais e econômicas enfrentadas pelo nosso país agravam a marginalização da população esquecida em ocasiões que requerem maior atenção e cuidado a um público especialmente feminino.

Esta pesquisa apresenta como questão norteadora “Como as políticas públicas de saúde se adequaram à epidemia do Zika vírus e seus principais efeitos na sociedade brasileira em relação à prática do aborto?”.

O objeto de estudo compreende as políticas públicas de saúde na epidemia do Zika vírus e as implicações do aborto como direito sexual e reprodutivo da mulher em oposição ao direito humano vital dos nascituros com sequelas neurológicas do Zika vírus.

O objetivo geral dessa pesquisa foi analisar a política pública de saúde voltada para a responsabilização estatal em relação às mulheres grávidas de fetos diagnosticados com microcefalia e àquelas com filhos nascidos com microcefalia decorrente do Zika vírus. Os objetivos específicos foram discutir o aborto como instrumento aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e sua oposição aos direitos humanos vitais dos nascituros diagnosticados com microcefalia e debater as responsabilidades do Estado para as famílias no enfrentamento da epidemia do Zika vírus em contraponto ao direito à escolha individual de cada mulher grávida, desdobrado tanto no direito legal ao aborto, quanto ao direito de levar a gravidez a termo adiante, ambos com apoio do Poder Público.

A pesquisa justificou-se pelo aprofundamento das discussões nacionais e internacionais a fim de possibilitar a maior participação do Poder Público na área de saúde pública que se alarmou diante de uma grave e sequelante epidemia viral, tornando reféns mulheres grávidas de fetos diagnosticados com microcefalia e crianças com síndromes neurológicas congênicas decorrentes do Zika vírus.

O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde em conjunto com as mazelas sociais crescentes da população no cenário da atual crise política e estagnação econômica brasileira agravam a problemática da epidemia do Zika vírus que vem ceifando de forma indigna direitos fundamentais assegurados pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Assim, a falta de perspectiva em segurança das mulheres grávidas aumenta com a epidemia do Zika vírus e o planejamento familiar vem revelar mais uma atenção primária de saúde incompleta sem a proteção específica de uma vacina que alcance o maior número possível de mulheres em idade fértil e sem uma política nacional de controle eficaz de combate à disseminação do mosquito *Aedes aegypti*.

1 A EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS

O Zika vírus é um flavovírus isolado em um estudo pela primeira vez em 1947 de um macaco Rhesus na Floresta denominada Zika, perto de Kampala, em Uganda na África, segundo Dick, Kitchen e Haddow (1952 apud MARCONDES; XIMENES, 2016).

Sua transmissão se dá através de vetores de artrópodes de tipos de mosquitos do gênero *Aedes* de múltiplas espécies, mais comumente *Aedes aegypti*, o qual é amplamente distribuído em vários continentes (AL-ABDELY, 2016).

A infecção pelo Zika vírus causa mal-estar, calafrios, febre, dor de cabeça, dor muscular, artralgia, dor periorbital e outras complicações (MARCONDES; XIMENES, 2016).

O Ministério da Saúde do Brasil foi o órgão pioneiro que reconheceu as implicações virais da epidemia da Zika em relação ao surto de microcefalia e suas complicações que caracterizam emergência de saúde pública (DUARTE; GARCIA, 2016).

Eventos esportivos de larga escala como a Copa do Mundo de 2014 e os jogos Olímpicos de 2016, ambos ocorridos no Brasil recentemente podem ter contribuído com a introdução de novos vírus derivados do Zika e outras arboviroses de regiões com diferentes climas (MARCONDES; XIMENES, 2016).

Em 2016, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou a epidemia do Zika vírus uma emergência de saúde pública de relevância internacional, assumindo uma possível associação entre o Zika vírus e a microcefalia, sem assumir, contudo, uma relação causal comprovada entre ambos (DUARTE; GARCIA, 2016).

Restam pendentes estudos adicionais necessários para um melhor conhecimento sobre o Zika vírus e seus mecanismos de infecção, sua relação com o mosquito *Aedes aegypti* e as várias complicações nas diversas fases dos ciclos da vida, bem como formas importantes de prevenção, controle e tratamento da infecção causada por esse vírus, conforme Haug, Kieny e Murgue (2016 apud DUARTE; GARCIA, 2016).

De acordo com Galli e Deslandes (2016), a epidemia do Zika vírus está abrangida em mais de 20 países das Américas, sendo a causa potencial e circunstancial para inúmeros casos de microcefalia e outras síndromes neurológicas, conforme se observa na figura 1.

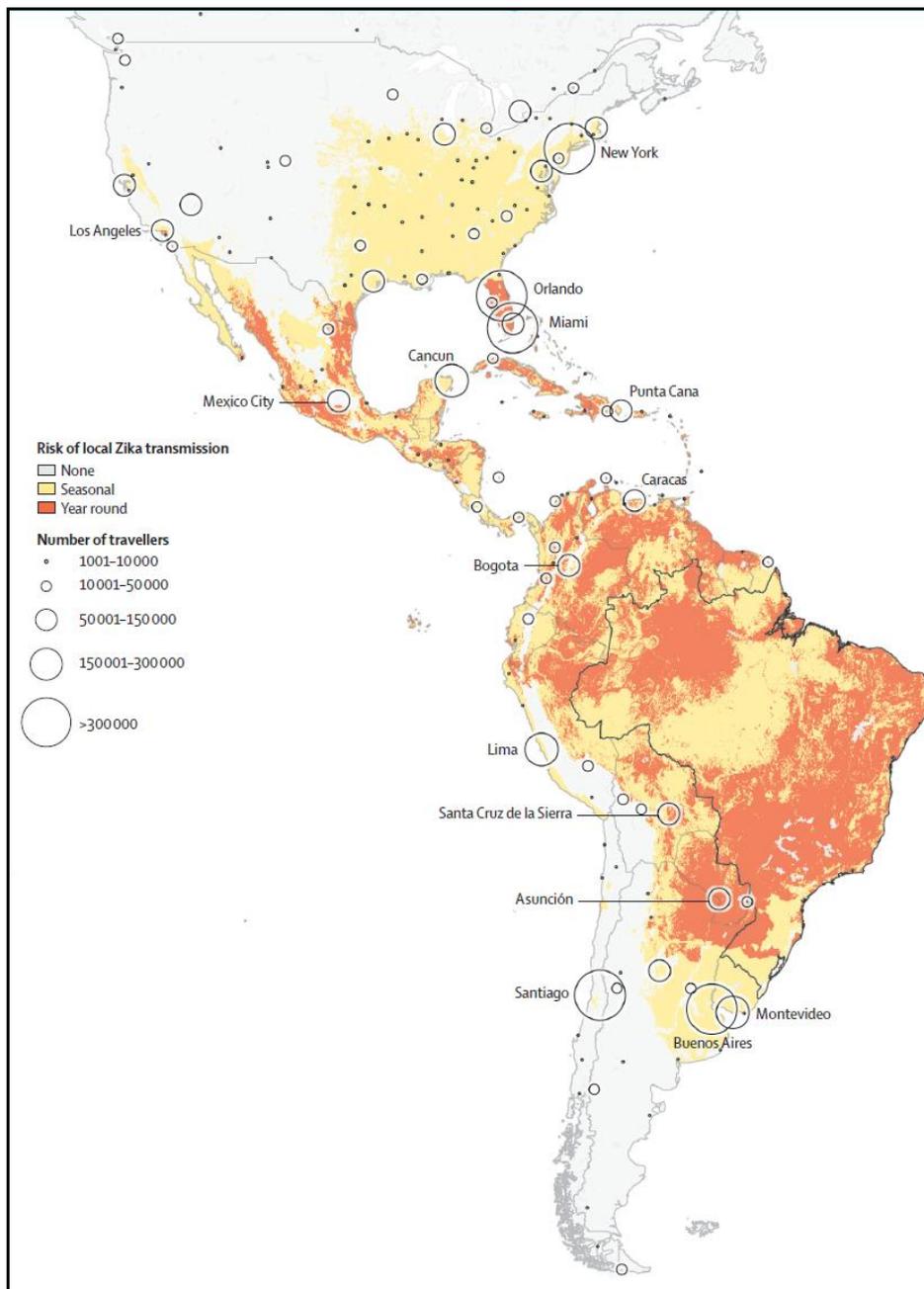


Figura 1 - Destinos finais de viajantes que partem do Brasil por potencial para transmissão Zika autóctone
 Fonte: MILOSEVIC; SLADE; DRYSDALE, 2016.

Foram identificados riscos internacionais altos para a dispersão do Zika vírus, bem como áreas geográficas propícias à transmissão autóctone, onde 9,9 milhões de viajantes partiram do Brasil para destinos internacionais, dos quais 65% são para as Américas, conforme figura 1 (MILOSEVIC; SLADE; DRYSDALE, 2016).

Desta forma, verifica-se que com o risco de transmissão elevado do Zika vírus, a epidemia pode vir a se tornar uma pandemia de grande magnitude e consequências

genéticas graves para os nascituros em maior ou menor grau, além de abalos imensuráveis às mães e às famílias para lidarem com tantos problemas.

Torna-se necessária uma vacina para prevenir ou atenuar significativamente a viremia em mulheres grávidas que são residentes ou realizam viagens em regiões epidêmicas ou endêmicas para evitar a síndrome congênita causada pelo Zika vírus e que também pode ajudar a combater a transmissão epidêmica entre países (SHAN et al., 2017).

Testes em camundongos foram capazes de revelar que uma única dose de “10-del ZIKV” induziu a imunidade esterilizante com um título de anticorpo neutralizante saturado, impedindo completamente a viremia em ratos imunizados, em que coletivamente, os resultados de segurança e eficácia sugerem que o desenvolvimento da vacina “ZIKV” vivo-atenuado é promissor e garantido (SHAN et al., 2017).

Para uma vacina bem sucedida é fundamental existir um equilíbrio adequado entre eficácia e segurança. As vacinas do tipo vivas atenuadas geralmente oferecem imunidade rápida e duradoura, porém, às vezes, com a segurança reduzida, enquanto que as vacinas inativadas e subunitárias geralmente proporcionam maior segurança, mas podem exigir outras várias doses e reforços periódicos. Os dados deste estudo inédito indicam que o “3'UTR-10-del ZIKV” é um promissor candidato à vacina viva atenuada com um bom equilíbrio entre eficácia e segurança. Uma única imunização provocou anticorpos robustos e respostas de células T e imunidade de esterilização induzida em camundongos contra a estirpe de “ZIKV” epidêmica. A imunidade esterilizante induzida por vacina é considerada essencial para uma vacina “ZIKV” para prevenir com sucesso a viremia e anormalidades congênicas (SHAN et al., 2017).

Porém, cabe observar que a vacina contra o Zika vírus ainda encontra-se em fase de testes e que mesmo promissora na imunização em camundongos não foi ainda autorizada para seres humanos, colocando ainda em destaque a gravidade desta epidemia para mulheres em idade fértil, as quais se tornam vulneráveis aos riscos de uma infecção a qualquer momento caso engravidem.

O ciclo de transmissão do Zika vírus pode seguir várias vias patológicas, incluindo a transplacentária, sanguínea, sexual (figura 2) e outras ainda não comprovadas, como pelo aleitamento materno (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017).

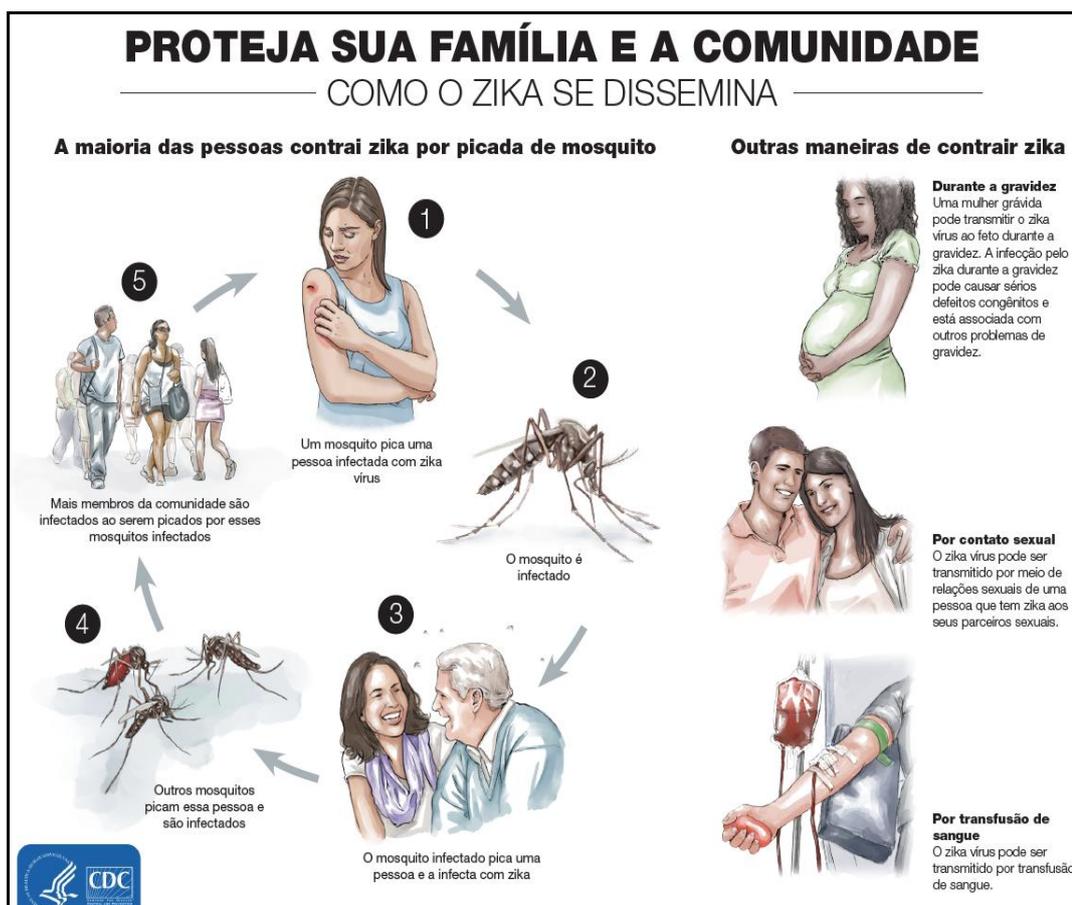


Figura 2 - Ciclo de Transmissão do Vírus Zika

Fonte: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2017.

Os mosquitos que transmitem chikungunya, dengue e zika picam em qualquer período do dia e são infectados quando picam outras pessoas já infectadas pelo vírus, podendo então transmitir o vírus a outras pessoas por meio de picadas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017).

Qualquer pessoa que resida ou tenha realizado viagens a uma área com zika e ainda não tenha sido infectada pelo zika vírus pode contrair a doença por meio de picadas de mosquito. Depois que uma pessoa é infectada, ela provavelmente fica protegida contra infecções futuras (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017).

Uma gestante infectada pelo zika vírus pode transmitir o vírus ao feto durante a gravidez ou próximo à ocorrência do parto e embora não seja bem documentado esse vírus também pode ser transmitido por uma pessoa que carrega o vírus, mas nunca

desenvolve sintomas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017).

Existem pesquisas para descobrir por quanto tempo o zika vírus permanece no sêmen e nos fluidos vaginais das pessoas contaminadas e por quanto tempo ele pode ser transmitido aos parceiros sexuais. Esse vírus pode permanecer no sêmen por mais tempo do que em outros fluidos corporais, inclusive os fluidos vaginais, urina e sangue (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017).

Há vários relatos de casos de transmissão por transfusão de sangue no Brasil. Durante o surto na Polinésia Francesa, 2,8% dos doadores de sangue tiveram resultados positivos para zika e, em surtos anteriores, o vírus foi encontrado em doadores de sangue, não havendo casos confirmados de transmissão por transfusão de sangue nos Estados Unidos (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017).

Outro grupo suscetível a contrair o Zika vírus são os profissionais de saúde, os quais devem fazer um julgamento clínico para determinar se um paciente está bem o bastante para um procedimento eletivo. Ao realizar tal procedimento, os profissionais de saúde devem aderir às precauções padrão para prevenir a referida transmissão (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017).

As precauções padrão se fundamentam no fato de que todo sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, pele não intacta e membranas mucosas podem conter agentes infecciosos transmissíveis. Os fluidos corporais, incluindo sangue, secreções vaginais e sêmen, estão relacionados à transmissão do zika vírus (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017).

De acordo com o CDC (2017), os familiares e outros cuidadores devem tomar as seguintes precauções para qualquer doença infecciosa:

- Não tocar em sangue, fluidos corporais e superfícies contaminadas com esses fluidos com a pele exposta.
- Lavar as mãos com sabão e água imediatamente após atender o paciente. Se as mãos não estiverem visivelmente sujas, um gel à base de álcool pode ser usado em vez de sabão e água.
- Remover imediatamente as roupas e lavá-las se estiverem sujas de sangue ou outros fluidos corporais. Usar detergente de lavanderia e a água na temperatura

especificada nas instruções de cuidados com o vestuário para lavar roupas sujas com sangue ou fluidos corporais. Não é necessário usar alvejante.

- Limpar e desinfetar imediatamente as superfícies com sangue ou outros fluidos corporais, minimizando o contato direto, usando detergentes ou desinfetantes domésticos de acordo com as instruções do fabricante. O ambiente imediato da pessoa doente deve ser limpo diariamente usando limpadores domésticos de acordo com as instruções do fabricante.

Durante visita a um paciente em um ambiente hospitalar, os visitantes não devem participar de atividades que possam expô-los ao sangue ou a outros fluidos corporais de um paciente hospitalizado. Todavia, deve ser esclarecido que o ato de ajudar um paciente a se sentar na cama ou a caminhar não deve expor alguém ao sangue ou aos fluidos corporais, no entanto, membros da família e cuidadores devem prestar atenção à higiene, a fim de não tocar no sangue, fluidos corporais ou superfícies sujas com tais elementos, e devem lavar as mãos antes e depois de tocar no paciente (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017).

Gestantes devem seguir as mesmas precauções que outros membros da família cuidando de uma pessoa com zika, incluindo evitar atividades que possam expô-las a sangue ou a outros fluidos corporais potencialmente infecciosos (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017).

São inúmeras as precauções para evitar a infecção por Zika vírus, mas a que parece ser a mais difícil é o controle dos vetores transmissores, já que depende de um controle global da epidemia para contê-la, necessitando de avanços científicos não somente para descoberta de vacinas, mas para tratamentos desde o pré-natal para diminuir os efeitos neurológicos congênitos sindrômicos, levando esperança de um melhor prognóstico e evolução das crianças já afetadas por esta virose que gera vários efeitos incapacitantes.

Por outro lado, a conscientização individual para controle da epidemia do Zika vírus também é um avanço que precisa ser fomentado por campanhas governamentais de saúde, não somente pela mídia comum, mas de forma itinerante por meio de equipes de saúde, sendo fundamental a realização de visitas aos locais mais endêmicos e predispostos como àqueles com maior notificação oficial de casos para implementação de ações de eficácia resolutiva.

1.1 O direito à escolha da mulher como mudança de foco nas mobilizações ativistas que pedem a legalização do aborto por microcefalia ou outras anomalias oriundas do Zika vírus

No Brasil, a prática do aborto é considerada crime, a exceção dos casos de risco de vida para a mulher e quando há crime sexual (GALLI; DESLANDES, 2016).

De acordo com Ventura e Camargo (2016) preside uma política conservadora brasileira que se opõe à discussão de gênero e sexualidade, o que compromete direitos reprodutivos já consolidados, onde classe, raça e região acirram as desigualdades de gênero.

Camargo (2016) traz à baila o direito à escolha, e não o direito ao aborto, como objetivo necessário de qualquer mobilização, o qual deve compreender o direito legal ao aborto e o direito a levar a gravidez a termo.

O direito legal ao aborto incluiria o acesso ao aborto legal e seguro na rede pública de saúde e o direito de levar a gravidez adiante seria com apoio social integral (CAMARGO, 2016).

Segundo Camargo (2016), embora a infecção por Zika vírus não tenha o mesmo estigma que a AIDS, as mulheres grávidas de fetos com microcefalia sofrem pressões sociais conflitantes, como risco de abandono pelos parceiros e encargo de criarem sozinhas um filho com deficiências graves, o que precisaria ser considerado nas mobilizações.

Outrossim, para Almeida *et al.* (2012, p.244), “[...] independentemente da aceitação pelos setores civis, jurídicos e religiosos da sociedade, o aborto é uma realidade brasileira que deve ser enfatizada pelos programas públicos de saúde [...]”

Porém, ao passo que ativistas defendem o direito à escolha das mulheres que poderá ser revertido em direito ao aborto como também em direito de levar a gravidez a termo adiante com amparo do poder público não existe um consenso na literatura sobre essa pauta, uma vez que existe ponderação entre os direitos das mulheres com os dos nascituros, tal como se observa abaixo:

Considerando que o direito à decisão que assiste as mulheres sobre a sua reprodução e o seu corpo termina onde começam os direitos do *nascituro*, cujo limite é apresentado no momento da própria fecundação, o aborto não pode ser considerado como um direito humano; o que é a "pena de morte pré-natal", a violência de morte exercida pela mãe do ser humano que está crescendo em sua barriga. Nunca poderia ser considerado como um direito

matar um membro de sua própria espécie Homo sapiens-sapiens. Para tanto, sob qualquer consideração devem ponderar-se os direitos de um ser humano. A vida humana não é ponderada, é respeitada (CUELLO, 2014, p.22). (grifos do autor)

A falta de políticas públicas consistentes e duradouras voltadas para o planejamento familiar e prevenção de agravos à saúde das mulheres e de seus nascituros agravam drasticamente quando diante de situações alarmantes como a epidemia do Zika vírus.

As mulheres vítimas dessa epidemia sentem-se desamparadas e desacolhidas no cenário atual de inércia do Poder Público em agregar orçamento para políticas públicas de longo prazo em caso de concepções atravessadas por problemas congênitos adquiridos do Zika vírus como sequelas neurológicas, retardo no desenvolvimento psicomotor e dificuldades no aprendizado.

As dificuldades para criação de crianças deficientes no Brasil são inúmeras, porque não somente a oferta de serviços de reabilitação é precária, mas como serviços de educação especial, médico e psicológico são insuficientes e para piorar os acessos físicos para mobilidade e transportes urbanos coletivos não estão preparados para atendimento destas necessidades específicas em saúde.

Não é um contexto fácil discutir sobre o aborto como instrumento de escolha integrante de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, pois existem outros direitos que dignificam a natureza humana vinculada ao respeito à vida como o maior bem a ser tutelado pelo ordenamento jurídico institucionalizado a depender da convenção social e das normas de cada país. Nesse sentido, percebe-se que:

A problemática do aborto é um exemplo nítido tanto da dificuldade de se estabelecer diálogos sociais frente a posições morais distintas quanto do obstáculo em se criar um discurso acadêmico independente sobre a questão, uma vez que a paixão argumentativa é a tônica dos escritos sobre o mesmo. Para um não iniciado, a maior dificuldade ao ser apresentado à literatura relativa ao aborto é discernir quais são os argumentos filosóficos e científicos consistentes dentre a infinidade de manipulações retóricas que visam apenas arrebatar multidões para o campo da batalha travado sobre o aborto (DINIZ; ALMEIDA, 2017, p.125).

Cada país estabelecerá suas normas acerca da temática do aborto a envolver experiências judiciais concretas e costumes distintos.

Atualmente, o aborto é proibido na maioria das nações muçulmanas na Ásia, na maioria dos países da África e em quase dois terços dos países latino-americanos. Os países que permitem o aborto, em maior ou menor grau, o fazem nos três primeiros

meses de gravidez em função de razões de saúde física e psíquica da mãe, a exemplo de França, Inglaterra, Áustria, Itália, Índia, Alemanha, Estados Unidos, todos os países nórdicos, Rússia, Hungria, Polônia, China dentre outros (PRADO, 2007).

O Brasil, bem como os países restantes, permitem o aborto em determinadas circunstâncias, com certas variações, e criminalizam outras (PRADO, 2007).

Para Diniz e Almeida (1998, p.129), “Nos países ocidentais, o [...] aborto ocorre entre as mulheres de 20 anos, como [...], na Inglaterra, onde 56% dos abortos são praticados por mulheres com menos de 25 anos, [...] nos Estados Unidos [...] 61%.”

Cabe destacar que nos Estados Unidos, o aborto está compreendido como prática de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, sendo da resolutividade delas a possível interrupção ou continuidade da gravidez, amparada por políticas e decisões de governo (CUELLO, 2014).

Outros países apresentam diferentes posições, como:

Na Espanha, o debate sobre a Lei Orgânica 2 de 2010 sobre saúde sexual e reprodutiva e o aborto apresenta divergências sobre o alcance e o conteúdo relativo ao aborto induzido: referem para a defesa do início da vida humana do *nascituro* e outros em favor da vida da mãe, com base nos mesmos fundamentos da biopolítica, a biolegislação, a biojurisprudência e declarações e convenções de organizações internacionais ratificados pela Espanha (CUELLO, 2014, p.20). (grifos do autor)

Por outro lado, a recente jurisprudência da Colômbia não permite o efeito legal do poder de regular as decisões judiciais, sendo necessário elucidar que a descriminalização do aborto não é uma prática regular para aquisição de um direito sexual e reprodutivo enquadrado como uma lei permissiva ao aborto em todas as situações. Portanto, o julgamento do caso “C-355 de 2006”, não tinha a intenção de consagrar o direito ao aborto, mas descriminalizar três eventos em que sua prática não é crime, tais como: a relação sexual, inseminação ou transferência de óvulo fertilizado todas sem consentimento, ou incesto abusivo; feto com malformações incompatíveis com a vida, e quando se trata de perigo ou risco a saúde da mãe gestante (CUELLO, 2014).

No entanto, de acordo com Cuello (2014), tanto os Estados Unidos, quanto a Espanha e mesmo a Colômbia massificam a prática do aborto a partir da despenalização dos três casos anteriormente citados com distintas respostas a outras particularidades e polêmicas relacionadas, prescindindo da existência de um rigor no controle judicial e científico que se certifique de forma absoluta quanto à presença de tais casos. Por

consequente, a partir daí abrem-se precedentes judiciais para liberalizar o aborto sem comprometimento com a Bioética e dignidade dos seres humanos.

Proliferam-se práticas eugênicas que eram penalizadas antigamente a partir da eliminação da criminalização do aborto na medida em que a sociedade passa aceitá-las naturalmente, defendendo o aborto como base de um direito sexual e reprodutivo das mulheres em todas as circunstâncias tais como premissas fundamentais da dignidade humana para o reconhecimento da liberdade ilimitada como princípio orientador da sociedade civil (CUELLO, 2014).

Aparecem novos valores e direitos universais que se destinam a uma imposição cultural absoluta em precedência sobre os direitos individuais em sentido contrário à beneficência humana a partir da indiferença dos direitos humanos dos nascituros baseada na despenalização de algumas condutas e práticas abortivas (CUELLO, 2014).

Conforme Diniz e Almeida (1998) existem quatro tipos de abortos:

1. Interrupção Eugênica da Gestação (IEG): a gestação é interrompida em geral contra a vontade da gestante por valores racistas, sexistas e étnicos dentre outros, tal como se sugere o praticado pela medicina nazista quando se impunha às mulheres o abortamento por serem judias, ciganas ou negras.
2. Interrupção Terapêutica da Gestação (ITG): a gestação é interrompida para salvar a vida da gestante em prol da saúde materna, sendo raras as circunstâncias terapêuticas que exigem essa prática em função do avanço científico e tecnológico da medicina.
3. Interrupção Seletiva da Gestação (ISG): a gestação é interrompida após diagnóstico de lesões fetais, tais como as anomalias fetais a exemplo a anencefalia, o que em geral tem relação com as patologias incompatíveis com a vida extrauterina.
4. Interrupção Voluntária da Gestação (IVG): a gestação é interrompida pela manifestação da vontade da mulher ou do casal que não deseja mais a gravidez, seja resultado de um estupro ou de uma relação consensual, sendo comum a imposição de limites gestacionais a tal prática com base em normativos.

De acordo com Diniz e Almeida (1998) apenas a interrupção eugênica da gestação não leva em consideração a vontade da gestante ou do casal para manutenção da gestação, não destacando nesse caso a autonomia da paciente na prática abortiva.

No entanto, muitos autores denominam a interrupção seletiva da gestação como interrupção eugênica da gestação, não havendo consenso conceitual para terminologias a fim de diferenciá-las em outras teses contrárias (DINIZ; ALMEIDA, 1998).

Por outro lado, para outros autores, a interrupção seletiva da gestação remete-se à prática abortiva voluntária em que a gestante não deseja o prosseguimento da gestação devido à malformação fetal, existindo uma seleção em nome da possibilidade da vida extrauterina ou da qualidade de vida fetal após o nascimento (DINIZ; ALMEIDA, 1998).

Para Diniz e Almeida (1998, p.127), “Tratar, no entanto, o aborto seletivo como eugênico é nitidamente confundir as práticas. Especialmente porque a ideologia eugênica ficou conhecida por não respeitar a vontade do indivíduo.”

A prática do aborto seletivo não se baseia na obrigatoriedade de se interromper a gestação com fundamento em alguma ideologia de extermínio de indesejáveis assim como foi praticado pela medicina nazista (DINIZ; ALMEIDA, 1998).

A autonomia reprodutiva seria o valor que abrange a interrupção seletiva ou voluntária da gestação, bem como todas as questões pertinentes à saúde reprodutiva (DINIZ; ALMEIDA, 1998).

Observa-se uma variedade conceitual na temática do aborto à luz de vieses que nortearão a defesa e tônica de debates sobre suas implicações na vida das mulheres, e, sobretudo na vida dos fetos no que tange aos antagonismos sobre os direitos sexuais e reprodutivos exclusivamente femininos sobre seus corpos gravídicos e os direitos à vida dos nascituros em que se pesem as malformações fetais compatíveis com a vida extrauterina.

Enquanto se defende o aborto como resultado de evolução científica refutando a legislação que nega às mulheres o direito de optar por tal prática (MARTINS, 2005), a maior parte das pessoas parece concordar que o regular desenvolvimento da vida intrauterina incluindo depois do nascimento é direito existencial de um indivíduo e não um direito sexual ou reprodutivo de outrem (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

Por sua vez, a tese que defende o direito de opção das mulheres ao aborto é ponderada com os princípios da bioética que de acordo com Faúndes e Barzelatto (2004) são:

1. Princípio do respeito pelas pessoas: baseia-se no reconhecimento do direito e da capacidade de ser informado, visando a tomada de decisões responsáveis, e ao mesmo tempo em que favorece os direitos das mulheres para decidirem conscientemente a continuidade ou interrupção das suas gestações em função de total autonomia por serem agentes morais, esse princípio rejeita contundentemente a noção de que a mulher pode ser pressionada ou compelida a interromper uma gestação. Adicionalmente, tal princípio significa ainda que nenhuma pessoa pode ser forçada a prover serviços para realização de aborto contra a sua consciência.

O respeito à liberdade individual pode sofrer limitações apenas com o propósito de prevenir a ocorrência de danos sobre outra pessoa, sendo necessário estabelecer se o ovo fertilizado, o embrião ou o feto recebem qualificação plena de pessoas e a partir daí merecendo o mesmo respeito que a mulher grávida (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

Para Faúndes e Barzelatto (2004), o dilema ético mais difícil está na definição do estágio de desenvolvimento em que os fetos adquirem direitos morais e legais que lhe permitam se contrapuserem ao direito de autodeterminação das mulheres.

Acredita-se que a autonomia das mulheres não é ilimitada e que existe atualmente um consenso geral de que o infanticídio é inaceitável, o que por analogia é difícil aceitar a morte intencional de um feto que está prestes a nascer ou, ainda que prematuro, que possa sobreviver sem problemas caso venha nascer (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

De acordo com Faúndes e Barzelatto (2004), a interrupção da gravidez com base no sacrifício da vida do feto que poderia vir a sobreviver após um parto natural não é aceitável, a exceção das situações excepcionais, em que não existe outra maneira de salvar a vida da mulher.

Por outro lado, para muitas pessoas, a existência do embrião ou do feto não se trata de uma questão moral importante durante as primeiras 12 semanas de gestação, o que segundo elas, o feto obtém *status* moral pleno na vida extrauterina no alcance de sua independência com cuidados apropriados fora do corpo da mulher. A percepção materna quanto ao início dos movimentos fetais também é outro marcador de impacto

psicológico acerca da posição contrária ou favorável ao aborto (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

Para Faúndes e Barzelatto (2004) não existe consenso universal entre as várias opiniões a respeito de uma definição aceitável acerca da idade gestacional, na qual o feto adquire total reconhecimento moral, apesar de não restar dúvida de que o respeito pelo feto aumenta à medida que a gestação progride.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) dispõe que o limite de viabilidade fetal compreende as 22 semanas completas de gestação, ou quando o feto atinge 500 gramas, segundo *World Health Organization* (1977 apud FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

Sob esse limite é considerado um aborto quando se interrompe a gravidez e após o referido limite considera-se um parto prematuro, sendo a capacidade do feto de sobreviver fora do corpo da mulher, que define a viabilidade concreta (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

Em relação a um aborto, quando o embrião ou feto não é viável, o produto da reprodução deve ser tratado com total respeito, devendo-se evitar intervenções médicas inúteis na tentativa de mantê-lo vivo, onde a única preocupação tem que ser o bem-estar da mulher (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

A partir do momento que o feto alcança a viabilidade, a equipe médica se confronta com um parto prematuro que requer atenção e proteção à saúde tanto da mãe, quanto da criança, excetuando-se o recém-nascido que apresenta malformações tão graves que torna inútil qualquer tentativa de mantê-lo com vida (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

Distintas religiões têm posicionamentos em relação às ponderações entre o respeito à mulher como pessoa e o valor moral emergente do feto (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

A Igreja Católica entende esse problema como sendo recomendável o total respeito como pessoa desde o momento em que ocorre a fertilização, pois é impossível determinar o momento em que uma nova pessoa passará a existir, de acordo com Pérez-Aguirre (2000 apud FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

Todavia, a religião judaica reconhece que somente o recém-nascido tem desenvolvido direitos em sua completude como pessoa. Já outras religiões ou escolas de pensamentos religiosos aceitam que o feto adquire valor moral completo em diferentes idades gestacionais entre os extremos anteriormente citados, ou seja, seja no intervalo

entre o início da fertilização ao nascimento propriamente dito (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

As penas também aumentam à medida que a gravidez progride, na mesma proporção em que se aumentam progressivamente os direitos durante o desenvolvimento fetal, como resultado das legislações passadas e atuais (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

Na hipótese de a interrupção da gravidez afetar duas pessoas com direitos semelhantes a prioridade torna-se particularmente relevante quando a gravidez ameaça a saúde ou a vida da mulher, o que enseja uma opção entre o feto e a referida genitora. Nesse contexto, a preferência pela vida da mulher é quase unânime, abrangendo, inclusive, a Igreja Católica, a qual permite o denominado aborto indireto, mesmo nas duas situações específicas: gravidez ectópica e câncer dos órgãos genitais coexistente com a gravidez (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

Quando se considera a hipótese oposta, em relação à mulher poder ser pressionada ou forçada a interromper sua gravidez considera-se uma transgressão ao princípio ético de respeito pelas pessoas. Em algumas situações, tal pressão é menos clara, mas igualmente inaceitável, como no caso da mulher que deseja abortar e vem a obter o apoio de seu parceiro e da família, mas posteriormente, decide continuar a gravidez até o termo (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

Na situação anteriormente citada, o parceiro e a família agirão de forma antiética ao tentarem convencer a gestante a manter a decisão de submeter-se a pressões subliminares, ou nem tanto, com essa finalidade. Uma situação similar pode ocorrer quando se diagnostica que o feto sofre malformações graves. A mulher tem o direito de decidir por interromper sua gravidez, mas tem também o direito de escolher a continuidade da gestação até o termo e ver seu filho com todas as deformações, antes de sua morte. Nessa situação seria antiético por parte dos médicos ou outros profissionais de saúde tentar convencê-la tanto a manter a gravidez quanto a praticar o aborto (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

Outra noção importante sobre o princípio do respeito pelas pessoas é que ninguém pode ser forçado a prover serviços de abortamento contra a sua consciência, o que faz surgir um dilema moral grave quando o profissional médico se nega a realizar um aborto conforme sua consciência já que ele passa a ser o único profissional acessível para a mulher, especialmente quando o aborto relaciona-se a salvar a vida da mulher (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

2. Princípio da não - maleficência: é a prática da beneficência e tem diversas implicações. Em situações como a de estupro, em se tratando do aborto legal, repudia-se qualquer restrição ao acesso a serviços de aborto que realizam interrupções legais da gravidez com o máximo de segurança, como por exemplo, estabelecendo obstáculos burocráticos excessivos que tornam o aborto legal inacessível ou dificultando o acesso físico a tais serviços. Este princípio também está relacionado na penalização de pessoas que realizam práticas abortivas sem adequados recursos técnicas ou sem conhecimento para realizá-las sem pôr a saúde da mulher em risco (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

A partir de experiência mundial denota-se que os países com leis que restringem severamente o aborto não têm apresentado êxito em reduzir o número total de interrupções da gravidez, mas trouxe à tona abortos clandestinos realizados em condições técnicas inadequadas. Como resultado desses abortos clandestinos há maior morbidade e mortalidade maternas, assim como houve um aumento nas mortes e doenças nas crianças que sobrevivem a mulheres que morrem por um aborto feito em condições inseguras, de acordo com Buckshee (1997 apud FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

Desta forma, aqueles países com legislações restritivas ao aborto violam os princípios de não - maleficência pelo fato de aumentarem os danos para as mulheres e a sociedade (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

A aplicação do princípio da não - maleficência também pode ser relacionada à discussão ética no que tange à idade gestacional, na qual a interrupção da gravidez poderia ser aceitável (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

Há pouca dúvida de que quanto mais se previne precocemente o nascimento de uma criança não desejada protege-se mais a saúde da mulher, bem como seus direitos. Por outro lado, existe uma progressão que se baseia em evitar o ato sexual não desejado ou não protegido, segundo Brazelton e Cramer (1990 apud FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

A partir de 14 a 20 semanas de gravidez, as mulheres sentem os movimentos fetais, expressando a primordial presença física de um novo ser dentro de seus corpos, tendo grandes impactos para maior parte delas. Esses movimentos articulam

emocionalmente a mulher e o feto, conforme Brazelton e Cramer (1990 apud FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

A realização do aborto após a percepção dos movimentos fetais aumenta o drama psicológico acerca da interrupção da gravidez, tornando essa decisão ainda mais difícil para muitas mulheres (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

Outrossim, o princípio de não - maleficência pode variar entre as mulheres conforme a evolução gestacional, onde depois os efeitos físicos e psicológicos da interrupção da gravidez podem ser mais prejudiciais para o bem-estar da mulher do que o nascimento de um filho não desejado (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

3. Princípio da justiça: chama a atenção de que o segmento mais carente da sociedade sofre os impactos negativos das legislações restritivas sobre o aborto, tais como as complicações dele realizado em condições inseguras, uma vez que enquanto as mulheres mais pobres sofrem os rigores da lei e as complicações do aborto inseguro, as mulheres com melhores condições financeiras não têm dificuldades para praticarem abortos ilegais, porém seguros. Cabe destacar também que as legislações restritivas centralizam mais as mulheres que praticam o aborto e por exceção os homens, os quais compartilham as responsabilidades pela gravidez não desejada e com frequência exercem pressões nas mulheres a fazerem aborto ou preparam as condições que as levam a procurá-lo, conforme Casas (1996 apud FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

De acordo com Faúndes e Barzelatto (2004), as legislações restritivas ao aborto violam o princípio da justiça no que tange à equidade de gênero e em relação à situação socioeconômica de certos segmentos sociais.

Outro problema ético relativo às legislações restritivas ao aborto é que elas não respeitam a liberdade religiosa, considerando-se a diversidade de vários posicionamentos religiosos em relação a esse tema (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

Assim, o princípio da justiça sofre violação quando as legislações restritivas ao aborto confrontam a liberdade religiosa (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

Ademais, as legislações globais sobre o aborto refletem estruturas socioeconômicas e ideológicas de cada época e de cada país, e a condição dependente das mulheres nessas sociedades, nas quais o aborto só é permitido com autorização do marido (PRADO, 2007).

As legislações sobre o aborto remetem com frequência razões político-demográficas do Estado, indicando um distanciamento que sempre existiu entre a legislação sobre o aborto e o aborto de fato. Por conseguinte, percebe-se que as mulheres abortam dentro ou fora da lei ao longo dos tempos, porém o que traz mudanças consideráveis é o índice de abortos mortais ou que prejudicam a saúde das mães, chamados de índices de mortalidade e de morbidade, porque há redução desses índices quando se retira o aborto da clandestinidade (PRADO, 2007).

A legalização do aborto reduziria a clandestinidade, e como efeito a não criminalização dessa prática diminuiria os índices de mortalidade e de morbidade materna, porém aumentaria os índices de mortalidade dos nascituros com amparo legal, o que de certa forma violaria direitos fundamentais previstos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, tornando-os vulneráveis à manifestação da vontade da mulher de forma unilateral e arbitrária.

Para Papaleo (1993, p.41), “É inegável que, ao ser concebido, o ser humano está biologicamente programado, logo se iniciando a embriogênese, condicionando, já nesse instante em boa parte, toda uma existência humana, que ali tem começo.”

Para efeito de início de vida remete-se à fecundação que dará início a toda uma evolução gestacional para que o novo ser possa nascer de posse de todos os seus direitos.

1.2 As políticas públicas brasileiras para o controle da epidemia do Zika vírus

As políticas públicas geram desafios constantes aos planejamentos estratégicos de todos os entes federativos da Administração Pública Brasileira no alcance de uma solução equitativa e mais inclusiva de todos os segmentos da sociedade civil.

As políticas públicas contemplam as ações e programas para gerar efetividade aos comandos gerais impostos pela ordem jurídica que necessitam da ação do Estado, não sendo fenômenos estritamente ligados aos direitos fundamentais prestacionais, embora exista forte relação entre ambos (FONTE, 2013).

Quando os responsáveis envolvidos na gestão pública não apresentam o comprometimento necessário com estes conceitos, o resultado é um efeito negativo que prejudica aquela finalidade determinada para a política pública esperada e necessária.

É universal a argumentação acerca da responsabilidade do Estado pelo não controle do vetor na epidemia do Zika vírus, da mesma forma que em relação à garantia do direito à dignidade e saúde das mulheres vulneráveis sociais e economicamente (GALLI; DESLANDES, 2016).

Para Lotufo (2016), o Zika vírus é mais um sinal de desigualdade social no Brasil, considerando o mesmo estágio da saúde pública que falha no controle do vetor responsável pela epidemia.

De acordo com Pitanguy (2016), o Brasil está vivenciando uma calamidade pública em função dos surtos de casos de microcefalia associada à infecção de mulheres grávidas pelo Zika vírus, além de outras malformações e neuropatias que afetam a visão, a audição e os movimentos dos membros superiores e inferiores do concepto.

A intersetorialidade em saúde apresentada como inovação no SUS traz justamente como pilar amplo a articulação com vários outros setores do governo juntamente com a sociedade a fim de alcançar resultados mais promissores para melhor promoção e proteção da saúde de toda população, o que como efeito poderá trazer novas definições dos modos de formulação e execução de políticas públicas no país (PAIM, 2009).

As mulheres que tiveram bebês com sequelas neurológicas do Zika vírus precisam ser ouvidas com vínculo, acolhimento e responsabilização por parte do governo, bem como aquelas que já tiveram seus diagnósticos de microcefalia confirmados no pré-natal, além daquelas que desejam engravidar com segurança.

O que se percebe é um enorme distanciamento da questão que vem sendo esquecida e silenciada pela própria mídia, sem falar da postura de inação do Poder Público que centraliza na mulher uma responsabilização individual e desarticulada de políticas públicas consistentes e eficazes.

Não se discute a ampliação de licença-maternidade para além de 180 dias ou redução de jornada de trabalho para as mães e famílias proporcionalmente aos problemas enfrentados com as reais necessidades encontradas com as crianças que nasceram com microcefalia e outras síndromes neurológicas causadas pelo Zika vírus.

No campo político - legislativo a partir do art. 18 da Lei nº 13.301, de 2016 (BRASIL, 2016b), o que se oferece a essas mães e famílias são benefícios de prestação continuada temporários por um prazo máximo de três anos, e condicionados ao término do salário-maternidade decorrente do nascimento da criança com microcefalia, desconsiderando insensivelmente que as deficiências neurológicas das crianças afetadas pelo Zika vírus são por toda a vida, ultrapassando esse prazo normativo exíguo e restritivo severo.

2 A JUDICIALIZAÇÃO NA EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS

A realidade brasileira com serviços de saúde que não suprem todas as necessidades da população requer uma grande mudança para atender todas as complicações ainda desconhecidas e potencialmente incapacitantes ocasionadas pela infecção do Zika vírus.

As malformações em recém-nascidos associadas à infecção pelo Zika vírus são angustiantes e preocupantes, desafiando todas as autoridades a empenhar-se no melhor plano de ação para esses casos, já que até as formas de transmissão não são totalmente conhecidas.

Para agravar tal situação existe dificuldade de acesso pela escassez de vagas nas unidades hospitalares que não conseguem absorver a demanda, comprometendo a atenção e cuidados à saúde da mulher (RODRIGUES *et al.*, 2015).

A judicialização pode ser o mecanismo de intervenção para aquisição de direitos fundamentais como a vida e a saúde humanas num cenário de crise da saúde pública brasileira.

De acordo com Rodrigues *et al.*(2015, p.620), “É necessário que os serviços de saúde garantam o acesso da gestante à assistência necessária, bem como a segurança do processo de nascimento e redução da mortalidade materna e perinatal.”

2.1 O controle judicial de abortos de nascituros com microcefalia e outras síndromes congênicas neurológicas

É inquestionável que existe uma pressão social pró-aborto, remetendo-se à questão se a mãe tem direito de vida e morte sobre seu filho, onde se dividem dramaticamente as posições a favor ou contra a tal prática (PAPALEO, 1993).

Por conseguinte, os comandos legais que prescrevem as políticas públicas para controle e segurança da natalidade em meio à epidemia do Zika vírus transformam-se em letra inócua quando falta vontade política para assegurar mecanismos de averiguação de seu cumprimento, incompatíveis com o interesse esperado de agir do Poder Público Brasileiro e, que por fim acabam gerando os litígios de massa pelos demandantes ou resignação de luta pelos acometidos pelas sequelas do Zika vírus aos direitos à saúde e a uma vida digna.

O que sinaliza a insatisfação da população acerca das políticas públicas, bem como a exclusão de minorias acaba por protagonizar o Poder Judiciário para imediata intervenção no que concerne aos litígios de massa em matéria dessas políticas.

No contexto jurídico em que aborto é crime pairam dúvidas se existem demandas judiciais no caso da epidemia do Zika vírus para essa finalidade, o que torna a pesquisa um ponto de partida para sua discussão, sobretudo, quanto à análise da efetividade das políticas públicas para uma prestação de serviços de saúde que combatam vetores causadores de doenças graves e incapacitantes.

O ordenamento jurídico brasileiro é claro quanto à criminalização do aborto, visto estar previsto que caso seja provocado pela própria gestante ou com seu consentimento existe penalização de detenção, de um a três anos, conforme art. 124 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940).

Caso uma terceira pessoa provoque o aborto, porém sem o consentimento da gestante há pena de reclusão, de três a dez anos, conforme art. 125 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940).

Se porventura uma terceira pessoa provoque o aborto, porém com o consentimento da gestante há pena de reclusão, de um a quatro anos, conforme art. 126 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940).

Mesmo que o aborto seja provocado com o consentimento da gestante, mas não sendo ela maior de quatorze anos, ou sendo a mesma alienada ou débil mental, ou caso o consentimento seja obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência há pena de

reclusão, de três a dez anos, conforme parágrafo único do art. 126 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940).

Existem as formas qualificadas de quem pratica o aborto, cujas penas são cominadas nos artigos 125 e 126 do Código Penal Brasileiro, com aumento de um terço e, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para causá-lo, a gestante vem a sofrer lesão corporal de natureza grave há duplicação da pena, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte, de acordo com art. 127 do Decreto-Lei nº 2.848, de 07/12/1940 (BRASIL, 1940).

O Código Penal Brasileiro é taxativo em prever que não se pune o médico, quando se tratar do aborto necessário, se não há outro meio de salvar a vida da gestante ou se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal conforme incisos I e II do art. 128, respectivamente, deste mesmo mandamento legal (BRASIL, 1940).

Diferentemente do aborto, o infanticídio já caracterizaria o crime de matar o próprio filho sob a influência do estado puerperal, durante o parto ou logo após, cuja pena é a detenção, de dois a seis anos, conforme art. 123 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940).

Dentro da posição contrária ao aborto, a legislação brasileira é restritiva, a exceção do aborto necessário para salvar a vida mãe e àquele resultado de estupro, conforme anteriormente mencionado. A epidemia do Zika vírus trouxe de volta à tona as teses defensivas ao aborto, porém estampado a um direito reprodutivo e sexual da mulher como suposto requisito legítimo de isonomia entre os gêneros para opção de livre arbítrio favorável a tal prática, todavia sem levar em consideração as políticas públicas que deveriam ser destinadas a um público exclusivamente feminino, e que também desconsidera insensivelmente os direitos fundamentais do nascituro.

O direito à reprodução consiste naquilo que deve preceder a concepção, pois ainda não há vida humana gerada resultado da fusão de gametas masculino e feminino e o limite gestacional debatido para praticar aborto não implica em sentir menor dor ou menos sofrimento. No âmbito de respeito à vida humana, ainda que com malformações neurológicas diagnosticadas no nascituro como no caso da epidemia do Zika vírus existem estudos que comprovam a compatibilidade com a vida extrauterina, ao contrário de situações inviáveis como a anencefalia, na qual a mulher se veria obrigada a gerar um nascituro sem a menor chance de sobreviver quando nascesse, o que lhe submeteria um extenso sofrimento físico e psíquico em vão.

Na defesa do direito à vida do nascituro com malformações neurológicas de múltiplas naturezas, seja do Zika vírus, seja de outras etiologias, porém compatíveis com a vida extrauterina, em que se pesem as limitações físicas e morfofuncionais subjacentes, impende destacar a existência de duas posições assumidas pelo legislador, segundo Papaleo (1993):

1. Conceituar com amparo legal as situações limitadas, nas quais é admissível provocar o aborto, cujas restrições se remetem em certas leis ainda que não absolutamente proibitivas, quase assim se aproxima ao admitir solução exclusivamente heroica a fim de salvar a vida da gestante;
2. Remeter a criança a um estado de sorte por nascer ao arbítrio da mãe, investindo-a de um poder absoluto por meio de permissividade máxima.

Resultado desse paradigma contra ou a favor da legalização do aborto tem-se vertentes antagônicas de discursos que apontam questões relevantes para continuidade das discussões que estejam de acordo com as leis e normas de um país a clamar pelos direitos à luz de sua adaptabilidade para cada caso concreto. Nesse sentido:

Em relação à condenação ou descriminalização do aborto, vemos, portanto, que os dois pólos da sociedade são, em um extremo, os movimentos de mulheres (principalmente as feministas) apelando para “O direito ao próprio corpo” e, no outro extremo, o movimento que apela para “O direito à vida”, ambos de cunho internacional, tendo este último sua origem em elementos da igreja católica e outros grupos identificados com sua ideologia, e o primeiro em uma conscientização histórica das mulheres reagindo contra sua discriminação de modo geral. Apesar de nenhum desses dois movimentos estar interessado na questão demográfica em si, mas sim tendo em vista seja a liberdade individual de cidadãos e cidadãs, seja uma questão filosófica sobre o que é a vida, são ambos com frequência manipulados por políticas natalistas e antinatalistas que visam a aspectos econômicos, raciais e eugênicos, empregando estes ou aqueles argumentos conforme os interesses em jogo (PRADO, 2007, p.79)

Nota-se, porém, que as mulheres realmente sofrem diferenças de tratamento em relação aos homens desde a época da industrialização e que sem dúvida suas subjetividades em relação ao aborto ou infanticídio podem estar sendo desconsideradas sem o devido comprometimento do Estado, de suas famílias e de toda a sociedade, especialmente quando decorrentes da epidemia do Zika vírus em que não se promovem políticas públicas efetivas e duradouras.

A punição brasileira para o aborto vem desde a época do Código Criminal do Império, promulgado em 16 de dezembro de 1830, o que se repreendia qualquer meio empregado de forma interna ou externa com o consentimento da mulher na realização de tal prática (PAPALEO, 1993).

Quando se comparam mulheres presidiárias com os homens também presidiários é imperioso afirmar que:

[...] do ponto de vista técnico, o trabalho feminino é preterido com relação ao masculino. A mentalidade penal que se firma nos Códigos [...] é adequada a este padrão de industrialização, excludente do trabalho feminino. O trabalho industrial é pensado por essa mentalidade como “degradante” da condição feminina, o que fornece uma justificativa ideológica para sua exclusão (LIMA, 1983, p.37).

Por outro lado, o desrespeito pela vida marca o cenário de todos os países e a população criminal cresce ao longo dos tempos, o que requer uma política de segurança eficaz de combate à criminalidade pelo Estado junto a toda a sociedade e às famílias em defesa a paz, tolerância, segurança nacional e dignidade.

De acordo com Madeira da Costa (2005), o sistema penal não identifica as áreas de negatividade social, as necessidades individuais e comunitárias que justificam uma intervenção institucional transdisciplinar.

As detentas por suas necessidades especiais requerem atenção por parte do Poder Público, porque em muitas ocasiões são abandonadas por suas famílias e seus companheiros, encontrando-se desiludidas e desamparadas com seus dramas e subjetividades específicas - presidiárias grávidas, em fase de aleitamento, fase menstrual ou de climatério, e ainda as mais idosas que não têm quaisquer perspectivas de liberdade pelo avançar da idade.

O papel do Estado é tão importante quanto o da família para transmitir valores aos cidadãos, assim como o é na educação preventiva, a partir da disseminação de valores de direito criminal, constitucional, de família, etc. Por outro lado, o Estado tem o dever de zelar pela segurança de todos, mas sem esquecer-se do seu papel de angariar esforços para reintegração de ex-detentas no mercado de trabalho formal.

As detentas precisam ser recuperadas com penas de cunho mais pedagógico, do que menos restritivas de direitos, como o de educação tão sobressalente para essa população carcerária.

A reforma do código penal é necessária, considerando que o arcabouço legislativo é quase que fictício na área criminal com retrato da ineficiência do Estado em educar e alfabetizar a população prisional que não delinque ou deixa de delinquir em função do tempo de pena e suas cominações de acordo com as formas tipificadas com as qualificadoras do aborto ou infanticídio.

Outrossim, o Código Penal foi publicado em 1940 e a Constituição brasileira é de 1988 e ambos precisam relacionar-se positiva e harmonicamente com os princípios da continuidade jurisprudencial e com a adaptabilidade de um direito, além de princípios importantes como a legalidade tão matricial na constituição vigente construída a partir de um projeto social democrático com fundamentos e fins, objetivando a tolerância, a autonomia relativa da vontade com a ponderação da liberdade, a paz e a segurança nacional de todos.

O papel de atores sociais como o Estado, a mídia, a família e as ONGS na construção de uma sociedade mais tolerante é conferir justiça por meio de um ordenamento social democrático que permita harmonia entre política, opinião pública e grupos sociais, com o fito de permitir equilíbrio entre as diretrizes dos tribunais.

O aborto é um problema de difícil equacionamento jurídico junto à sociedade como um todo, porque a preservação da vida é sobressalente e o atendimento especial às mulheres também é de grande valor.

Por sua vez, há necessidade de um macroprojeto de educação preventiva de natalidade como um dos pilares de política pública em contraponto à política de penalização exacerbada das mulheres que cometem aborto ou infanticídio decorrente ou não da epidemia do Zika vírus. Assim, valorizar-se-iam preceitos de um adequado planejamento familiar com métodos contraceptivos eficazes e de cobertura geográfica ao alcance de todas as mulheres em idade fértil e que podem engravidar, além de vínculo, acolhimento e responsabilização requerida por equipe multidisciplinar da área de saúde com consultas regulares, compreendendo médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros.

A conscientização voltada para uma gravidez planejada e segura traz resultados benéficos às famílias, sobretudo porque atualmente existem avanços técnico-científicos que permitem que as mulheres inclusive engravidem por meio de inseminação artificial, o que também envolve inúmeros dilemas éticos, uma vez que se decide ao livre arbítrio se a produção será independente, escolhendo pela criança a ser gerada se esta terá ou

não a presença de uma mãe ou um pai biológico para acompanhá-la ao longo de sua vida.

O Projeto de Lei nº 4.396/2016 de autoria do Deputado Anderson Ferreira Rodrigues do PR-PE que tramita ordinariamente na Câmara dos Deputados desde 16/02/2016 tem como objetivo alrear dispositivo do Código Penal (Decreto- Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940) para prever aumento de pena no caso de aborto praticado em razão da microcefalia ou anomalia do feto.

Contudo, a regulamentação de aumento da penalização do aborto em razão da microcefalia ou outras anomalias demonstra a preocupação estritamente punitiva e não resolutiva do Poder Legislativo, prescindindo de projetos de lei de cunho pedagógico que de fato enfrentem o problema do aborto como realidade de vida das mulheres totalmente desamparadas pelo Poder Público que sequer estuda ou elabora políticas em longo prazo para acudir as famílias pobres que já têm crianças apresentando sequelas neurológicas graves decorrentes do Zika vírus.

Pelo contrário, ressalta-se politicamente a defesa da preservação da vida dos nascituros, mas sem levar o mínimo de condições de subsistência para essas famílias marginalizadas e sem recursos, sem provê-las de uma assistência social e preventiva para controle de natalidade em epidemias teratogênicas, incapacitantes e deletérias, e sem combater eficazmente os vetores transmissores do Zika vírus.

Em relação às várias dificuldades, a maior delas é a dependência de cuidados que se estenderá por toda a vida dessas crianças acometidas por síndromes congênitas neurológicas decorrentes do Zika vírus. Desta forma, é possível prever que:

Do nascimento ao fim da infância, os pais de crianças deficientes devem estar conscientes de que tantas vezes sentem-se atormentados pelas muitas necessidades físicas de seus filhos, o seu sofrimento, o desconforto físico, a necessidade de dietas especiais, as frequentes consultas médicas e as medicações especiais, que podem deixar de perceber que, assim como as outras crianças, essas também têm necessidades normais. Precisam dos mesmos afagos, o mesmo amor, o mesmo carinho, os mesmos estímulos linguísticos, as mesmas oportunidades para explorarem seus próprios corpos e o ambiente. Em outras palavras, todas aquelas pequenas coisas que mostrarão a elas que são amadas, que estão sendo cuidadas e que se encontram em segurança; coisas que lhes dirão que fazem parte de um mundo maior e de que lhes é possível usar o ambiente para a descoberta e o crescimento contínuos. Muitas vezes, nesses primeiros anos, crianças portadoras de deficiências físicas e mentais passam grande parte do tempo em hospitais. Isso cria uma separação quase contínua da intimidade física da família e do aconchego e segurança do lar. O relacionamento afetivo entre os pais e a criança é tão importante nesses primeiros tempos e está tão de perto relacionado ao bem-estar físico, mental e psicológico da criança, que muitos

hospitais criaram unidades onde as mães podem ficar com as crianças em internações prolongadas (BUSCAGLIA, 1993, p.37).

Outro problema que deve ser enfrentado é o abandono das crianças com sequelas neurológicas em hospitais e abrigos, o que pode ser agravado com o quadro de epidemia do Zika vírus, uma vez que nessa situação a criança deficiente fica totalmente desamparada por falta da mãe e do pai num ambiente estranho, frio e não familiar. Desta forma, é imprescindível que o Poder Público ampare as famílias que se encontram em dificuldades, sendo fundamental um plano de ação de âmbito nacional para trazer à tona soluções que estejam mais próximas à realidade delas. Assim, prescreve-se que no âmbito penal é recomendável que:

A busca da realidade dos acontecimentos, de sua verdade, tal como se objetiva alcançar no processo penal, precisa se submeter à verdade do indivíduo – e superá-la, a fim de manifestá-la plenamente-, e a verdade latente, mas oculta sob aparência da mentira, precisa ser trazida à luz (CHALITA, 2012, p.177).

Posto que o abandono de incapaz também é considerado crime pelo Código Penal brasileiro como funciona a persecução penal pelo Poder Público em meio a essas circunstâncias que podem ser de difícil contorno quando na verdade a pista para encontrar os pais pode ser um endereço falso ou inexistente?

Não menos grave que o aborto, o abandono de crianças com sequelas e anomalias neurológicas requer do Estado, das famílias e de toda a sociedade uma solução eficaz e abrangente, uma vez que muitos abrigos vivem de doações sem patrocínio ou manutenção investida pelo Poder Público.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo qualitativo-descritivo, cujo objetivo foi analisar a literatura sobre as principais publicações acerca das políticas públicas brasileiras existentes no enfrentamento do Zika vírus e suas consequências, tendo por base as implicações do aborto no âmbito nacional e internacional.

A abordagem qualitativa se adequou à corrente pesquisa devido à aplicabilidade da análise de textos e documentos como um dos seus quatro métodos principais, além da observação, entrevistas e grupos focais, e gravações em áudio e vídeo (SIVERMAN, 2009).

De acordo com Godoy (1995), a abordagem qualitativa não compreende uma proposta rigidamente estruturada, o que permite novos enfoques a serem explorados na pesquisa.

3.2 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos indiretos desta pesquisa foram as temáticas da literatura que compreenderam as mulheres grávidas de fetos diagnosticados com microcefalia e àquelas com filhos nascidos com microcefalia ou outras síndromes congênitas neurológicas decorrente do Zika vírus envolvidos no contexto das políticas públicas disponíveis, bem como as implicações do aborto nessa seara complexa de confrontação entre os direitos reprodutivos das mulheres e os direitos humanitários à vida dos nascituros com sequelas neurológicas do Zika vírus.

Os critérios de inclusão foram os documentos selecionados com palavras-chaves sobre epidemia, Zika vírus, políticas públicas, aborto e judicialização.

Os critérios de exclusão foram as temáticas diversas dos critérios de inclusão não relacionados ao objeto do estudo desta pesquisa.

No que diz respeito ao orçamento da pesquisa, cabe destacar o fato de que será de responsabilidade da pesquisadora o ônus de qualquer despesa financeira com

aquisição de recursos materiais, como material bibliográfico para revisão de literatura, tratamento analítico dos dados, dentre outros.

3.3 Cenário do estudo

A pesquisa foi desenvolvida através de vários bancos de dados eletrônicos inter-relacionados à rede mundial de computadores.

3.4 Técnicas de coleta de dados

Os dados foram coletados a partir da técnica de busca aplicada na *internet* diretamente relacionada à rede mundial de computadores.

Os instrumentos de obtenção de dados foram as ferramentas do pacote *office*, tais como programas de processador de texto, banco de dados, etc.

3.5 Tratamento e análise dos dados

Foi usada a análise documental com o objetivo de examinar os dados eletrônicos relacionados ao objeto de estudo por meio de sínteses dos tópicos principais para melhor elucidação do problema de pesquisa.

Para Godoy (1995, p.22), “A pesquisa documental é também apropriada quando queremos estudar longos períodos de tempo, buscando identificar uma ou mais tendências no comportamento de um fenômeno.”

A análise documental permitiu identificar os fatores mais marcantes dos achados científicos sobre a epidemia do Zika vírus e seus efeitos devastadores na saúde pública e o perigo de vir a se tornar uma pandemia.

Conforme Godoy (1995, p.22), “Uma das vantagens básicas desse tipo de pesquisa é que permite o estudo de pessoas às quais não temos acesso físico, porque não estão mais vivas ou por problemas de distância.”

3.6 Aspectos éticos em pesquisa

Não haverá necessidade de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em razão da pesquisa ser documental.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há ainda muito debate acerca da crise epidemiológica instalada pelo Zika vírus que está prestes a se tornar uma pandemia, considerando a sua rápida transmissão e o processo de globalização, o que vem envolvendo discussões entre governos, Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Mundial da Saúde (OMS) e outras instituições.

As campanhas oficiais do Ministério da Saúde têm uma divulgação limitada e a conscientização individual não substitui medidas eficazes consolidadas em uma macropolítica de governo empenhada em implementar um macro projeto de saúde pública funcional em caráter de emergência, sem esquecer da prevenção secundária e terciária em longo prazo, desde um diagnóstico resolutivo e uma reabilitação promissora voltada para as famílias que tiveram crianças com comprometimento no desenvolvimento cerebral e microcefalia ou outras anomalias neurológicas decorrentes do Zika vírus.

As medidas de prevenção do Zika vírus vem sendo colocadas sob uma responsabilização predominante da população que assume o risco de ter sequelas neurológicas na gravidez e até a morte do concepto, sem que o Estado estabeleça planos de ação na saúde pública, especialmente destinado ao público feminino, negro e pobre, que sofre marginalização social crescente agravada pela estagnação econômica que assola o país em descontinuidades assistenciais desintegradas, além da falta de acolhimento social, terapêutico e psicológico, bem como a falta de responsabilização profissional e institucional no âmbito do subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Há também a questão do abandono da própria família em muitos casos do parceiro que pode não aceitar a criação de uma criança deficiente que requer cuidados neurológicos por toda a vida, além de insuficiência de recursos e aparato para lidar com a quantidade de despesas advindas da infecção do Zika vírus.

Todavia, a discussão da legalidade do aborto no caso da microcefalia diagnosticada nos fetos das mães que foram infectadas pelo Zika vírus gera profundos debates polêmicos que não podem representar uma medida oportuna e conveniente para o não enfrentamento do problema, eis que há uma necessidade primordial de definição

de políticas de governo sérias capazes de alavancar resultados eficazes ao transpassar a crise da saúde pública valorizando a vida humana acima de tudo.

A mera delegação de responsabilidade do Poder Pública para o direito à escolha da mulher num cenário em que o aborto deixe de ser penalizado como um crime à vida do concepto não pode prescindir de razões biomédicas e científicas e especialmente bioéticas, no que tange à seleção de genes potencialmente capazes por meio de abortos voluntários. Há que se ter em mente que o direito à vida do feto precisa ser representado como uma questão humanitária, e não somente os direitos da mulher já que ambos são vulneráveis e hipossuficientes em relação aos efeitos sindrômicos neurológicos causados pelo Zika vírus.

Porém, não se podem legislar punições exacerbadas para as mulheres que praticaram aborto por razões de microcefalia ou outras anomalias com tantas lacunas no serviço público que falha ao zelar por uma saúde de qualidade com foco no usuário, da mesma forma que inexistente uma política pública social integral capaz de propor planos de ação para o enfrentamento da epidemia do Zika vírus de forma plena e satisfatória.

A preservação da vida do nascituro é importante, porque se trata de um ser frágil e incapaz de defender-se sozinho, mas embora não se tenha consenso na sociedade civil sobre a quem cabe os fatores relacionados à terminalidade da vida desses seres que estão sendo gerados com anomalias congênitas neurológicas, resta-nos cobrar providências para uma política pública nacional de saúde séria, comprometida e resolutiva e não campanhas de governo esporádicas, assistencialistas, demagogas e sem resultados.

Torna-se essencial fomentar debates abordando aspectos sociais e filosóficos do aborto assistido por médicos na epidemia do Zika vírus, sendo necessário discutir esse tema exaustivamente, visto que as decisões repercutirão na vida de toda a sociedade, o que também exigirá do Poder Público medidas que estabeleçam condições de fornecer assistência básica à saúde de toda a população.

O enfoque ao planejamento familiar supervisionado por clínicas das famílias no SUS precisa ser suscitado pelo Poder Público simultaneamente às ações de combate sistêmico aos mosquitos *Aedes aegypti*, o que prioriza ações de governo voltadas para o saneamento básico, tratamento de águas e esgotos, limpeza urbana dos asfaltos e das comunidades, retirada de lixo e disseminação de inseticidas que não causem danos à saúde da população.

Por outro lado, enquanto a vacinação capaz de imunizar as pessoas contra o Zika vírus ainda é uma promessa científica testada apenas em camundongos cabe a cada individuo também conscientizar-se das medidas necessárias para combater o *Aedes aegypti*, não acumulando lixos, não deixando a água parada em recipientes abertos e tomando as precauções necessárias para redução do risco de transmissão como o uso de preservativos nas relações sexuais, além de ser recomendável esperar para engravidar e se não for possível não abandonar o pré-natal regular com acompanhamento médico e obstétrico.

Não deixar o mosquito *Aedes aegypti* se reproduzir é fundamental, o que exige evitar o acúmulo de água a fim de eliminar qualquer fonte de água parada, pois ela pode se acumular em: pneus velhos; lixos; piscinas; aquários; bueiros; ralos; poças geradas por desnível dos pisos; pratos de vasos de plantas; reservatórios de água da geladeira; caixas d'água; pratos de água de animais de estimação; calhas; garrafas PET; tampas de garrafas; vasos sanitários em desuso dentre outros objetos.

Medidas profiláticas relacionadas à gestante também são de extrema importância, tais como uso de roupas compridas que funcionam como uma barreira física para a picada do mosquito e uso de repelentes adequados que não irão causar danos ao concepto. Tais práticas, apesar de serem eficazes contra a contaminação pelo vírus não são amplamente utilizadas ou por desconhecimento da gestante ou simplesmente por descaso, o que faz com que os índices de contaminação nesse grupo continuem bastante altos.

Infelizmente a discussão acerca da possibilidade jurídica ou não do aborto de crianças microcefálicas se faz necessária até que a eficácia em humanos das vacinas ainda em teste sejam provadas, algo que, entre teste em camundongos e teste em humanos podem durar anos, de acordo com os protocolos internacionais estabelecidos pela OMS. Outras questões ainda têm que ser consideradas, pois, à semelhança de determinadas doenças congênitas, como a síndrome de Down, em que a penetrância das alterações fenotípicas são extremamente variadas, com crianças acometidas desde forma leve da síndrome até acometimentos totalmente incapacitantes, a infecção pelo Zika vírus pode causar desde nenhum dano cerebral clinicamente evidenciável até processos de degeneração neuronal extrema, com microcefalia secundária associada, já que o cérebro do feto não consegue crescer no ritmo normal. Ainda mais, pacientes microencefálicos podem ter áreas de acometimento neuronal diferentes, o que irá cursar com danos cognitivos e motores diferenciados em pacientes com mesmo grau de

redução do perímetro encefálico. Portanto, prever o grau de comprometimento intelectual e motor do concepto apenas por métodos de imagem ou exames laboratoriais que por ventura possam justificar medidas extremas como o aborto ainda são extremamente ineficazes para definir tal questão.

REFERÊNCIAS

AL-ABDELY, Hail M. Zika: an emerging teratogenic virus. **Saudi Medical Journal**, Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia, v.37, n.8, p.831-833.2016.

ALMEIDA, Margareth Aparecida Santini de. *et al.* Legislação brasileira relativa ao aborto: o conhecimento na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v.36, n.2, p.243-248.2012.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília**, DF, 31 dez. 1940. Seção 1, p.2391. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em 10 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 32, 2016a. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v.47, n.33, p.1-10. 2016.

BRASIL. Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016b. Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika; e altera a Lei no 6.437, de 20 de agosto de 1977. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília**, DF, 28 jun. 2016. Seção 1, p.1. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13301.htm>. Acesso em: 18 dez.2016.

BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B.G. The earliest relationship: parents, infants and the drama of early attachment. **Readings**, M.A. Addison-Wesley Publishing Company Inc., 1990 apud FAÚNDES, Aníbal; BARZELATTO, José. **O drama do aborto em busca de um consenso**. Campinas: Editora Komedi, 2004.304p.

BUCKSHEE, K. Impact of roles of women on health in India. **International Journal Gynaecol & Obstetrics**, v.58, p.35 - 42.1997 apud FAÚNDES, Aníbal; BARZELATTO, José. **O drama do aborto em busca de um consenso**. Campinas: Editora Komedi, 2004.304p. FAÚNDES, Aníbal; BARZELATTO, José. **O drama do aborto em busca de um consenso**. Campinas: Editora Komedi, 2004.304p.

BUSCAGLIA, Leo. **Os deficientes e seus pais: um desafio ao aconselhamento**. Tradução de Raquel Mendes. Rio de Janeiro: Editora Record. 1993.415p.

CAMARGO, Thais Medina Coeli Rochel de. O debate sobre aborto e Zika: lições da epidemia de AIDS. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.5, p.1- 3, mai.2016.

CASAS, L. **Mujeres procesadas por aborto**. Foro Abierto de Salud Y Derechos Reproductivos. Santiago, Chile, 1996 apud FAÚNDES, Aníbal; BARZELATTO, José. **O drama do aborto em busca de um consenso**. Campinas: Editora Komedi, 2004.304p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Proteja sua família e a comunidade.** Como o Zika se dissemina. Disponível em: <
<https://portugues.cdc.gov/zika/transmission/index.html>> . Acesso em 11 jun. 2017.

CHALITA, Gabriel. **A sedução no discurso.** São Paulo: Planeta, 2012.192p.

CUELLO, Amparo de Jesús Zárate. ¿ Es el aborto um derecho sexual y reproductivo de la mujer? Análisis desde el bioderecho, la bioética, la biopolítica y la biojurídica em Estados Unidos, España y Colombia. **Revista Latinoamericana Bioética**, v.14, n.2, ed.27, p.12-27. 2014.

DICK, GW; KITCHEN, SF; HADDOW, AJ. Zika virus. Isolations and serological specificity. **Trans R Soc Trop Med, Hyg**, v.46, p.509-520.1952 apud MARCONDES, Carlos Brisola; XIMENES, Maria de Fátima Freire de Melo. Zika virus in Brazil and the danger of infestation by Aedes (Stegomyia) mosquitoes. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.49, n.1, p.4-10, jan./fev. 2016.

DINIZ, Débora; ALMEIDA, Marcos de. Bioética e aborto. In: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; Oselka, Gabriel; GARRAFA, Volnei (Coords.). **Iniciação à bioética.** Brasília: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1998. p.125-137.

DUARTE, Elisete; GARCIA, Leila Posenato. Editorial: pesquisa e desenvolvimento para o enfrentamento da epidemia pelo vírus Zika e suas complicações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil (RESS)**, Brasília, v.25, n.2, p.231-232, abr./jun.2016.

FAÚNDES, Aníbal; BARZELATTO, José. **O drama do aborto em busca de um consenso.** Campinas: Editora Komedi, 2004.304p.

FONTE, Felipe de Melo. **Políticas públicas e direitos Fundamentais.** São Paulo: Saraiva. 2013.354p.

GALLI, Beatriz; DESLANDES, Suely. Ameaças de retrocesso nas políticas de saúde sexual e reprodutiva no Brasil em tempos de epidemia de Zika. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.4, p.1-3, abr.2016.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.35, n.3, p.20-29, mai./jun. 1995.

HAUG, CJ; KIENY, MP; MURGUE, B. The zika challenge. **New England Journal of Medicine**, England, v.374, n.19, p.1801-3, mai.2016 apud DUARTE, Elisete; GARCIA, Leila Posenato. Editorial: pesquisa e desenvolvimento para o enfrentamento da epidemia pelo vírus Zika e suas complicações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil (RESS)**, Brasília, v.25, n.2, p.231-232, abr./jun.2016.

LIMA, Elça Mendonça. **Origens da prisão feminina no Rio de Janeiro: o período das freiras (1942-1955).** Rio de Janeiro: OAB. 1983.89p.

LOTUFO, Paulo Andrade. Epidemia de Zika e desigualdades sociais: Brasil e seu destino. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v.134, n.2, p.95-6. 2016.

MARTINS, Aglaete Nunes. **Aborto: crime ou castigo?** Rio de Janeiro: Litteris Ed.; Kroart. 2005.80p.

NUNES, Magda Lahorgue et al. Sociedade Brasileira de Pediatria. Microcefalia e vírus Zika: um olhar clínico e epidemiológico do surto em vigência no Brasil. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v.92, n.3, p.230-240.2016.

MADEIRA DA COSTA, Yasmin Maria Rodrigues. **O significado ideológico do sistema punitivo brasileiro.** Revisão de Paulo Guanaes e Roberto Teixeira. Rio de Janeiro: Revan, 2005.128p.

MARCONDES, Carlos Brisola; XIMENES, Maria de Fátima Freire de Melo. Zika virus in Brazil and the danger of infestation by *Aedes (Stegomyia)* mosquitoes. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.49, n.1, p.4-10, jan./fev.2016.

MILOSEVIC, Ioan; SLADE, Eirion; DRYSDALE, Henry. Anticipating the international spread of Zika virus from Brazil. **Correspondence. Compare Project Team**, v.387, n. 23, p.335-336, jan. 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** 4.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.144p.

PAPALEO, Celso Cezar. **Aborto e contracepção: a atualidade e complexidade da questão.** Rio de Janeiro: Renovar, 1993.497p.

PÉREZ-AGUIRRE, L. Religious aspects of induced abortions. In: **Meeting of Parliamentarians from Latin America and the Caribbean on Induced Abortion.** Universidad Externado de Colombia, 2000.p.47-69. apud FAÚNDES, Aníbal; BARZELATTO, José. **O drama do aborto em busca de um consenso.** Campinas: Editora Komedi, 2004.304p.

PITANGUY, Jacqueline. Os direitos reprodutivos das mulheres e a epidemia do Zika vírus. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.5, p.1-3, mai.2016.

PRADO, Danda. **O que é aborto.** 2.ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007.90p. (Coleção primeiros passos, n.126).

RODRIGUES, Diego Pereira *et al.* A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.614-620, out./dez. 2015.

RODRIGUES, Anderson Ferreira. **Projeto de Lei nº 4396, de 2016.** Altera dispositivo do Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940) para prever aumento de pena no caso de aborto cometido em razão da microcefalia ou anomalia do feto. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2077282>>. Acesso em 11 jun. 2017.

SHAN, Chao et al. A live-attenuated Zika virus vaccine candidate induces sterilizing immunity in mouse models. **Nature Medicine**, v. 10.1038, n.4322, p.1-7,abr.2017.

SILVERMAN, David. **Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações.** Tradução de Magda França Lopes. Consultoria, supervisão e revisão técnica de Dirceu da Silva. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.376p.

VENTURA, Miriam; CAMARGO, Thais Medina Coeli Rochel de. Direitos reprodutivos e o aborto: as mulheres na epidemia de Zika. **Direito & Práxis revista**, Rio de Janeiro, v.7, n.15, p.622-651.2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v.56, n.3, p.247-253.1977 apud FAÚNDES, Aníbal; BARZELATTO, José. **O drama do aborto em busca de um consenso.** Campinas: Editora Komedi, 2004.304p.