

VOZES SILENCIADAS
A EXPERIÊNCIA DA MULHER COM O ZIKA VÍRUS
BRASIL 

CENTRO
DE
DIREITOS
REPRODUTIVOS

 **HARVARD**
T.H. CHAN
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

WOMEN AND HEALTH
INITIATIVE



Centro de Direitos Reprodutivos (Center for Reproductive Rights)

O Centro de Direitos Reprodutivos (o Centro) é a organização líder global dedicada à promoção de avanços à saúde reprodutiva do homem e da mulher, ao direito de escolha e à dignidade. Sua missão é direta e ambiciosa: alcançar o reconhecimento da saúde reprodutiva, e do direito à mesma, como direito humano fundamental, tornando-se dever dos governos de todo o mundo protegê-los, respeitá-los e cumpri-los. Sediado na cidade de Nova York, o Centro possui escritórios regionais na América Latina, África, Ásia e Europa.

Iniciativa Mulher e Saúde da Faculdade T. H. Chan de Saúde Pública de Harvard (Harvard T. H. Chan School of Public Health | Women and Health Initiative)

A Iniciativa Mulher e Saúde da Faculdade T. H. Chan de Saúde Pública de Harvard oferece apoio às mulheres para desenvolverem seu potencial como profissionais, tomadoras de decisões e lideranças em sistemas de saúde, promovendo seu compromisso e preparo, conseqüentemente, para gerar avanços à agenda da saúde da mulher. A iniciativa conta com recursos e conhecimento de toda a Faculdade T.H. Chan de Saúde Pública de Harvard e da comunidade da universidade de maneira mais ampla para desenvolver perspectivas interdisciplinares e alcançar soluções inovadoras aos desafios enfrentados por mulheres com relação à saúde pública. A Iniciativa também conecta parceiros globais, incluindo governos, fundações, a iniciativa privada, agências multilaterais, organizações não governamentais e outros atores interessados.

Parceria de Justiça na Saúde Global | Faculdade de Direito e Faculdade de Saúde Pública de Yale (Yale Law School and Yale School of Public Health | Global Health Justice Partnership)

A Parceria de Justiça na Saúde Global é um programa colaborativo entre a Faculdade de Direito e a Faculdade de Saúde Pública de Yale que aborda desafios da confluência entre saúde global, direitos humanos e justiça social. A parceria é pioneira em um campo inovador e interdisciplinar de pesquisa, ensino e prática, aproximando diversos líderes para colaborar em pesquisa, políticas e intercâmbio acadêmico.

© 2018 Center for Reproductive Rights

Center for Reproductive Rights
199 Water Street, 22 Floor, New York, NY, 10038, USA

As opiniões, atribuições e recomendações contidas no presente relatório não refletem necessariamente o posicionamento oficial do Centro de Direitos Reprodutivos, ou das universidades de Harvard e Yale.

publications@reprights.org
reproductiverights.org

VOZES SILENCIADAS

A EXPERIÊNCIA DA MULHER COM O ZIKA VÍRUS

BRASIL

CENTRO
DE
DIREITOS
REPRODUTIVOS

 **HARVARD**
T.H. CHAN
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

WOMEN AND HEALTH
INITIATIVE



SUMÁRIO

DISQUE SAÚDE
136
www.saude.gov.br



#MOSQUITONÃO

Elimine os criadouros do mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya

Conte suas histórias de vidas melhoradas por essas doenças



saude.gov.br/combateaedes



Agradecimentos	4
Glossário	6
Prefácio	9
Resumo Executivo	10
Metodologia	15
Contexto	16
Conclusão	34
Recomendações	35



Agradecimentos

Esse relatório foi elaborado de maneira colaborativa por uma equipe de especialistas em direitos humanos e saúde pública, liderada pelo **Centro de Direitos Reprodutivos (Center for Reproductive Rights, o Centro)** em parceria com a **Iniciativa Mulher e Saúde da Faculdade T. H. Chan de Saúde Pública de Harvard (Women and Health Initiative, Harvard T. H. Chan School of Public Health)** e a **Parceria de Justiça na Saúde Global da Faculdade de Direito e da Faculdade de Saúde Pública de Yale (Global Health Justice Partnership, Yale Law School and Yale School of Public Health)**.

Centro de Direitos Reprodutivos (Center for Reproductive Rights)

Sebastián Rodríguez Alarcón, chefe do programa da América Latina e do Caribe, supervisionou a idealização, pesquisa e publicação do relatório; **Rachel Kohut**, estagiária do Programa Global de Direito atuou como pesquisadora e editora; **Alejandra Cárdenas**, diretora-adjunta do Programa Global de Direito, ajudou a guiar o conteúdo e a estrutura, servindo como revisora final do relatório; **Emma Stoskopf-Ehrlich**, coordenadora do Programa Global de Direito, editou o relatório.

Agradecemos pelas considerações e contribuições de **Catalina Martínez Coral**, diretora regional para a América Latina e o Caribe e de **Meera Shah**, conselheira global de advocacy. **Marie-Cassandre Wavre** e **Denise Babirye**, estagiárias do Programa Global de Direito, contribuíram para a realização desse relatório.

Iniciativa Mulher e Saúde da Faculdade T. H. Chan de Saúde Pública de Harvard (Women and Health Initiative, Harvard T. H. Chan School of Public Health)

Corey Prachniak-Rincón, cientista visitante, atuou na liderança da pesquisa e na autoria desse relatório. **Ana Langer**, diretora da Iniciativa e da Força Tarefa de Saúde Materna e **Jacquelyn M. Caglia**, diretora-adjunta da Iniciativa e da Força Tarefa de Saúde Materna, ofereceram apoio técnico e orientação para elaboração desse relatório. O estudante **Gabriel Lopez** realizou trabalho em campo e pesquisa para o relatório sobre a Colômbia.

Parceria de Justiça na Saúde Global da Faculdade de Direito e da Faculdade de Saúde Pública de Yale (Global Health Justice Partnership, Yale Law School and Yale School of Public Health)

Christine Ricardo, pesquisadora e professora de Direito, desempenhou um papel fundamental ao longo do processo de pesquisa, disponibilizou conhecimento técnico e conduziu trabalho de campo e pesquisa no Brasil para o relatório. **Alice Miller**, codiretora da Parceria e professora-adjunta de Direito, ofereceu conhecimento e supervisão do envolvimento da Parceria. Os estudantes afiliados à Parceria **Paige Baum** (YSPH, 2017), **Kelseanne Breder** (Divinity, 2018), **Andrea Espinoza** (YSPH, 2018), **Juliana Cesario Alvim Gomes** (YLS, 2017), **Hayden Rodarte** (YLS, 2019), e **Shaadee Ahmadnia** (Yale University Fox International Fellow) organizaram pesquisas contextuais, prepararam protocolos de estudo, conduziram e analisaram entrevistas com atores centrais e comunidades impactadas pelo Zika vírus no Brasil e em El Salvador.

Multimídia

As fotografias foram tiradas por **Victor Raison** na Colômbia, **Alisson Louback** no Brasil e **Juan Carlos** em El Salvador. **Erin Greenberg**, gerente global de estratégias digitais, dirigiu o vídeo que acompanha o relatório. **Carveth Martin**, diretor criativo e designer, e **Gabriel Lee**, designer gráfico, fizeram o design de capa e ficaram responsáveis pela direção de arte e design.

Agradecemos também às seguintes pessoas e organizações por facilitarem e participarem da pesquisa em campo: **Beatriz Galli** do Ipas, **Debora Diniz** da Universidade de Brasília e cofundadora da Anis: Instituto de Bioética, **Federico Costa** da Fiocruz, **Malu Fontes**, Abraço a Microcefalia, Coletivo de Mulheres de Calafate, e Rede de Protagonistas em Ação de Itapagipe (REPROTAI).

Um agradecimento especial às pessoas-chave que compartilharam informações, perspectivas e conhecimento aprofundado, bem como às mulheres que compartilharam suas experiências convivendo com a epidemia de Zika. Por último, agradecemos aos profissionais responsáveis pela elaboração de políticas públicas, especialistas técnicos e profissionais que participaram do trabalho de campo realizado no Brasil para esse relatório.

Glossário

Adolescentes: Pessoas entre 10 e 19 anos de idade, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

***Aedes Aegypti*:** Mosquito que pode propagar os vírus da dengue, chikungunya, Zika e Mayaro, bem como da febre amarela e outras doenças.

Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH): Órgão da ONU que atua na promoção e proteção dos direitos humanos garantidos sob o Direito Internacional.

Assembleia Geral das Nações Unidas: A Assembleia Geral é um dos seis órgãos principais da ONU e o único no qual Estados-membros possuem representação igualitária. Todos os 193 Estados-membros são representados nesse fórum único para discutir e trabalhar juntos em diversas questões internacionais contempladas pela Carta da ONU, como desenvolvimento, paz e segurança, Direito Internacional etc.

Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC, do inglês): Principal instituição de saúde pública dos Estados Unidos.

Comentários/Recomendações Gerais: Interpretações próprias e abrangentes dos artigos de tratados apresentadas pelo respectivo Órgão de Monitoramento de Tratados das Nações Unidas (vide definição abaixo).

Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH): Órgão autônomo da Organização dos Estados Americanos (OEA, vide definição abaixo), criada para promover o cumprimento e proteção dos direitos humanos nas Américas. Sua fundamentação deriva do estatuto da OEA e da Convenção Americana de Direitos Humanos.

Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas: Órgão intergovernamental da ONU, composto por 47 Estados responsáveis pela promoção e proteção de todos os direitos humanos em todo o mundo.

Convenção Americana sobre Direitos Humanos: Convenção regional para a promoção dos direitos humanos nas Américas, adotada em San José, Costa Rica em 22 de Novembro de 1969 (também conhecida como Pacto de San José).

Convenção Interamericana para a Erradicação de Todas as Formas de Discriminação contra Pessoas com Deficiência: Instrumento regional comprometido com a erradicação de todas as formas e manifestações de discriminação contra pessoas com deficiência, adotado em 7 de junho de 1999.

Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher: Convenção adotada em 1994 que afirma o dever do Estado de prevenir, punir e erradicar a

violência contra a mulher nas Américas (também conhecida como Convenção de Belém do Pará).

Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, do inglês): Tratado internacional de ratificação dos direitos humanos da mulher, adotado em 1979 pela Assembleia Geral das Nações Unidas (vide definição acima), por vezes considerada a declaração universal dos direitos da mulher.

Convenção sobre os Direitos da Criança (CRC, do inglês): Declaração internacional que reconhece os direitos humanos da criança, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (vide definição abaixo) em 20 de novembro de 1989. É o tratado ratificado pelo maior número de países do mundo (195).

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CRPD, do inglês): Convenção e protocolo facultativo que visa proteger os direitos e dignidade das pessoas com deficiência, adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas (vide definição abaixo) em 13 de dezembro de 2006 e ratificado por 174 países.

Corte Interamericana de Direitos Humanos (a Corte): Tribunal internacional sob os auspícios da Organização dos Estados Americanos, fundamentada na Convenção Americana de Direitos Humanos. Começou a operar em 1979 e possui sete juízes independentes. Entre outras temáticas, a Corte avalia denúncias contra Estados e toma decisões relativas a casos específicos de violações dos direitos humanos.

Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH): Declaração adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (vide definição acima) em 10 de dezembro de 1948, composta por 30 artigos que definem os direitos humanos fundamentais e presente na Carta das Nações Unidas, vinculante e válida em todos os Estados-membros.

Direito Internacional: Conjunto de leis e normas decididas e implementadas por estados nacionais em nível internacional, por meio de tratados, do direito consuetudinário e dos princípios gerais do Direito.

Emergência de Saúde Pública Internacional (ESPI): Classificação formal de uma crise de saúde pública de alcance global em potencial pelo Comitê de Emergência da Organização Mundial da Saúde (vide definição abaixo) agindo conforme o Regulamento Sanitário Internacional (ao longo do relatório também é utilizado “emergência global de saúde”).

Endemia: Doença existente de maneira permanente em uma região ou relativo a uma população.

Epidemia: Surto de uma doença que ataca um grande número de pessoas de uma população ao mesmo tempo e que tem o potencial de se espalhar em uma ou várias comunidades.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, do inglês): Órgão das Nações Unidas que atua na proteção e defesa dos direitos da criança.

Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, do inglês): Órgão das Nações Unidas dedicado ao financiamento e apoio a programas populacionais e de saúde reprodutiva em países de baixa e média renda.

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): Índice estatístico que agrega indicadores de expectativa de vida, educação, e renda per capita e é utilizado para categorizar países em quatro níveis diferentes de desenvolvimento.

Microcefalia: Malformação congênita caracterizada por um tamanho de cabeça muito menor que o de outros bebês da mesma idade e sexo no nascimento ou nos primeiros anos de vida. A condição também possui relação com outras anomalias congênitas e condições neurológicas, como a Síndrome Congênita do Zika.

Organização das Nações Unidas (ONU): Organização intergovernamental criada para promover cooperação internacional, promover e manter a ordem internacional.

Organização dos Estados Americanos (OEA): Entidade intergovernamental composta por 35 países do Hemisfério Oeste. Todos os Estados-membros ratificam os dispositivos da Carta da OEA, para o fortalecimento de cooperações e promoção de interesses comuns, como a democracia e os direitos humanos.

Organização Mundial da Saúde (OMS): Agência da ONU dedicada à pesquisa e promoção de saúde pública em todo o mundo.

Organização Não Governamental (ONG): Organização sem fins lucrativos independente de governos e organizações governamentais internacionais.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS): Agência internacional de saúde pública dedicada à melhoria da saúde e do padrão de vida das pessoas nas Américas.

Órgãos de Monitoramento de Tratados das Nações Unidas: Comitês das Nações Unidas que monitoram o cumprimento dos principais tratados de direitos humanos por governos. Apesar de não disporem de poder legal, influenciam governos por meio da divulgação de observações políticas sobre o progresso e cumprimento dos deveres de governos específicos perante os direitos humanos. Também podem fazer recomendações gerais, não direcionadas a nenhum país especificamente, contendo orientações sobre como Estados

podem promover melhorias à implementação do disposto em um tratado. Em certas circunstâncias, alguns órgãos têm poder para determinar a responsabilização de Estados perante denúncias individuais de violações.

Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ICESCR, do inglês): Tratado multilateral adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas (vide definição acima) em 16 de dezembro de 1966, ratificado por 165 países.

Pandemia: uma epidemia que se espalha globalmente.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD): Órgão das Nações Unidas que atua na erradicação da pobreza e na redução de desigualdades por meio do desenvolvimento sustentável.

Regulamento Sanitário Internacional (RSI): Instrumento legal internacional válido em 196 países do mundo, incluindo Estados-membros da Organização Mundial da Saúde (vide definição acima).

Relator Especial da ONU: Especialista independente apontado pelo Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas (vide definição acima) para investigar, monitorar e recomendar soluções a questões de direitos humanos. Essa pessoa não é remunerada financeiramente.

Síndrome Congênita do Zika (SCZ): Quadro de complicações únicas em bebês e crianças infectados pelo Zika vírus antes do nascimento. É caracterizada por cinco elementos: (1) microcefalia agravada, em que parte do crânio fundiu; (2) redução de massa cerebral com sinais específicos de danos cerebrais, inclusive calcificações subcorticais; (3) danos à parte traseira dos olhos, inclusive lesões maculares e lesões focais com manchas pigmentares da retina; (4) contraturas congênitas, como o pé torto; e (5) mobilidade reduzida logo após o nascimento devido a hipertonia muscular.

Síndrome de Guillain-Barré (SGB): Condição médica em que o sistema imunológico ataca o sistema nervoso da pessoa.

Vetor: Organismo, normalmente mosquito ou carrapato, que transmite uma doença ou um parasita de um animal ou planta para outro(a).

Zika Vírus: Arbovírus que normalmente causa sintomas brandos como febre, dor de cabeça, irritações na pele e dores nos músculos ou articulações por um período de, geralmente, dois a sete dias—mas que também pode não apresentar sintomas. O Zika é transmitido primordialmente pelo mosquito *Aedes aegypti*, um mosquito diurno encontrado em regiões tropicais. O vírus também pode ser transmitido por relações sexuais e da mulher para o bebê, durante a gestação. Até o momento, não existe tratamento específico ou vacina disponível contra o Zika.



Prefácio

Esse relatório possui três objetivos: primeiramente, ele apresenta e avalia os diversos impactos que o Zika vírus teve na vida reprodutiva de mulheres no Brasil, na Colômbia e em El Salvador. Em segundo lugar, o relatório analisa a resposta global à epidemia de Zika do ponto de vista tanto de saúde pública quanto dos direitos humanos, identificando conseqüentemente incompatibilidades entre as políticas globais, nacionais e locais voltadas à crise e a realidade enfrentada por mulheres, seus filhos, suas famílias e seus cuidadores. Por último, por meio de relatos individuais de mulheres afetadas pela Zika, esse relatório enfatiza os aspectos de gênero da epidemia e o efeito desproporcional que ela teve em meninas e mulheres da América Latina e do Caribe.

Cerca de um ano após especialistas de saúde pública alertarem sobre o surto de Zika, uma equipe multidisciplinar de especialistas em saúde pública e direitos humanos do Centro de Direitos Reprodutivos (Center for Reproductive Rights), da Iniciativa Saúde e Mulher da Faculdade T.H. Chan de Saúde Pública de Harvard (Harvard T.H. Chan School of Public Health's Women and Health Initiative - W&HI), e da Parceria Global de Justiça na Saúde de Yale (Yale's Global Health Justice Partnership) adotou meios interdisciplinares de pesquisa sobre a epidemia.

Entrevistamos um grupo diverso de atores com conhecimento ou envolvimento direto na resposta nacional, regional e global à epidemia de Zika. Nossos entrevistados cobrem um vasto espectro de perspectivas, indo desde o campo da pesquisa e da academia, à mídia, profissionais de saúde, governos locais e nacionais, organizações internacionais e sociedade civil.¹ De contribuição mais crítica à nossa pesquisa, contudo, foram as entrevistas conduzidas com mulheres diretamente afetadas pelo vírus—entre elas, mulheres que conviveram com o Zika, que apresentavam alto risco de contrair o vírus ou que haviam decidido dar continuidade à sua gravidez mesmo após contrair o Zika vírus. Esse relatório busca trazer as suas vozes ao centro da discussão sobre a epidemia de Zika para que suas experiências possam fundamentar futuros debates sobre respostas globais a crises de saúde pública.

Esse relatório torna-se único ao integrar saúde pública e direitos humanos em sua análise da epidemia de Zika. Essa dupla abordagem permite uma compreensão mais ampla da crise de Zika e evidencia o papel que desigualdades estruturais desempenharam na propagação da epidemia e intensificação de seu impacto, especialmente com respeito ao direito das mulheres de tomarem decisões próprias de maneira autônoma e bem informada.



Resumo Executivo

Em abril de 2015, surgiram os primeiros indícios do Zika vírus no Brasil. Até novembro de 2017, mais de 369.013 casos suspeitos e confirmados haviam sido registrados,² incluindo 1.845 casos confirmados de Síndrome Congênita do Zika (SCZ) em bebês.³ A maioria dos casos registrados ocorreu entre mulheres, especialmente mulheres em idade reprodutiva.⁴

Em fevereiro de 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a epidemia de Zika uma emergência de saúde pública internacional.⁵ Em seguida, a OMS e os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos aconselharam que mulheres grávidas evitassem viajar para mais de 45 países onde o Zika vírus estava presente e fizessem exames caso tivessem visitado os países listados, além de evitar manter relações sexuais sem proteção com parceiros que tivessem visitado os mesmos países.⁶ Apesar de medidas preventivas amplas, até março de 2017, mais de 70 países e territórios haviam registrado indícios de transmissão do Zika vírus por mosquitos.⁷

Em novembro de 2016, com a queda nos casos de Zika registrados, a OMS declarou fim ao estado de emergência internacional. Contudo, alguns especialistas em saúde pública temiam que a redução do nível de emergência poderia fazer com que estados e governos deixassem de dar a devida prioridade aos esforços e iniciativas de resposta eficaz e eficiente à epidemia.⁸ Em resposta à preocupação, o Dr. Peter Salama, diretor-executivo do Programa de Emergências de Saúde da OMS, disse, “Não estamos diminuindo a importância do Zika vírus. Estamos enviando a mensagem de que o Zika está aqui para ficar. E a resposta da OMS está aqui para ficar.”⁹ Entretanto, mesmo com os esclarecimentos da OMS, não foi assim que a mensagem foi interpretada pelos governos de países afetados pela Zika. Em maio de 2017, o governo brasileiro também declarou fim à emergência em saúde pública no país.¹⁰

Há indícios de que a OMS e as autoridades brasileiras teriam se precipitado ao declarar fim à epidemia. Na prática, o número de pessoas infectadas demonstra um crescimento da epidemia. Os impactos do vírus a longo prazo ainda são pouco conhecidos e as experiências vividas por mulheres e suas famílias continuam a ser ignoradas pelas autoridades governamentais e sanitárias.

Quais são as consequências da Zika?

O Zika vírus é transmitido principalmente por mosquitos da espécie *Aedes* infectados, mas também pode ser transmitido sexualmente ou da mãe para o feto durante a gestação. Se infectado pelo vírus, o feto pode desenvolver complicações antes do parto, como microcefalia e/ou a Síndrome Congênita do Zika. Até hoje, não existe vacina ou medicamento disponível para a prevenção ou combate do Zika. Ferramentas de diagnóstico permanecem em implementação contínua nas regiões afetadas.¹¹

A comunidade médica continua investigando as consequências da Zika por todo o mundo. Além de microcefalia, foram relatadas outras complicações identificadas em crianças afetadas pelo vírus. Por exemplo, podem apresentar paralisia muscular e das articulações, enfrentando dificuldades para se locomover ou manter o equilíbrio. Também podem ser observados atrasos no seu desenvolvimento, prejuízos à visão e à audição ou pé torto congênito.¹² A gravidade dessas complicações pode variar, podendo colocar em risco a vida da criança.¹³ Em casos de microcefalia, é de suma importância o monitoramento constante por profissionais médicos durante os primeiros anos de vida, pois é difícil prever no parto os problemas de saúde que o bebê



TRACKER

PULSFOG

poderia vir a desenvolver.¹⁴ Infelizmente, ainda não existe cura ou tratamento para as complicações relacionadas ao Zika.¹⁵

A resposta do governo brasileiro à epidemia demonstrou falta de consideração com as experiências de mulheres infectadas pelo Zika vírus e de suas crianças nascidas com deficiências atribuídas ao vírus. Apesar de o governo recomendar consistentemente que mulheres evitassem engravidar e haver trabalhado para desenvolver estratégias de controle do mosquito para mitigar a proliferação do vírus, sua abordagem não integrou uma perspectiva de direitos humanos e, por isso mesmo, fez pouco para aliviar as complicações que resultaram da epidemia.

Muitos especialistas de saúde pública entrevistados para esse relatório criticaram a prioridade dada pelo Brasil ao controle do vetor como estratégia de controle da proliferação de Zika em detrimento de outras estratégias preventivas, como serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva, assistência social a crianças com deficiência e melhorias no acesso a água encanada e saneamento básico.

Também houve variações nas instruções dadas sobre como lidar com a Zika, dependendo do público. Enquanto turistas de países do hemisfério norte foram aconselhados a não viajar a países da América Latina com casos registrados de Zika, mulheres de baixa renda de áreas infectadas no Brasil foram meramente aconselhadas a evitar engravidar.¹⁶ O alerta, porém, não foi acompanhado de informações adequadas de cuidados sanitários ou serviços que permitiriam a essas mulheres tomar decisões bem informadas sobre sua saúde reprodutiva. Em vez de receberem o instrumental necessário para navegar a epidemia, mulheres no Brasil frequentemente enfrentaram violência, estigma ou recriminação ao buscar serviços de saúde reprodutiva—isto é, quando os mesmos estavam disponíveis.¹⁷

Nossas Constatações

Autoridades de saúde pública estão cientes do vínculo entre Zika e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Pouco depois de a OMS declarar a Zika emergência de saúde global, a importância dos direitos sexuais e reprodutivos na resposta global à epidemia foi reiterada pelo Fundo de População das Nações Unidas, o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos e a Comissão Interamericana de Direitos Humanos.¹⁸ Contudo, nossa pesquisa constatou a ausência de linguagem reforçando os direitos sexuais e reprodutivos da mulher em campanhas públicas de saúde relacionadas à Zika e respostas do governo no Brasil, demonstrando uma inconsistência crítica entre a abordagem global e nacional. Em realidade, constatamos em nossa pesquisa que mulheres acometidas pela epidemia de Zika no Brasil encontraram muitos obstáculos para exercer seus direitos sexuais e reprodutivos e que a combinação de normas de gênero onipresentes e desigualdades socioeconômicas criaram limitações com respeito às opções disponíveis para mulheres de baixa renda moradoras de locais remotos e zonas rurais.

Planejamento Familiar e Acesso à Informação

O direito de uma mulher controlar seu planejamento familiar foi um obstáculo crítico na resposta às ameaças apresentadas pela Zika. Por exemplo, o custo foi frequentemente relatado como uma barreira no acesso a contraceptivos e longas distâncias também foram identificadas como responsáveis por tornar o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva difícil ou até mesmo impossível. Na região Nordeste do Brasil, onde nossas entrevistas foram conduzidas, mulheres tinham que pagar por anticoncepcionais por conta própria, pois não tinham conhecimento que podiam ter acesso a métodos contraceptivos por meio do sistema público de saúde, o que sinaliza uma grave falha de comunicação com respeito à disseminação de informação sobre saúde reprodutiva para mulheres.¹⁹ A maioria das mulheres entrevistadas destacou que a responsabilidade de evitar a gravidez recaía sobre elas de maneira desproporcional em comparação com seus parceiros.



Várias entrevistadas também relataram falta de clareza nas informações disseminadas pelo governo a respeito da Zika. De fato, muitas compartilharam que frequentemente não tinham certeza ou conhecimento dos riscos associados com o Zika vírus. Por exemplo, duas das cinco mulheres entrevistadas no Brasil não sabiam que o Zika é sexualmente transmissível.²⁰ Em paralelo, constatamos que médicos também enfrentavam dificuldades em fornecer informações corretas e imparciais sobre complicações durante a gestação relacionadas ao Zika.²¹

Acesso ao Aborto

Mesmo naqueles casos em que o aborto é considerado legal, nem sempre mulheres conseguem fácil acesso a procedimentos e serviços abortivos. Profissionais da saúde negam atendimento com frequência em virtude de convicções religiosas pessoais, servindo-se, de maneira inapropriada, de seu direito de liberdade religiosa. Mulheres frequentemente relataram que médicos se recusavam a tratar da opção do aborto, alegando que suas opiniões pessoais eram justificativa suficiente para não compartilhar essa informação com pacientes. Mulheres em busca de atendimento após se submeterem a abortos clandestinos muitas vezes enfrentavam hostilidade e ameaças, na contramão de diretrizes claras do Ministério da Saúde.²² Em muitos casos, profissionais de saúde tinham receios ou apreensões com respeito a procedimentos abortivos em decorrência de crenças pessoais ou religiosas, medo de responsabilização legal, ou uma combinação de ambos. O estigma em torno do aborto, contudo, não impediu que mulheres buscassem essa alternativa. Na prática, desde o alerta de Zika como emergência de saúde pública, Women on Web, uma organização que oferece informações sobre abortos médicos, registrou um aumento na busca por abortos na região Nordeste do Brasil de 36% para 106%.²³

Os Direitos das Crianças com Deficiência

Inclusão social e acesso a mecanismos de apoio eram as principais preocupações das famílias de crianças com deficiência. Essas famílias geralmente estavam entre as menos favorecidas socioeconomicamente, tornando a responsabilidade de cuidar de uma criança com necessidades especiais ainda mais difícil. Constatamos que crianças com deficiência e seus cuidadores eram especialmente vulneráveis em países sem cobertura universal de saúde e sistemas de assistência social integrados.

Os Direitos Socioeconômicos de Mulheres, Famílias e Crianças

Como também é o caso de outras doenças contagiosas, a proliferação e impacto do Zika são atrelados a fatores de desigualdade socioeconômica nas Américas.²⁴ A OMS observou que “o peso da Zika recai sobre os pobres... nos países tropicais em desenvolvimento, os pobres não têm condições de arcar com ar condicionado, telas para as janelas ou até mesmo repelente.”²⁵ Além disso, acesso a serviços de saúde reprodutiva, como contraceptivos e aborto, é mais difícil para aqueles que são marginalizados por suas condições socioeconômicas.

Durante visitas de campo ao estado brasileiro da Bahia, encontramos esgoto não tratado a céu aberto e bueiros acumulando água e criando condições insalubres próximo às comunidades de mulheres entrevistadas. Constatamos que a falta de investimento do governo em saneamento básico contribuiu para condições que aumentaram a reprodução de mosquitos, o que acelerou a proliferação de Zika.

Também constatamos que, em quase todos os casos, o cuidado de crianças nascidas com deficiências atribuídas à Zika sobrecarregava as mulheres. Documentamos as histórias de mulheres que tiveram que renunciar o trabalho ou já não tinham condições de estudar devido às exigências do cuidado das crianças. Elas também relataram ter que se deslocar por horas para conseguir levar suas crianças a tratamentos e compartilharam os desafios enfrentados para conseguir medicamentos, tratamento e equipamentos médicos necessários para cuidar dos filhos.

Deveres do Governo Perante os Direitos Humanos

Uma abordagem ao Zika vírus embasada nos direitos humanos requer, no mínimo:



acesso a ampla informação de qualidade sobre o vírus, seus riscos e opções de saúde reprodutiva disponíveis para garantir a tomada de decisões bem informadas de maneira autônoma



acesso a serviços de saúde reprodutiva no amplo sentido, incluindo contracepção, saúde materna de qualidade e procedimentos abortivos



a oferta de acomodações razoáveis, inclusive planos de assistência social, que garantam a completa inclusão e desenvolvimento de crianças com deficiência, aliviando por sua vez a responsabilidade das famílias e cuidadores



a proteção do direito a um padrão de vida adequado por meio da oferta de acesso à água de maneira segura, aceitável e acessível (física e financeiramente), suficiente para uso pessoal e domiciliar

A recomendação do governo brasileiro para que mulheres evitassem engravidar como forma de lidar com a epidemia de Zika foi problemática e gerou preocupações com respeito aos direitos humanos. Governos não podem aconselhar que mulheres evitem ou posterguem engravidar sem considerar a disponibilidade e acessibilidade de serviços de saúde reprodutiva que lhes permitiriam exercer tal controle sobre suas vidas e seus corpos. De modo semelhante, encarregar a mulher unilateralmente da contracepção perpetua o estereótipo de que somente ela é responsável pelo planejamento e prevenção da gravidez.

Além de contracepção, governos devem garantir que mulheres, crianças com deficiência e seus cuidadores tenham acesso razoável a acomodações educacionais, financeiras e de outras esferas sociais. Entretanto, nossa pesquisa constatou que uma abordagem que contemplasse os direitos de pessoas com deficiência raramente era considerada pelos governos de regiões afetadas apesar do aumento significativo de crianças nascidas com complicações decorrentes do Zika.

O Brasil é signatário de diversos tratados internacionais de direitos humanos que protegem os direitos fundamentais da mulher, os direitos das pessoas com deficiência, o direito ao saneamento básico e o direito ao mais alto patamar de saúde, além de outros direitos socioeconômicos. Sob o Direito Internacional de Direitos Humanos, o Estado deve priorizar a autonomia e autodeterminação da mulher, garantindo seu direito a informações e serviços de saúde reprodutiva em sentido amplo.²⁶ Também é obrigação do Estado brasileiro oferecer apoio, treinamento e os serviços necessários para criar uma criança com deficiência.²⁷ Conforme estabelecido pela Constituição do Brasil, os direitos contidos na constituição do país não excluem aqueles garantidos por tratados internacionais.²⁸ Portanto, como signatário desses instrumentos internacionais e regionais, o Brasil tem o dever de respeitar, proteger e cumprir esses direitos humanos.²⁹

Conclusão

A epidemia de Zika na América Latina expôs o estigma existente referente aos direitos reprodutivos no Brasil e evidenciou a necessidade de acesso a contraceptivos e ao aborto de maneira legal e segura como meios de planejamento familiar. A Zika não só agravou a urgência desses direitos nos países impactados, mas também evidenciou deficiências e desigualdades existentes entre as leis na teoria e na prática.

Infelizmente, nossa pesquisa encontrou poucos sinais de que mudanças duradouras estariam em curso no Brasil para solucionar as deficiências dos sistemas de saúde do país na proteção dos direitos reprodutivos de mulheres e dos direitos de pessoas com deficiências. Apesar de as necessidades não atendidas de crianças com deficiências ser o impacto de efeito mais prolongado das muitas consequências da Zika, o assunto não tem sido o foco da resposta do governo à epidemia.

Ainda que exista a possibilidade do surgimento de leis e de mudanças positivas em políticas conforme o governo e cidadãos reflitam sobre a epidemia de Zika e seu impacto, o cenário aparenta ser cada vez mais improvável, dado que os relatos detalhados nesse relatório destacam a maneira limitada como as perspectivas de mulheres foram levadas em consideração ao longo do surto. Por meio desses testemunhos, fica aparente que o governo brasileiro não garantiu de maneira adequada que mulheres tivessem as ferramentas necessárias para tomar decisões bem informadas sobre sua vida reprodutiva nem lhes forneceu os recursos necessários para cuidar de crianças nascidas com complicações relacionadas à Zika, agravando desigualdades já existentes.



Metodologia

Em março de 2017, conduzimos entrevistas com cinco mulheres da cidade de Salvador, na Bahia, uma região do Brasil gravemente afetada pelo Zika vírus.³⁰ As cinco viviam no Subúrbio Ferroviário, uma área pobre especialmente afetada pela epidemia. Elas tinham entre 22 e 36 anos de idade: duas estavam grávidas no início de 2016, uma havia sido infectada pelo Zika e postergou seus planos de engravidar, uma pretendia engravidar no futuro próximo e uma não pretendia engravidar no futuro próximo.

Entre fevereiro e maio de 2017, também foram conduzidas entrevistas com 27 atores relevantes em Salvador e outras partes do Brasil, incluindo sete entrevistados relacionados a pesquisas acadêmicas e governamentais, dois entrevistados da mídia, cinco entrevistados do sistema de saúde, sete entrevistados do governo, três entrevistados de agências da ONU e quatro entrevistados da sociedade civil. Foram entrevistados, entre outras entidades, representantes do Ministério da Saúde, das secretarias de saúde de Salvador e da Bahia, da Fundação Oswaldo Cruz, do Fundo de População das Nações Unidas e de uma organização local de apoio às famílias afetadas pela Zika.

O Brasil é um país vasto e diverso. Como resultado disso, a epidemia de Zika se desenvolveu de maneira diferenciada nas várias regiões afetadas. Em decorrência do sistema federalista brasileiro, os estados tiveram notória autonomia para determinar e implementar sua resposta à epidemia. Nesse relatório, a maior parte do nosso trabalho de campo focou na região da Bahia, tornando nossa análise, em sua maioria, relevante especificamente para a experiência e políticas dessa região, que não são necessariamente representativas das respostas de outros estados à epidemia. Entretanto, ainda que nossa pesquisa não apresente uma análise aprofundada e comparativa entre respostas de diferentes estados do Brasil afetados, ela faz referência a pesquisas e entrevistas relacionadas a outros estados e regiões, permitindo uma perspectiva nacional do problema.

Os pesquisadores respeitaram as orientações de Lund-London para relatórios de pesquisa de organizações não governamentais e completaram o treinamento para proteção de participantes de pesquisas com humanos oferecido pelo Departamento de Pesquisa de Extensão do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos. O consentimento informado de cada entrevistado foi obtido e todos os dados e informações foram coletados e armazenados de maneira segura.



100% Natural

DayFrut

Polpa de Fruta

	Maçã	100%
	Laranja	100%
	Limão	100%
	Limão Verde	100%
	Limão Siciliano	100%
	Limão Tahiti	100%
	Limão Siciliano Verde	100%
	Limão Siciliano Amarelo	100%
	Limão Siciliano Verde Amarelo	100%
	Limão Siciliano Verde Amarelo Verde	100%
	Limão Siciliano Verde Amarelo Verde Verde	100%
	Limão Siciliano Verde Amarelo Verde Verde Verde	100%

DISFRUT (71) 3256-220



Polpa de Fruta!

un
Polpa

CBSA
0104-4280

Contexto

O Brasil foi o primeiro país da América Latina afetado por um surto do Zika vírus na região e permanece o país com o maior número de casos registrados.³¹ Desde a confirmação dos primeiros casos de Zika no estado da Bahia, em abril de 2015, o vírus se espalhou para todas as 27 unidades da federação.³² O ápice da epidemia ocorreu em fevereiro de 2016,³³ tendo sido registrados 369.013 casos suspeitos e confirmados até novembro de 2017.³⁴ A maioria dos casos ocorreu entre mulheres, especialmente mulheres em idade reprodutiva.³⁵ Também houve nove mortes entre pessoas infectadas pelo Zika no Brasil—o número mais alto entre todos os países onde pessoas foram infectadas pelo vírus³⁶—e 1.845 casos confirmados de Síndrome Congênita do Zika em bebês.³⁷

Sendo o maior país da América Latina, o Brasil possui uma população de mais de 200 milhões de pessoas de diversas raças e etnias. Mais da metade dos brasileiros (e quase 75% da população das regiões Norte e Nordeste, onde a epidemia de Zika foi mais prevalente) se autoidentificam como afrodescendentes.³⁸ A população da Bahia, estado do Nordeste onde os primeiros casos de Zika foram registrados, é predominantemente afro-brasileira,³⁹ e Salvador, cidade da Bahia onde a maioria das entrevistas para esse estudo foram conduzidas, é um dos municípios com o mais alto índice de pessoas que se identificam como pretas ou pardas.⁴⁰ Dados estatísticos divulgados pelo Ministério da Saúde do Brasil confirmam que mulheres negras foram mais afetadas pela Zika. Oito de cada dez casos de microcefalia ou outras complicações relacionadas à Zika registrados entre recém-nascidos ocorreram em bebês de mulheres afrodescendentes ou multirraciais.

Normas de gênero rígidas são profundamente presentes na cultura brasileira e influenciam outras formas de vulnerabilidade social.⁴¹ Apesar de avanços em décadas recentes, ainda há diferenças de gênero significativas com respeito a emprego, remuneração, representação política e responsabilidades familiares.⁴² Em especial, mulheres jovens e pobres ou marginalizadas não têm sua necessidade de acesso a anticoncepcionais atendida, apesar de teoricamente haver distribuição gratuita pelo sistema público de saúde. A falta de recursos destinados a postos de saúde e de educação sexual nas escolas dificulta o acesso de mulheres a informações de qualidade sobre sua saúde sexual e reprodutiva. Consequentemente, cerca de 20% das adolescentes sexualmente ativas no Brasil não utilizam métodos contraceptivos e aproximadamente 55% dos casos de gravidez não são planejados.⁴³

O Brasil possui proteções constitucionais avançadas dos direitos da criança⁴⁴ e de pessoas com deficiência, inclusive o direito à educação especial,⁴⁵ acomodações públicas adequadas e transporte acessível.⁴⁶ A Constituição do Brasil também garante o pagamento mensal de um salário mínimo a pessoas com deficiência,⁴⁷ conhecido como Benefício de Prestação Continuada (BPC), concedido a quem possa comprovar renda familiar inferior a 25% do salário mínimo.⁴⁸ Além disso, o Brasil ratificou e promulgou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.⁴⁹ Esses benefícios e proteções legais são cruciais para uma resposta à epidemia de Zika, dada a grande necessidade de apoio enfrentada pelas famílias de crianças que nasceram com complicações de saúde relacionadas à Zika.

Apesar de serem reconhecidos por lei, esses princípios frequentemente têm pouco ou nenhum efeito na vida cotidiana de brasileiros. Por exemplo, apesar de haver proteções constitucionais relacionadas à saúde e igualdade de gênero, as leis brasileiras restringem de maneira severa o acesso ao aborto. O Código Penal, criado em 1940,

proíbe o aborto e criminaliza o ato de mulheres consentirem ou induzirem o aborto, bem como de terceiros realizarem o procedimento.⁵⁰ Existem exceções, porém, para casos em que a vida da mulher encontra-se em risco ou a gravidez é resultado de estupro. Em 2012, o Supremo Tribunal Federal reconheceu que casos de anencefalia, condição congênita de ausência das principais partes do cérebro, detectados durante a gestação também constituíam uma exceção em conformidade com o Código Penal.⁵¹ Mesmo com rígidas restrições, uma de cada cinco mulheres brasileiras já interrompeu pelo menos uma gravidez ao longo da vida.⁵² Entretanto, a maioria desses abortos ocorreu de maneira clandestina, apresentando muitas vezes sérios riscos para as mulheres, especialmente as mais marginalizadas.⁵³

Religião também é um fator central na cultura brasileira. Sessenta e cinco por cento da população se identifica como católica e 22% como protestante, enquanto crescem as denominações evangélicas.⁵⁴ Consequentemente, a religião não só influencia normas de gênero no nível individual e familiar, mas também impacta negativamente políticas governamentais relacionadas à igualdade de gênero e aos direitos reprodutivos.⁵⁵ Nos últimos 15 anos, movimentos conservadores como a Frente Parlamentar Evangélica têm buscado impedir o avanço dos direitos reprodutivos⁵⁶ e implementar leis que eliminem exceções legais para o aborto, aumentem as penalidades criminais contra abortos clandestinos e proíbam a distribuição de contraceptivos de emergência.⁵⁷

A economia política do Brasil ajuda a explicar porque existe uma inconsistência entre leis, políticas e as vivências de mulheres que buscam cuidados de saúde sexual e reprodutiva. O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil é financiado e gerido de maneira colaborativa por todos os níveis do governo brasileiro⁵⁸ e 190 milhões de pessoas dependem exclusivamente de seus serviços.⁵⁹ Contudo, o SUS terceiriza a maioria dos atendimentos de atenção secundária⁶⁰ e muitos dos brasileiros que dependem do SUS encontram atendimento e recursos inadequados.⁶¹ Além de enfrentar longas esperas por serviços de emergência, pacientes também encontram problemas de infraestrutura, equipamentos obsoletos e danificados, bem como a falta de médicos e medicamentos, especialmente em áreas rurais.⁶² Isso implica dificuldades para brasileiras no acesso a atendimento especializado, como obstetrícia e ginecologia.

O governo federal recentemente apoiou uma emenda constitucional para congelar os gastos públicos com saúde e educação pelos próximos 20 anos, uma decisão que colocará ainda mais responsabilidade financeira nos municípios, já sobrecarregados. As Nações Unidas descreveram o teto orçamentário como uma “medida radical” que “vai impactar mais os brasileiros mais pobres e vulneráveis, vai aumentar os níveis de desigualdade em uma sociedade já bastante desigual e definitivamente sinaliza que direitos sociais têm muito baixa prioridade.”⁶³ É provável que as medidas impactem os mesmos brasileiros de baixa renda já afetados de maneira desproporcional pela Zika e pela SCZ e demandem ainda mais de serviços públicos que têm sido incapazes de atender as necessidades básicas de pessoas em regiões afetadas pelo vírus.

Diagnóstico e Monitoramento

Em novembro de 2017, a Organização Pan-Americana da Saúde estimava 231.725 casos suspeitos e 137.288 casos confirmados do Zika vírus no Brasil, com uma taxa de incidência de 176,10.⁶⁴ Até outubro de 2015, 56.318 casos suspeitos foram registrados apenas no estado da Bahia, onde o trabalho de campo para esse relatório foi conduzido.⁶⁵ Além de ser um dos estados mais afetados pela epidemia, também foi na Bahia que o vírus da Zika foi isolado pela primeira vez, pelo Dr. Gubio Soares Campos, virologista da Universidade Federal da Bahia, em abril de 2015.⁶⁶

Apesar do histórico de arboviroses no Brasil,⁶⁷ uma autoridade da secretaria de saúde do estado da Bahia disse que o país estava “despreparado” para a chegada da doença.⁶⁸ De maneira semelhante, um representante do departamento de epidemiologia observou que o estado “mal tinha sido capaz de se recuperar de um [surto] quando outro surgiu,” relatando como, em um curto período de tempo, a região teve de redirecionar a atenção dedicada a solucionar um surto de dengue em meados de 2014 para investigar um surto de chikungunya no início de 2015 (que inicialmente acreditava-se ser outro surto de dengue) e então responder ao surto de um terceiro arbovírus, logo identificado como o Zika vírus.⁶⁹ Em pouco tempo, uma das principais características que passaram a definir a Zika e a diferenciá-la de arboviroses semelhantes foi o impacto da doença na saúde reprodutiva e nas decisões da população.

A coleta de dados de exatamente quem foi infectado com o vírus e, de modo específico, como a epidemia afetou desigualdades socioeconômicas existentes é uma grande deficiência do monitoramento da Zika. O formulário oficial utilizado para registrar novos casos de Zika incluía questões sobre a idade e raça ou etnia da pessoa, mas nada a respeito de sua educação ou nível econômico. Além disso, o campo de raça ou etnia foi frequentemente deixado em branco pelos profissionais de saúde, que realizaram o preenchimento do formulário.⁷⁰ A omissão certamente pode contribuir para o ocultamento de disparidades da epidemia. Enquanto existe forte suspeita de um desequilíbrio racial, o governo não dispõe de dados coletados e informados de maneira consistente, dificultando a possibilidade de estudar-se a conexão entre raça e Zika.

Com respeito ao monitoramento de bebês portadores da Síndrome Congênita do Zika, vários entrevistados enfatizaram a necessidade de busca ativa e monitoramento contínuos para identificar casos que foram descartados porque não se encaixavam inicialmente nos critérios (o bebê não apresentava microcefalia ou uma circunferência específica da cabeça após o parto) e/ou porque só haviam apresentado sintomas da síndrome meses após o parto.⁷¹ Pesquisadores da organização ANIS, que conduziram entrevistas com famílias de casos “descartados” em Alagoas, estado vizinho também localizado no Nordeste do Brasil, constataram que alguns bebês agora apresentavam anomalias visíveis indicativas de uma possível infecção pelo Zika.⁷² Uma analista técnica de políticas sociais e coordenadora geral do Programa de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde explicou, “Temos enfatizado para que estados e municípios contatem essas crianças [de casos descartados] e reforcem suas atividades pediátricas. É na pediatria que seremos capazes de identificar se uma criança que não se encaixava nos critérios anteriores de microcefalia agora apresenta outros tipos de dificuldade [ou] alterações do sistema nervoso.”⁷³ Contudo, ela observou que, como é o caso de muitas diretrizes do Ministério da Saúde, havia problemas na disseminação de informações e que muitas políticas e orientações não chegavam de fato aos municípios ou chegavam muito mais tarde que o esperado.

A obtenção de um diagnóstico de Zika foi apontada como um dos principais obstáculos durante o surto, o que apresentou uma correlação direta com os direitos reprodutivos de mulheres, considerando-se que tornou difícil para mulheres tomarem decisões informadas sobre suas escolhas reprodutivas. Uma analista técnica do Ministério da Saúde observou, por exemplo, que alguns profissionais da saúde ainda encontram dificuldade em diferenciar, durante procedimentos clínicos, os sintomas de Zika e outras arboviroses.⁷⁴ De fato, mulheres com quem



conversamos na comunidade de Calafate, em Salvador, descreveram que, em vez de apresentar um diagnóstico específico, profissionais da saúde teriam por vezes lhes informado somente que tinham uma virose. Apesar de esforços do governo para incorporar cuidados referentes à Zika ao acompanhamento pré-natal, o subsecretário de saúde da Bahia apontou que mulheres que iniciavam o pré-natal mais tarde durante a gestação e/ou já enfrentavam barreiras financeiras ou geográficas de acesso a atendimento, também enfrentavam barreiras para obter, na hora certa, informações e testes referentes à infecção pelo Zika e complicações correlatas.⁷⁵

Outro obstáculo enfrentado no diagnóstico tem sido a dificuldade de garantir a disponibilidade de exames precisos e ágeis para que mulheres não tenham que aguardar semanas pelo resultado e possam tomar decisões informadas sobre sua saúde reprodutiva em tempo oportuno. A precisão do exame também é de suma importância, visto que permitiria às pacientes tomar decisões com maior grau de certeza em vez de depender do diagnóstico clínico de um médico que poderia facilmente ser confundido com demais arboviroses. Um pesquisador da Fiocruz, instituição de pesquisa e desenvolvimento científico nas ciências biológicas localizada no Rio de Janeiro, observou que o melhor exame disponível é o PCR quantitativo em tempo real (qRT-PCR, do inglês),⁷⁶ que pode ser feito em amostras de sangue ou urina.⁷⁷ Entretanto, ainda segundo o pesquisador, o exame de qRT-PCR não é de fácil acesso no Brasil, porque o país não possui a infraestrutura sanitária necessária para realizá-lo.

Em 2016, a secretaria de saúde da Bahia e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) desenvolveram um novo exame de diagnóstico rápido de Zika para fornecer às pessoas resultados em pouco tempo.⁷⁸ O exame foi especialmente útil para mulheres que haviam tido anomalias fetais identificadas em um exame de ultrassom, apresentavam indícios clínicos ou laboratoriais de infecção pelo Zika ou tinham entrado em contato com os fluidos corporais de alguém com suspeita de haver contraído Zika. Até a data de publicação desse relatório, o teste rápido ainda estava em estágio de implementação em diferentes estados do Brasil.⁷⁹ Uma autoridade sanitária relatou que, na Bahia, profissionais da saúde estão sendo capacitados para realizar o exame, que será disponibilizado de maneira prioritária a mulheres grávidas, na esperança de que esteja disponível a toda a população posteriormente.⁸⁰

Até mulheres cujos parceiros haviam sido diagnosticados com Zika frequentemente não possuíam informações suficientes sobre os riscos associados a manter relações íntimas com alguém infectado pelo vírus e as maneiras



de se proteger. Muitos médicos relataram que, devido ao fato de que muito ainda é desconhecido sobre o vírus, é impossível fornecer às pacientes toda a informação que verdadeiramente necessitariam para tomar decisões informadas sobre engravidar (ou dar continuidade à gestação) ou não.⁸¹ Tendo em conta que ainda existe muito a ser pesquisado sobre o assunto, é impossível informar às mulheres quais seriam os riscos exatos de um parto após um diagnóstico de Zika.⁸² Médicos também não sabem quanto tempo pode levar para os riscos após uma infecção pelo vírus diminuírem e, portanto, não são capazes de estimar qual seria o prazo aconselhável para concepção segura após o diagnóstico.⁸³

O Direito de Acesso a Ampla Informação de Qualidade

O direito a ampla informação de qualidade inclui buscar, receber e disseminar informação e educação sobre saúde reprodutiva.⁸⁴ Para que mulheres sejam capazes de tomar decisões sobre suas vidas reprodutivas melhor informadas, é dever do Estado garantir que elas tenham acesso tanto a serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva quanto a informações adequadas.⁸⁵ A informação disseminada deve ser correta, imparcial, e com embasamento empírico para que mulheres possam tomar decisões informadas sobre assuntos como gestação e maternidade.⁸⁶

A informação também deve ser disseminada de maneira ágil e acessível.⁸⁷ Isso quer dizer que Estados devem garantir que a informação alcance as populações mais pobres e marginalizadas para combater rumores e informações equivocadas que possam existir sobre o Zika e suas complicações pré-natais.⁸⁸ É dever do Estado garantir que mulheres e suas comunidades tenham conhecimento de como o Zika vírus é transmitido, bem como das formas de prevenção disponíveis para mitigar a proliferação do vírus.

Prevenção da Zika

Como parte da estratégia de descentralização que seguiu a entrada em vigor em 1988 da constituição federalista do Brasil, o governo federal dissolveu sua agência pública de saúde e gradualmente transferiu a responsabilidade de controle de mosquitos aos governos locais. De acordo com o subsecretário de saúde do estado da Bahia, esse processo “destruiu o sistema de controle de vetores [do Brasil].”⁸⁹ O subsecretário também observou que a crise de Zika reacendeu a preocupação do governo federal com o controle de vetores, ainda que sem a infraestrutura necessária. Enquanto o sistema nacional de controle de vetores durante o surto de Zika pode ter sido uma versão bastante enfraquecida do que era antes de 1988, foi certamente um assunto de fixação do governo, como encapsulado no slogan da principal campanha de saúde pública do governo: “Um mosquito não é mais forte que um país inteiro.” Muitos entrevistados, inclusive educadores comunitários e especialistas em direitos reprodutivos, criticaram o que, na sua visão, teria sido um enfoque excessivo na prevenção por meio do controle do vetor, ou “do mosquito,” em vez de desenvolver-se uma resposta embasada nos direitos humanos que levasse em conta o impacto do vírus no cuidado da saúde reprodutiva da mulher⁹⁰ assim como as determinantes sociais e desigualdades que exacerbaram os efeitos do vírus.⁹¹

O governo recomendou o uso de repelente, especialmente entre mulheres grávidas, para contornar as deficiências nos esforços públicos de controle da população do mosquito.⁹² O governo federal havia planejado distribuir repelente gratuitamente a populações vulneráveis desde 2015,⁹³ mas o programa levou mais de um ano para ser implementado. Como resultado, carregamentos só chegaram aos estados em março de 2017, próximo do final da estação de alta atividade do mosquito.⁹⁴ Enquanto agora repelente é distribuído gratuitamente, a população tem acesso bastante limitado. Mulheres devem estar grávidas e cadastradas no programa do Bolsa Família para terem direito a repelente de graça. Os critérios excluem muitas mulheres de baixa renda que não se enquadram nas exigências do programa, direcionado às famílias em “extrema pobreza,” com uma renda per capita de R\$70 (aproximadamente US\$25) ao mês, e em condição de “pobreza,” com uma renda per capita entre R\$70 e R\$140 (cerca de US\$42) ao mês.⁹⁵ O programa também exclui mulheres que ainda não estejam grávidas mas possam engravidar em breve, precisando se proteger para não serem infectadas. Além disso, acesso ao programa de repelente gratuito não contempla parceiros sexuais masculinos de mulheres, que poderiam vir a contrair e transmitir o vírus a elas sexualmente. O processo também pode ser desnecessariamente complexo. Em Salvador, por exemplo, mulheres elegíveis precisam ir pessoalmente a uma entidade do governo em data e horário específico para realizar a primeira retirada e depois devem buscar os postos de saúde para as seguintes retiradas. Cada mulher tem direito a duas unidades por mês de gestação, o que dificilmente seria o suficiente para o uso recomendado, de acordo com uma enfermeira que presta serviços à secretaria de saúde com respeito a esses assuntos.⁹⁶

A compra de repelente é uma opção para quem não consegue acesso ao estoque limitado de repelente gratuito, mas também tem suas próprias limitações. Um educador comunitário da organização sem fins lucrativos Reprotai observou que o preço de repelente teria praticamente dobrado com a alta na demanda após o surgimento do Zika vírus. Ele acrescentou que “o mercado não perdoa.”⁹⁷ Enquanto a quantidade de repelente vendida no país aumentou um terço durante a epidemia, o faturamento dobrou, indicando um aumento nos preços e não só nas unidades vendidas.⁹⁸ Claudia Vasconcelos, ativista feminista, disse que enquanto repelente já é um item caro até para uma mulher de classe média como ela, “O que eles recomendam que mulheres grávidas usem são produtos ainda mais caros.” Apesar das recomendações, ela acrescentou, “Na prática, você usa o que tem.”⁹⁹ Por exemplo, Vanessa—uma das moradoras do Subúrbio Ferroviário entrevistadas—usava repelente artesanal caseiro feito por ela e seu marido. Apesar de saber que não era tão eficaz quanto os repelentes vendidos em lojas, ela não tinha condições de pagar R\$90 (cerca de US\$30), como ela disse que lhe custaria um repelente por semana se ela o adquirisse no comércio.¹⁰⁰

Especialistas de saúde pública entrevistados para esse relatório indicaram que acreditavam que as recomendações divulgadas pelo governo com respeito a métodos de prevenção de Zika—como o uso de calças e camisas compridas, o uso de repelente e evitar o acúmulo de água parada—não refletiam a realidade das comunidades afetadas. Uma ativista feminista, que estava grávida durante a epidemia, disse que as pessoas a chamavam de “louca” por não usar roupas que cobrissem os braços e as pernas, mas seria impossível suportar o calor do verão da Bahia vestida de tal maneira.¹⁰¹ De fato, a temperatura média em Salvador no verão de 2016 foi aproximadamente 30–31 graus Celsius (86 graus Fahrenheit), com uma máxima de 34 graus Celsius (93 graus Fahrenheit).¹⁰² Com respeito à instrução de não deixar água parada, a ativista observou que a pergunta crítica a se fazer era, “Se uma comunidade não tem água cinco dias da semana, como não acumular água parada?”¹⁰³ Ela também acreditava que a conversa em torno da prevenção parecia envolver muito as responsabilidades—e portanto potencial culpa—da mulher. Em contraste, ela disse, “Não se fala sobre a responsabilidade do Estado.” Uma analista do Ministério da Saúde, especificamente de um departamento focado em saúde da mulher, externalizou preocupações semelhantes: “O repelente de certa forma põe a responsabilidade de prevenção nas mãos da mulher—nós já vivemos em uma sociedade que culpa a mulher por tudo...se ela é infectada pelo Zika durante a gravidez, nós culpamos ela também...mas as atividades mais importantes são saneamento e infraestrutura para distribuição de água potável.”¹⁰⁴

Obrigações do Estado de Prevenção e Tratamento

É obrigação dos governos envolvidos tomar todas as medidas cabíveis para a prevenção, tratamento e controle de epidemias.¹⁰⁵ O governo brasileiro tem a responsabilidade de estabelecer “programas de prevenção e educação sobre questões de saúde relacionadas a aspectos comportamentais,” especialmente àqueles que possam ter impactos adversos na saúde sexual e reprodutiva de outra pessoa.¹⁰⁶ Mitigar a proliferação de infecções sexualmente transmissíveis, como a Zika, a qual afeta de maneira adversa a vida sexual e reprodutiva tanto de homens quanto de mulheres, requer programas de saúde preventivos relacionados a questões comportamentais.

Também é obrigação dos governos implementar serviços de atendimento médico de urgência em casos de epidemia ou ameaças à saúde.¹⁰⁷ Isso pode ser atingido por meio de esforços governamentais de escala nacional ou pela colaboração entre governos e a iniciativa privada. O objetivo final é garantir o monitoramento epidemiológico e que a coleta de dados auxilie ao mesmo tempo que seja aprimorada, com o uso de todas as tecnologias disponíveis na implementação e aprimoramento de estratégias de controle de doenças.¹⁰⁸ O presente relatório ilustra a necessidade de mais monitoramento epidemiológico da Zika, especialmente em comunidades remotas e marginalizadas. Além disso, dado que não há atualmente vacina disponível para a prevenção da transmissão do Zika vírus, torna-se ainda mais importante recorrer a outras estratégias preventivas, como o aprimoramento do controle do vetor, o uso de repelente e melhorias à infraestrutura de água tratada e saneamento básico.

No contexto da Zika, isso se manifesta na forma de melhor acesso a exames diagnósticos, medicamentos de aborto médico e exames de ultrassom. Para garantir a disponibilidade desses serviços, governos podem diminuir as barreiras por meio de alterações a protocolos médicos e da facilitação da aprovação de novas tecnologias experimentais.

Planejamento Familiar e Contraceção

A Constituição do Brasil garante o direito individual ao planejamento familiar sem interferência do Estado e garante que o governo auxiliará na comunicação de todas as informações e recursos relevantes.¹⁰⁹ A Lei do Planejamento Familiar de 1996 observa, além disso, que “serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contraceção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.”¹¹⁰ Mais especificamente, o Ministério da Saúde disponibiliza oito opções de contraceptivos de forma gratuita por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo anticoncepcionais orais e injetáveis, contraceptivos de emergência, camisinhas e diafragmas.¹¹¹ Apesar das provisões legais e políticas de acesso gratuito a contraceptivos, 55% das gravidezes no Brasil não são planejadas,¹¹² o que demonstra que, na prática, o acesso à contraceção ainda permanece um desafio para mulheres.

Uma pesquisa nacional sobre o uso de contraceptivos em domicílios urbanos constatou que apenas 32,7% das mulheres entre 15 e 49 anos utilizavam anticoncepcionais de uso oral (28,2%) ou injetáveis (4,5%).¹¹³ O índice em zonas rurais não fica longe do de zonas urbanas.¹¹⁴ No Nordeste, onde conduzimos o trabalho de campo para esse relatório, a grande maioria das mulheres que utilizavam contraceptivos, pagavam por conta própria,¹¹⁵ como refletido na insatisfação de todas as mulheres entrevistadas perante a disponibilidade limitada de contraceptivos oferecidos pelo sistema público de saúde.

Enquanto muitas mulheres optaram por pagar por seus próprios contraceptivos em vez de obtê-los pelo SUS gratuitamente, 17% das mulheres que pagavam por seus próprios métodos haviam tentando obtê-los pelo SUS primeiro, sem sucesso, reforçando as deficiências do sistema.¹¹⁶ Beatriz Galli, especialista em saúde reprodutiva do grupo Ipas, explicou que o maior problema com o sistema de saúde no Brasil é a continuidade.¹¹⁷ Ainda que vários métodos contraceptivos em tese estejam disponíveis, ela disse, “o problema é que em um mês está disponível, no outro já não está,” deixando pacientes sem uma fonte consistente—algo essencial no uso efetivo de anticoncepcionais. Ela também acrescentou que mulheres não recebiam aconselhamento adequado sobre qual seria o melhor método para cada uma. E que mulheres atendidas após se submeterem a abortos clandestinos não são encaminhadas ou aconselhadas posteriormente sobre opções de contraceção.

Apesar de serem aconselhadas a evitarem engravidar, todas as entrevistadas relataram enfrentar dificuldades no acesso a anticoncepcionais. Apenas uma entrevistada disse que era fácil para mulheres evitar engravidar se assim desejassem. Quatro de cinco entrevistadas relataram que a responsabilidade de evitar a gravidez recaía de maneira desproporcional sobre as mulheres em comparação com seus parceiros. Gabriela, por exemplo, engravidou depois que seu marido parou de comprar seu anticoncepcional oral—era muito complicado obtê-lo gratuitamente pelo sistema público de saúde e ela não tinha condições de comprar seu próprio medicamento sem o apoio financeiro do marido. Na prática, todas as entrevistadas mencionaram problemas com o sistema público de saúde como um obstáculo ao planejamento familiar e acesso à contraceção. Em vez de oferecer apoio no planejamento familiar, o sistema público de saúde foi descrito como deficiente em profissionais e recursos. As entrevistadas também relataram longas esperas e burocracia excessiva como obstáculos adicionais, a não ser que, como observou Vanessa, a pessoa tivesse algum contato interno para ajudar no processo. Muitas entrevistadas consideraram mais simples adquirir seus próprios métodos contraceptivos em farmácias, ao menos quando tinham dinheiro suficiente.

Em março de 2017, quando nossas entrevistas foram concluídas—após o ápice da epidemia mas em um momento em que a Zika permanecia uma ameaça em áreas como o Subúrbio Ferroviário—as entrevistadas indicaram não ter certeza de seu futuro. Vanessa relatou sofrer pressão do seu marido para engravidar enquanto Zika ainda era uma ameaça. As incertezas fizeram com que questionasse se de fato pretendia enfrentar a maternidade. “Hoje,” ela explicou, “não me sinto tão preparada quanto eu esperava quando era mais jovem.”¹¹⁸



Apesar dos riscos associados à infecção pelo Zika durante a gravidez, não foi constatado aumento nas vendas de anticoncepcionais durante a epidemia.¹¹⁹ Em virtude disso e do fato de que nenhum esforço central foi feito para melhorar a distribuição de estoques existente, é razoável inferir que não houve aumento significativo no uso de contraceptivos nas regiões afetadas. A falta de esforços sistêmicos do governo para disseminar o conhecimento sobre contracepção e sua distribuição também explica por que não houve crescimento no uso desses métodos.

O acesso a informações sobre contracepção, para além do que dizia respeito à epidemia de Zika, foi classificado por várias entrevistadas como um problema no Brasil.¹²⁰ Um psicólogo que pesquisa casos de aborto entre adolescentes brasileiras relatou que os jovens não adquiriam informação alguma em casa ou na escola, buscando então respostas na internet e entre seus amigos.¹²¹

Ainda com respeito à contracepção, as mulheres também relataram que não tinham sido informadas de maneira adequada sobre a transmissão sexual de Zika e como camisinhas eram o melhor método preventivo para pessoas sexualmente ativas. “Mesmo após a confirmação que Zika era sexualmente transmissível, em abril [de 2016], as campanhas de comunicação em massa focavam principalmente no controle do vetor e no uso de repelente, deixando de lado o uso de camisinha,” disse uma representante do Fundo de População das Nações Unidas. “A superficialidade das mensagens e o fato de deixar de fora a transmissão sexual contribuíram para o desenvolvimento de uma falsa sensação de segurança. Pensemos, por exemplo, no caso de mulheres que usam repelente mas não usam camisinha e acreditam estar protegidas contra o Zika.”¹²² Apesar de o Ministério da Saúde divulgar diretrizes para que profissionais da saúde discutissem a transmissão sexual e o uso da camisinha em atendimentos de pré-natal e saúde reprodutiva,¹²³ é difícil mensurar até que ponto as diretrizes foram de fato incorporadas na prática em postos de saúde.



A HISTÓRIA DE SYLVIA

GRAVIDEZ DURANTE O PÂNICO DE ZIKA

Sylvia é uma pequena empreendedora e estudante universitária de 33 anos moradora da região do Subúrbio Ferroviário de Salvador, na Bahia. Em 2016, ela relatou, “Eu descobri que estava grávida exatamente quando essa coisa toda da Zika estava acontecendo por aqui, e o surto de microcefalia.”¹²⁴

A imagem não retrata Sylvia e é meramente ilustrativa.

Ela descobriu que estava grávida após um mês de gravidez e não sabia de imediato se daria continuidade à gestação ou não. Apesar de não achar que tivesse contraído Zika, ela se sentia confusa e desinformada com a informação que recebia—principalmente pelo noticiário—pois as notícias relatavam que a Zika apresentava muitos sintomas em comum com outras viroses, inclusive a dengue.

Como ainda não havia decidido se daria continuidade à gestação mas sabia que o Zika vírus apresentava graves riscos ao feto, ela tomou todas as precauções possíveis para evitar contrair a doença. Evitou o acúmulo de água parada, até mesmo para seu cachorro, e tentou usar roupas compridas. Também passou a usar repelente abundantemente. Apesar do aumento de preço observado devido ao aumento na demanda, não conseguiu encontrar nenhum programa que distribísse repelente gratuitamente para pessoas necessitadas.¹²⁵

Mesmo tomando precauções, ela sentia que não tinha informações o suficiente sobre como prevenir a contração do Zika. Quando a entrevistamos, ela não sabia que Zika era sexualmente transmissível e disse que acreditava que a grande maioria dos brasileiros achavam que o vírus só era transmitido pela picada do mosquito. Apesar de sua comunidade ter recebido visitas de agentes de saúde, nunca foram passadas informações relevantes. No lugar disso, o profissional, disse ela, “colocou [um produto químico] no ralo, uma só vez...ele colocou um cartaz que não dizia absolutamente nada...assinou umas coisas... e foi embora. Ele não disse absolutamente nada e foi embora.”¹²⁶ Durante a epidemia, ela compareceu a duas consultas médicas, nas quais não houve menção alguma à Zika ou recomendações sobre como poderia se proteger. Ela também nunca passou por exames de detecção do vírus.

Confusa e apreensiva sobre a Zika, Sylvia decidiu interromper voluntariamente a gestação no terceiro mês. “Era assustador,” ela disse na época, acrescentando que outras mulheres grávidas, conhecidas suas, também estavam paranoicas sobre contraírem Zika durante a gravidez e as possíveis complicações que poderiam ocorrer. Sylvia também não acreditava que seria o momento certo em sua vida para ter um filho. Ela decidiu, por fim, que seria melhor esperar para se tornar mãe. “Eu preferia interromper [a gestação] até que tudo passasse para não ter problemas no futuro,” ela disse se referindo à epidemia.¹²⁷ Sylvia enfatizou que, no Brasil, mulheres enfrentam profundo estigma e medo de abortar, que a sociedade trata mulheres como se não tivessem o direito de decidir o que é melhor para seus corpos e que, ao optarem pelo aborto, “estavam fazendo algo errado.”¹²⁸

Ela compartilhou o desejo de que tivesse sido mais fácil interromper a gravidez de maneira voluntária e que mulheres tivessem, de modo geral, melhor acesso a informações e serviços de saúde reprodutiva. Ela observou, por exemplo, que seu médico lhe havia informado incorretamente sobre os efeitos colaterais do uso da pílula anticoncepcional e que, apesar de achar que a injeção seria talvez uma opção melhor, era muito cara. Ela também enfatizou que apesar de o governo oferecer alguns métodos anticoncepcionais gratuitamente, eles não estavam disponíveis em todos os postos de saúde e mulheres frequentemente tinham que esperar muito tempo, especialmente no caso de tratamentos hormonais. Ela explicou que os homens ainda apresentam resistência contra a camisinha e que mulheres podem sentir vergonha de obtê-las em postos de saúde ou até mesmo farmácias.

Quanto à resposta do governo à Zika, Sylvia achou “absurdo” que o governo simplesmente recomendasse que a população evitasse engravidar sem ajudar para que pudessem fazer isso, ou reconhecer seu direito a engravidar se assim desejassem. “Você tem o direito de dizer, ‘Olha, eu tenho vontade de ser mãe agora, ou eu não tenho vontade de ser mãe agora,’” ela disse. Mas esse direito não é reconhecido pelo governo. Apesar de ter planos de ser mãe no futuro próximo, Sylvia disse que se sente mais segura esperando até que o vírus não seja mais uma ameaça antes de tentar engravidar novamente.



O Direito ao Mais Alto Patamar de Saúde

O direito à saúde é um direito fundamental indispensável para o usufruto de outros direitos, e é amparado por diversos instrumentos internacionais de direitos humanos.¹²⁹ Todo ser humano tem direito ao mais alto patamar de saúde propício para uma vida digna. O direito humano à saúde é reconhecido em inúmeros tratados. O artigo 25.1 da Declaração Universal dos Direitos Humanos estabelece que: “Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis.” O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais apresenta o artigo mais abrangente sobre o direito à saúde no Direito Internacional de Direitos Humanos. Segundo o artigo 12.1 do Pacto, os Estados Partes reconhecem “o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.”

O Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas aprofundou o conteúdo do direito ao mais alto nível de saúde possível em seu Comentário Geral N° 14,¹³⁰ declarando explicitamente que também está incluso o direito à saúde reprodutiva, definido como a liberdade do homem e da mulher “para decidir se desejam reproduzir-se e em que momento” e “o direito de estar informados e de ter acesso a métodos de planejamento familiar seguros, eficazes, econômicos e aceitáveis da sua escolha.”¹³¹

Respeito à Privacidade e às Decisões da Mulher

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher reconhece explicitamente o direito da mulher à tomada de decisão, o que inclui o direito de determinar a quantidade, intervalo e momento de ter filhos, além do acesso a informações sobre contracepção e os serviços necessários para exercer esse direito.¹³² O direito à privacidade protege o direito de todos de tomar decisões a respeito de sua vida privada. Decisões sobre quando e se constituir família são contempladas por essa definição de privacidade.¹³³

A preservação da autonomia e livre escolha da mulher sobre sua vida sexual e reprodutiva deve ser parte central da resposta nacional, global e regional à Zika.¹³⁴ Para fazê-lo de maneira eficaz, os governos precisam estar em sintonia com a realidade social, econômica e política de mulheres referente ao exercício cotidiano de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Acesso a Contracepção

Tanto o Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas quanto a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher reconhecem explicitamente que o direito à saúde reprodutiva deve incluir a oferta de serviços e informações sobre contracepção.¹³⁵ É dever do Estado garantir o acesso a diferentes opções anticoncepcionais para mulheres interessadas em postergar ou evitar a gravidez. O acesso a métodos de planejamento familiar seguros, eficazes, econômicos e aceitáveis da sua escolha é indispensável à liberdade para decidir se desejam reproduzir-se e em que momento.¹³⁶ A exigência de consentimento de terceiros para o acesso a anticoncepcionais deve ser banida, tendo isso sido consistentemente considerado por organizações de direitos humanos antagônico aos direitos da mulher.¹³⁷



Cuidando de Crianças com Deficiência

Assim como acontece na maioria dos casos de diretrizes do Ministério da Saúde, os estados tiveram autonomia para determinar como tratariam do cuidado pré-natal durante a epidemia de Zika. Alguns estados, incluindo a Bahia,¹³⁸ Pernambuco e São Paulo, decidiram logo oferecer um segundo exame de ultrassom para mulheres com Zika (ou outras viroses com risco de transmissão vertical).¹³⁹ Segundo uma enfermeira entrevistada, o município de Salvador tentou oferecer três exames de ultrassom a mulheres grávidas, mas como as instalações de saúde pública do município operam com capacidade e recursos limitados, foi necessário oferecer atendimentos adicionais por meio de uma clínica particular contratada pelo governo.¹⁴⁰ Portanto, nem todo mundo teve acesso aos três exames de ultrassom recomendados durante a gestação.¹⁴¹ Ainda assim, as mulheres de Salvador provavelmente estavam em condições melhores que mulheres em outras partes do Brasil. Uma pesquisadora da Fiocruz observou que muitos hospitais rurais no interior do país geralmente não possuem equipamentos de ultrassom adequados ou alas de maternidade para atender adequadamente a população.¹⁴² Como resultado, muitas mulheres grávidas só descobrem complicações após o parto, porque não fizeram um exame de ultrassom após complicações serem detectadas durante a gestação ou porque o exame que fizeram foi inadequado.¹⁴³

Além da falta de exames de ultrassom, outra falha na resposta à epidemia de Zika foi a falta de recursos financeiros e coordenação entre diferentes níveis de serviços públicos, os quais, em muitos casos dependeram de interações complexas envolvendo entidades municipais, estaduais e federais. Por exemplo, os postos de saúde municipais do SUS tiveram que coordenar com hospitais públicos estaduais questões de atendimento especializado, mas o processo de coordenação—combinado a desafios de lotação e limitações de ambos os lados—acarretou longas esperas para as pacientes.¹⁴⁴ A falta de postos de atendimento para serviços médicos básicos primários também foi um obstáculo listado por mulheres que precisavam de encaminhamento médico para especialistas, um tipo de atendimento secundário recomendado pelo governo.

Muitas entrevistadas revelaram que o sistema público de saúde não estava adequadamente preparado para amparar da maneira necessária mulheres que deram à luz bebês diagnosticados com Síndrome Congênita do Zika e outras necessidades especiais em decorrência do Zika vírus. Após exames, diagnósticos e tratamentos, essas crianças raramente receberam qualquer tipo de tratamento psicológico ou assistência social.¹⁴⁵ Consequentemente, os primeiros cuidados recebidos por essas crianças contribuíram muito pouco para solucionar questões de inclusão social e deixaram nas mãos dos pais a busca por serviços adicionais em um sistema de saúde e assistência social fragmentado.¹⁴⁶ Uma mulher entrevistada disse que sua família enfrentou significativa escassez de informações sobre assistência social disponível para seus bebês com necessidades especiais e que, sem essa informação era impossível ter melhores condições de inclusão social das crianças e da família.¹⁴⁷ Ela também acrescentou que pais precisam entender melhor como obter serviços psicológicos e assistência social para seus filhos e que o sistema de saúde precisava reconhecer que muitas das famílias impactadas vinham de realidades carentes e não tinham o tempo ou a capacidade de informar-se por conta própria.

Inclusão social e o acesso a acompanhamento psicológico ainda são grandes preocupações para as famílias de crianças com deficiência, especialmente dado o fato que muitas das famílias afetadas já estavam entre os mais pobres. Essas famílias ainda enfrentam dificuldades para conseguir voltar ao mercado de trabalho, deslocar-se por horas para levar seus filhos a atendimentos médicos e obter acesso a medicamentos e equipamentos médicos necessários para atender as necessidades de seus filhos. Como documentado nesse relatório, o governo não cumpriu sua obrigação de garantir que mulheres e suas famílias fossem capazes de criar com sucesso seus filhos com deficiência em condições saudáveis, acolhedoras e propícias.

GIBITECA



REPROTAI

Rede de Protagonistas em Ação de Itapagipe

A REPROTAI é uma rede de crianças, adolescentes e jovens da Península de Itapagipe, fundada em 09 de agosto de 2004 por adolescentes e jovens da Associação de Moradores do Conjunto Santa Luzia, Associação Livre dos Moradores de Mangueira, Grupo de União e Consciência Negra (GRUCON) e Comissão de Articulação e Mobilização dos Moradores da Península de Itapagipe (Rede CAMMPI).

A rede conta com grupos culturais e instituições sociais dos bairros da Península de Itapagipe e dos adjacentes: Loba, Fazenda Grande do Retiro, São Caetano, Sussuarana e outros.

Ao longo desse período várias atividades fizeram a identidade da rede, tais como: formação política pedagógica, encontros com crianças, adolescentes e jovens e ações culturais, como: Teatro Cultural, Festivais de Dança, Corredor da Poesia, Cinema Praça, Auto de Natal, etc.





A HISTÓRIA DE JOANA

DEFENDENDO AQUELES IMPACTADOS PELA ZIKA

Joana, 35, é moradora de Salvador, Bahia, e foi infectada pelo Zika vírus durante a gravidez. Após dar à luz uma criança com microcefalia em meio à falta de assistência do governo ou do sistema de saúde para famílias de crianças com deficiência, ela cofundou uma organização sem fins lucrativos chamada Abraço a Microcefalia, uma das poucas organizações de apoio criadas com o foco especificamente em famílias afetadas pela Síndrome Congênita do Zika (SCZ). A organização cresceu rapidamente, oferecendo apoio indispensável a toda uma comunidade profundamente impactada pela epidemia de Zika. Em novembro de 2017, contava com aproximadamente 20 voluntários ativos e 180 famílias cadastradas.

A imagem não retrata Joana e é meramente ilustrativa.

Os dois primeiros exames de ultrassom de Joana indicavam algumas anomalias fetais, mas o diagnóstico de microcefalia só foi confirmado próximo ao final da gestação, como geralmente é o caso. O parto aconteceu em 2015, quando Joana confirmou que o diagnóstico estava correto—sua filha nasceu com microcefalia.

“Ela nasceu e, com isso, veio todo um mundo de dúvidas e questionamentos,” ela disse a respeito do nascimento de sua filha.¹⁴⁸ A população estava em pânico com o surgimento repentino de tantos casos de microcefalia, sem saber exatamente o que fazer—quais exames buscar, com quais médicos consultar e o que pais deveriam fazer para garantir o bem estar de seus filhos.

“Estava um caos por todos os lados,” explicou Joana. “Alguns médicos até chegaram a sugerir a criação de grupos [para abordar como criar crianças com microcefalia], porque seria importante compartilharmos essas informações.”¹⁴⁹ Ela atendeu o conselho e foi atrás de outras famílias afetadas pela SCZ. Não surpreendentemente, considerando a escassez de informações disponíveis publicamente, ela constatou que muitas famílias estavam enfrentando dificuldades muito piores que as dela. “Estava recebendo as pessoas sem saber nada,” ela lembrou. “[P]orque foi uma situação de surpresa. Ninguém tava preparado para isso.”¹⁵⁰

O relato de Joana é uma história de sucesso do uso de tecnologias móveis para fortalecer redes entre famílias impactadas pela Zika. A organização criada por ela se manteve conectada via Whatsapp, um aplicativo popular de mensagens instantâneas utilizado na América Latina, que permite conversas em grupos. O grupo de mensagens logo tinha 80 mães que ofereciam frequentemente apoio e sugestões e compartilhavam dúvidas sobre os desafios únicos de se criar uma criança com microcefalia. Em abril de 2016, o grupo decidiu realizar encontros presenciais para que mães pudessem oferecer apoio adicional umas às outras e convidar profissionais para participarem de seus encontros e ajudarem a esclarecer algumas de suas dúvidas. Apesar do crescente apoio à rede, Joana também compartilhou alguns dos desafios enfrentados pelas famílias para participar dos encontros, como a culpa que sentiam por sair de casa ou o peso das despesas com transporte, tendo em conta que já enfrentavam dificuldades para custear necessidades básicas como fraldas e leite. A dificuldade de prover o básico à sua própria família tornou mais difícil para que muitos conseguissem buscar a ajuda e apoio psicológico de que precisavam.

Com base nas suas próprias experiências e nas de integrantes da comunidade do seu grupo de apoio, Joana relatou que ela acredita que o governo deveria dar mais atenção ao apoio a famílias afetadas por casos de deficiência resultantes da epidemia de Zika. Meramente recomendar que mulheres evitassem engravidar, especialmente quando a capacidade delas de fazer isso pode ser limitada devido à falta de educação ou difícil acesso a anticoncepcionais, não é suficiente. Além disso, pode haver mulheres que queiram ser mães e precisem dos recursos necessários para engravidar de forma segura. “As mulheres,” ela disse, “não deveriam viver com medo de se tornarem mães se essa é a vontade delas.” Ainda que deixássemos de lado os casos relacionados à Zika, muitas crianças nascem com necessidades especiais imprevisíveis. E elas também precisam de atenção.

“A gente acredita que a gente vai construir uma sociedade mais igualitária,” disse Joana sobre o trabalho da organização sem fins lucrativos Abraço a Microcefalia, para que, por meio disso “as pessoas aceit[em] mais as crianças. Nosso objetivo é isso—ter espaço de inclusão nas praças, ter espaço de inclusão nas escolas.”¹⁵¹ Por meio da inclusão, os direitos tanto dos pais quanto das crianças à saúde, vida familiar, educação e participação social podem ser concretizados.

Direitos das Crianças com Deficiência

A proteção dos direitos das crianças com deficiência deve ter prioridade na resposta de todos os governos à Zika. Os direitos das pessoas com deficiência são protegidos pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.¹⁵² Segundo a Convenção, pessoas com deficiência têm direito a desfrutar todos os direitos humanos e liberdades individuais.¹⁵³ É dever do Estado garantir a disponibilidade de todos os mecanismos de apoio necessários e acomodações apropriadas para que crianças com deficiência—e seus cuidadores—possam desfrutar e exercer seus direitos humanos em pé de igualdade com os demais.¹⁵⁴

O Comitê das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças reconhece a necessidade de oferecer-se “apoio material na forma de recursos financeiros, mantimentos e equipamentos necessários, como móveis e meios de transporte adaptados, considerados necessários para que uma criança com deficiência possa usufruir de um estilo de vida digno e independente, sendo incluído na família e em sua comunidade.”¹⁵⁵ De acordo com o Comitê, “serviços de apoio também devem incluir formas de auxílio domiciliar e creches de acesso direto no nível comunitário. Tais serviços permitem que os pais trabalhem, além de aliviar a pressão e cultivar ambientes familiares saudáveis.”¹⁵⁶

Além disso, o Comentário Geral do Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas recomenda que os Estados garantam assistência social e apoio financeiro adequado a pessoas com deficiência e seus cuidadores.¹⁵⁷ O Comitê também reconhece que, na medida do possível, as formas de apoio também devem contemplar as pessoas (majoritariamente mulheres) que se responsabilizam pelo cuidado da pessoa com deficiência.¹⁵⁸



Acesso ao Aborto

Algumas mulheres, como Sylvia, uma das entrevistadas desse relatório, decidem que a possibilidade de infecção pelo Zika apresenta riscos muito sérios para levar a gestação até o fim. Em países como o Brasil, onde a gravidez muitas vezes não é planejada, uma emergência médica como a Zika, a qual causa consequências diretas à gestação, pode muito bem levar muitas mulheres a preferirem interromper a gravidez de maneira voluntária. Criado em 1940, o Código Penal brasileiro proíbe o aborto terapêutico, em que o aborto é induzido porque a gravidez ameaça a saúde física ou mental da mulher. A lei, entretanto, possui algumas exceções para salvar a vida da mulher grávida ou se a gravidez é resultado de estupro.¹⁵⁹

Em 2012, o Supremo Tribunal Federal descriminalizou o aborto em casos de anencefalia.¹⁶⁰ Porém, essa exceção não abrangeria abortos relacionados aos riscos que a infecção por Zika apresenta à saúde física ou mental ou às complicações decorrentes do vírus. As restrições do aborto no Brasil têm, conseqüentemente, tornado extremamente difícil que mulheres exercitem legalmente seus direitos reprodutivos no contexto da Zika.

Apesar de crescente aceitação pública do direito de escolha da mulher¹⁶¹ e do fato que, de maneira legal ou não, uma em cada cinco mulheres interrompe a gravidez pelo menos uma vez na vida,¹⁶² não foram tomadas medidas para descriminalizar o aborto no país desde 2012. Como uma demógrafa brasileira explicou, “O grande erro na resposta do país à Zika em termos de direitos reprodutivos foi não haver concedido uma exceção legal ao aborto como foi feito na Colômbia, onde mulheres podem optar pelo aborto se sua saúde encontra-se ameaçada, inclusive sua saúde mental. Devido à emergência da epidemia, devíamos haver implementado mudanças—elas foram discutidas mas não implementadas.”¹⁶³

No Brasil, juízes têm certo grau de autoridade para permitir abortos em casos além das exceções listadas.¹⁶⁴ Contudo, nem todos se dispõem a exercitar essa autoridade para conceder exceções¹⁶⁵ e muitas entrevistadas confirmaram não ter conhecimento de juiz que tivesse concedido exceções em decorrência de questões de saúde especificamente relacionadas à Zika.¹⁶⁶ Ainda que uma mulher conseguisse encaixar-se nas condições restritas de acesso a um aborto legal—algo que contemplaria um número bem pequeno de mulheres grávidas afetadas pela Zika—, existem muitos outros obstáculos. Por exemplo, as mulheres precisam enfrentar um sistema judiciário desconhecido que pode não possuir a competência cultural necessária para atender suas necessidades. Além disso, ainda que o direito de acesso a um aborto legal fosse concedido, são poucos os hospitais autorizados a realizar o procedimento.¹⁶⁷

Encontrar médicos que realizem abortos é um grande desafio na prática. Muitos se recusam a realizar o procedimento por medo de se tornarem conhecidos como “abortistas” ou de serem processados. Muitos também apresentam justificativas morais ou objeções religiosas ao procedimento. Esses obstáculos ajudam a explicar por que uma defensora pública de Pernambuco, uma das regiões mais afetadas por Zika, disse não haver ouvido falar de nem um só caso de uma mulher grávida em busca de permissão legal para realizar um aborto em decorrência da Zika.¹⁶⁸ Ela explicou que, devido à epidemia de Zika, houve um aumento na “demanda invisível” pelo aborto, o que reforça o argumento de que as vivências e experiências de mulheres durante o surto têm sido silenciadas na esfera pública.¹⁶⁹

Felizmente, uma decisão recente do Supremo Tribunal Federal demonstra um passo importante em direção à descriminalização do aborto. Em um caso de dezembro de 2016 de *habeas corpus*, envolvendo os funcionários de uma clínica clandestina de aborto do Rio de Janeiro, a 1ª Turma do Supremo Tribunal Federal entendeu que a criminalização do aborto no primeiro trimestre era uma violação dos direitos fundamentais da mulher. Apesar de a decisão não afetar casos além do que estava sendo julgado, apresenta uma análise constitucional poderosa a favor do direito ao aborto e o tom da sentença indica que mudanças nas leis do aborto no Brasil poderiam estar próximas.

No dia 24 de agosto de 2016, a Associação Nacional das Defensoras e Defensores Públicos (ANADep), uma associação de defensores públicos, em colaboração com a Anis: Instituto de Bioética, deram entrada em uma ação no Supremo Tribunal Federal justificando a possibilidade excepcional de interrupção da gestação para mulheres que contraíram Zika e encontram-se em sofrimento psíquico.¹⁷⁰ A ação é embasada no princípio de que o direito da mulher à dignidade, à saúde, e à liberdade de tortura psicológica são direitos protegidos pela Constituição de 1988.¹⁷¹ A ação também propõe que laudos médicos e psicológicos avaliem o estado de sofrimento mental de mulheres grávidas em busca do aborto.¹⁷² Joaquim Nato, então presidente da ANADep, comentou a iniciativa dizendo que “o aborto não é o objetivo principal da ação, mas é impossível falar de Zika sem falar de aborto.”¹⁷³ Em 7 de março de 2017, o Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) deu entrada em mais uma ação em colaboração com a Anis: Instituto de Bioética. A nova ação contestava a criminalização do aborto por qualquer razão até a 12ª semana da gestação.¹⁷⁴

Não tendo acesso a procedimentos de aborto legais e seguros, muitas mulheres buscam serviços realizados de maneira clandestina. Cerca de metade das mulheres que realizam abortos, utilizam medicamentos, geralmente sem supervisão médica. Não surpreende que quase metade das mulheres que realizam abortos são hospitalizadas para concluir os procedimentos devido a complicações.¹⁷⁵ O Ministério da Saúde informa que a curetagem uterina após abortos representa aproximadamente um terço dos procedimentos obstétricos oferecidos pelo sistema público de saúde.¹⁷⁶

O misoprostol, inventado para o tratamento de úlcera péptica, é amplamente utilizado na indução do aborto. Dado o alto controle do medicamento no Brasil e o fato de só poder ser encontrado na enfermaria obstétrica de hospitais, as mulheres que buscam alternativas de aborto médico ficam dependentes do mercado clandestino. Como o misoprostol pode custar caro, algumas mulheres, especialmente as mais jovens, optam por procedimentos menos seguros de indução ao aborto, incluindo chás medicinais ou sondas vaginais.¹⁷⁷ No Rio de Janeiro, o medicamento é contrabandeado, em grande maioria, por traficantes de drogas—em alguns casos o medicamento só é vendido para homens, para evitar que mulheres possam controlar sua própria gestação.¹⁷⁸

O controle rigoroso do misoprostol pelo governo não teve sucesso em torná-lo um medicamento difícil de se obter, mas aumenta significativamente os riscos para mulheres que, do contrário, poderiam ter acesso a medicamentos seguros e eficazes sob supervisão médica. Também eleva o preço do medicamento a patamares fora da realidade de muitas mulheres, aumentando as desigualdades enfrentadas pelas mais vulneráveis. O medicamento custaria algo entre R\$200 (US\$60) em São Paulo,¹⁷⁹ a maior cidade do país, e R\$550 (US\$165) em Belo Horizonte, no Sudeste do país, segundo indícios.¹⁸⁰

Pesquisadores e ativistas relataram que o acesso a procedimentos abortivos tende a ser um privilégio dos mais ricos, que têm condições de pagar do próprio bolso para viajar, se necessário, para realizar o procedimento.¹⁸¹ As disparidades econômicas e a dificuldade de acesso a procedimentos seguros frequentemente apresenta correlações com raça, conforme refletido na mais alta incidência de abortos arriscados entre mulheres negras. Um estudo conduzido em cinco cidades brasileiras apontou que, independente dos métodos utilizados na indução ao aborto, para cada mulher branca hospitalizada para concluir o procedimento, três mulheres negras haviam precisado de atendimento hospitalar pela mesma razão.¹⁸²

Ainda que não exista prova substancial se e até que ponto a Zika pode ter impactado a demanda pelo aborto, ou sobre o perfil das mulheres que podem ter procurado procedimentos abortivos em decorrência do vírus, existem sinais de que a epidemia e as incertezas correlatas podem ter estimulado que mais mulheres considerassem e procurassem o aborto. Por exemplo, Women on Web, que fornece medicamentos abortivos online, relatou um aumento estatisticamente significativo nas buscas por abortos médicos após o alerta de saúde pública sobre Zika ser divulgado.¹⁸³

Mulheres que procuram atendimento médico em virtude de complicações de abortos clandestinos muitas vezes enfrentam tratamento hostil e ameaças, apesar de diretrizes claras do Ministério da Saúde instruírem que profissionais da saúde têm o dever de tratar mulheres nessa situação com respeito, dignidade e confidencialidade.¹⁸⁴ Na prática, porém, pacientes enfrentam esperas prolongadas intencionais, ameaças de denúncia à polícia e atitudes recriminadoras.¹⁸⁵ Especialistas em direitos reprodutivos relataram que, apesar de ser contra o Código Penal e o Código de Ética Médica que médicos denunciem suspeitas de aborto à polícia, na prática, médicos não são punidos por violar a confidencialidade.¹⁸⁶

O Direito ao Aborto

Sob o Direito Internacional dos Direitos Humanos, as mulheres têm direito “ao mais alto patamar de saúde física e mental.”¹⁸⁷ O Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas reconhece que o direito à saúde reprodutiva contempla “o direito de tomar decisões sobre sua própria saúde e corpo, incluindo a liberdade reprodutiva e a liberdade de coerção.”¹⁸⁸ A restrição do acesso de mulheres ao aborto de maneira legal e segura, especialmente em casos que apresentam riscos à saúde mental e/ou física da mulher, viola vários de seus direitos humanos internacionalmente reconhecidos. De fato, organizações das Nações Unidas reconhecem as consequências negativas da imposição de restrições ao aborto para a saúde da mulher¹⁸⁹ e consistentemente confrontam a falta de acesso a serviços abortivos.¹⁹⁰ Como reconhecido pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos, “garantir acesso a esses serviços de acordo com os padrões de direitos humanos faz parte dos deveres do Estado de eliminar discriminação contra as mulheres e garantir seu direito à saúde assim como outros direitos fundamentais.”¹⁹¹





A Desigualdade Socioeconômica da Zika

Nossos pesquisadores entrevistaram cinco mulheres em idade reprodutiva em uma região de baixa renda de Salvador, conhecida como Subúrbio Ferroviário, da qual fazem parte 22 comunidades populosas, totalizando aproximadamente 500.000 habitantes.¹⁹² Assim como em outras comunidades de baixa renda de cidades pelo Brasil, o Subúrbio Ferroviário conta com condições precárias de distribuição de água tratada e saneamento básico, tornando-se terreno fértil para a reprodução de mosquitos e aumentando o risco de Zika e outras arboviroses. A secretaria de saúde de Salvador confirmou 38 casos de Síndrome Congênita do Zika no Subúrbio Ferroviário até março de 2017, quando foram realizadas as entrevistas para esse relatório—o número mais alto entre todas as regiões de Salvador.

Todas as cinco mulheres entrevistadas confirmaram ter recebido informações sobre Zika de diferentes fontes, inclusive televisão, jornais impressos, campanhas de conscientização, profissionais da saúde. Apenas uma mulher relatou ter visto agentes de saúde disseminando informações na comunidade diretamente, mas achou que o nível de informação compartilhada foi insuficiente. Três delas disseram nunca ter visto agentes de saúde no Subúrbio Ferroviário. Ao menos uma entrevistada, uma mulher de 26 anos chamada Vanessa,¹⁹³ disse que achou que o governo havia intencionalmente divulgado poucas informações sobre Zika. “No meu ver eles escondem e deixam para divulgar quando veem que a coisa já passou do limite,” ela explicou. “Você tem que falar. Você tem que comunicar.”¹⁹⁴

Com a exceção de uma entrevistada, todas relataram ter usado repelente para prevenir a infecção por Zika. Vanessa achou que repelentes estavam muito caros nas lojas para serem comprados na quantidade necessária e decidiu fabricar sua própria receita caseira com seu marido por meses. Outras duas entrevistadas consideraram o preço do repelente um obstáculo, especialmente após um aumento de pelo menos um terço na demanda pelo produto. Uma entrevistada relatou gastar mais de R\$90 (US\$27) por semana com repelente devido aos preços elevados em sua comunidade. Nessa proporção, as despesas mensais com repelente poderiam corresponder a 41% do salário mínimo.¹⁹⁵ Em uma farmácia local, os preços após a epidemia variavam entre R\$45 e R\$54 (US\$15 e \$18) por 100mL de repelente.¹⁹⁶ Duas entrevistadas disseram que não tinham conhecimento de nenhum programa de distribuição gratuita de repelente; duas outras disseram que ainda que repelente provavelmente fosse distribuído nos postos de saúde, não sabiam como consegui-lo. Gabriela, 34,¹⁹⁷ que esteve grávida durante a epidemia de Zika, disse que ela e outra amiga que também estava grávida desenvolveram um sistema para que as duas sempre tivessem repelente o suficiente para se protegerem, apesar de nenhuma das duas ter condições de garantir um estoque consistente: “Quando ela ficava sem, eu dava. Quando eu não tinha, ela me dava.”¹⁹⁸



O Direito a um Padrão de Vida Adequado

É dever do Estado garantir o direito a um padrão de vida adequado para todos.¹⁹⁹ Isso inclui o direito a comida, vestimenta e moradia adequados, além da melhoria contínua das condições de vida.²⁰⁰ Todos têm direito à moradia digna, o que inclui o direito à propriedade legal, à disponibilidade de serviços, à moradia econômica e fisicamente acessível, à salubridade, à escolha da localização e à adequação cultural.²⁰¹ No contexto de Zika, o Estado é obrigado “a dar a devida prioridade a grupos de pessoas vivendo em condições menos favorecidas, dando a elas consideração especial.”²⁰²

O Direito à Água Potável e ao Saneamento Básico

Foi constatado que problemas de infraestrutura de longa data foram responsáveis pelo agravamento da proliferação e do surto de Zika na América Latina e no Caribe.²⁰³ Esse foi o caso especialmente das regiões mais pobres dos países mais afetados pela Zika. Em 2015, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a resolução 70/169, que reconhece o direito humano à água potável e ao saneamento básico. As Nações Unidas fizeram o apelo para que todos os Estados-membros “garantam de maneira progressiva a concretização do direito à água potável e ao saneamento básico para todos, sem discriminação, eliminando desigualdades de acesso, inclusive para integrantes de grupos vulneráveis ou marginalizados em virtude de sua raça, gênero, idade, deficiência, etnia, cultura, religião e origem nacional ou social, ou por qualquer outra razão, com a visão de eliminar gradualmente desigualdades decorrentes de fatores como disparidades urbano-rurais, o local de residência, níveis de remuneração e outras considerações relevantes.”²⁰⁴ Logo, é dever dos Estados garantir o direito à água potável e ao saneamento básico para todos, algo que poderia efetivamente mitigar a proliferação de Zika e futuros surtos do vírus.²⁰⁵

Conclusão

Em maio de 2017, logo após a conclusão desse relatório, o Ministério da Saúde do Brasil deu fim ao estado de emergência de saúde pública declarado com o surto epidêmico de Zika.²⁰⁶ Com o anúncio, o Ministério da Saúde alertou que o fim da crise não significava a suspensão de atendimentos ou que a população devesse deixar de tomar precauções.²⁰⁷ A preocupação foi compartilhada por especialistas de saúde pública e defensores dos direitos humanos, que opinaram que pouco havia sido feito para solucionar as deficiências no serviço público durante a epidemia, as quais, acima de tudo, teriam permitido que a Zika se tornasse um problema de tal magnitude.²⁰⁸ Além de pessoas que ainda correm risco de contrair Zika, o vírus continuará impactando aqueles infectados anteriormente e mulheres que possam vir a engravidar. No caso de crianças que nasceram com Síndrome Congênita do Zika (SCZ) e suas famílias, o impacto da epidemia—e a necessidade de apoio e serviços públicos—deve perdurar por toda a sua vida.

Nossa pesquisa identificou que havia falta de clareza em comunicados do governo a respeito da disponibilidade e acesso a contraceptivos de emergência e que mulheres desconheciam os riscos relacionados à Zika necessários para a tomada de decisões bem informadas. Por exemplo, mulheres não sabiam que o Zika vírus pode ser transmitido sexualmente e médicos nem sempre disponibilizavam informações corretas e imparciais sobre possíveis complicações à gravidez. Também constatamos que, apesar de o aborto ser legalizado em alguns casos no Brasil, as mulheres não tinham acesso ao procedimento quando o necessitavam. Por exemplo, constatamos que profissionais da saúde negam atendimento com base em convicções religiosas pessoais, o que constitui abuso de seu direito à liberdade religiosa. Além disso, mulheres em busca de atendimento após se submeterem a abortos clandestinos foram frequentemente tratadas com hostilidade e ameaças, apesar de as diretrizes do Ministério da Saúde claramente instruírem o contrário.²⁰⁹

Dados do Ministério da Saúde revelaram que a maioria dos casos de SCZ está concentrada na região Nordeste do Brasil, especialmente nos estados de Pernambuco, Bahia, Paraíba e Maranhão. Contudo, nessas áreas afetadas, inclusão social e acesso a mecanismos de apoio foram as principais preocupações das famílias de crianças com deficiência. Essas famílias estão entre os mais pobres, o que torna a responsabilidade a mais de cuidar de uma criança com necessidades especiais ainda mais difícil. Por último, constatamos que a falta de investimentos em infraestrutura de acesso a água potável e saneamento básico pelo governo contribuiu para as condições que catalisaram a proliferação de mosquitos, acelerando a propagação de Zika.

Apesar de haver declarado fim à emergência de saúde pública, alguns aspectos da resposta do governo, como a distribuição gratuita de repelente para mulheres de baixa renda só tiveram início recentemente, após muitos meses de atraso.²¹⁰ Outras recomendações de políticas e programas ainda precisam ser feitas e casos de aborto apresentados por defensores de direitos humanos a respeito dessas desigualdades continuam aguardando julgamento.²¹¹ Por último, mas não menos importante, ameaças de cortes orçamentários a programas sociais comprometem qualquer rede de apoio atualmente disponível no Brasil.²¹² O foco da atenção tem se distanciado dos esforços de prevenção à Zika para os desafios que teriam permitido à epidemia um efeito tão profundo e desigual. Enquanto se debatem esses desafios, mulheres impactadas pelo vírus residentes nas áreas mais afetadas continuam sofrendo, tendo que conviver com as consequências do vírus pelos anos que estão por vir, sem que suas experiências e realidades tenham prioridade para o governo.

Recomendações



Recomendações a Governos

- Garantir a educação sexual em escolas de maneira abrangente, que aborde normas de gênero e dinâmicas de poder envolvidas em relações sexuais, inclusive a responsabilidade compartilhada por meninos e homens na saúde reprodutiva e prevenção da gravidez não planejada.
- Garantir que campanhas públicas educativas forneçam informações completas, corretas e compreensíveis sobre a transmissão do Zika vírus, inclusive sobre a transmissão sexual e suas consequências. Também devem constar informações sobre os direitos fundamentais de cada indivíduo e políticas relacionadas à proteção contra a Zika e seus efeitos, bem como o direito de acesso gratuito a contraceptivos e programas de assistência social.
- Disponibilizar acesso gratuito ou de baixo custo a repelentes para mulheres em idade reprodutiva, especialmente durante as épocas de maior proliferação do mosquito e em áreas com alto risco de contração da Zika e demais arboviroses.
- Abolir punições criminais para mulheres que interrompam a gravidez e para médicos que conduzam abortos seguros e voluntários.
- Implementar legislação que permita às mulheres acesso a serviços de aborto legais e seguros, especialmente em casos que protejam sua própria saúde.
- Garantir que famílias e crianças afetadas pela Síndrome Congênita do Zika (SCZ), especialmente as famílias de baixa renda, tenham acesso a programas de assistência social para o desenvolvimento das crianças e subsistência familiar. Tais programas incluem um salário mínimo por mês, garantido pelo programa de assistência BPC, acesso a creche e outras formas de assistência que permitam às mulheres trabalhar (quando e se assim preferirem), distribuição contínua e gratuita de medicamentos, óculos, órteses, próteses e outros dispositivos médicos por meio do Sistema Único de Saúde e acesso gratuito a transporte seguro e regular para tratamentos e serviços de apoio oferecidos pelos municípios.
- Garantir a implementação de políticas de combate proativo da discriminação e preconceito contra pessoas com deficiência e garantir a inclusão de crianças afetadas pela SCZ no sistema educacional e outros contextos sociais.
- Intensificar esforços para eliminar focos de reprodução de mosquitos e garantir controle prolongado do *Aedes aegypti*, incluindo investimento na canalização de água potável e saneamento básico para comunidades de alta suscetibilidade à proliferação de Zika e outros arbovírus.
- Negar emendas à Constituição do Brasil, como a PEC 55, que restringiriam gastos públicos com saúde e educação, o que poderia aumentar os níveis de desigualdade para os estratos mais pobres da sociedade.



Recomendações ao Sistema de Saúde

- Melhorar a capacidade de profissionais da saúde detectarem e diagnosticarem a Zika e coletarem consistentemente dados demográficos, incluindo a raça ou etnia de pacientes de casos identificados, para melhor documentação das desigualdades sociais da epidemia.
- Garantir que os sistemas de monitoramento de Zika em zonas rurais e periurbanas sejam comparáveis aos de zonas urbanas.
- Garantir que todo indivíduo, especialmente adolescentes e jovens mulheres, tenham acesso a informações adequadas (por meio de canais de disseminação existentes, como a internet e grupos de apoio), sobre a prevenção da gravidez e de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo a transmissão sexual de Zika.
- Oferecer de maneira imparcial métodos variados de contracepção, inclusive anticoncepcionais de ação prolongada, opções reversíveis e contraceptivos de emergência para evitar casos de gravidez indesejada.
- Garantir que toda mulher grávida tenha acesso aos cuidados do pré-natal desde o início da gestação e receba aconselhamento adequado sobre a prevenção de Zika, inclusive informações sobre a transmissão sexual do vírus, a diagnósticos e tratamento de Zika e de outras infecções congênitas, a camisinhas e a repelente o suficiente para ela e seus parceiros.
- Facilitar o diagnóstico precoce de SCZ com a oferta de um segundo exame de ultrassom a todas as mulheres grávidas de regiões afetadas pelo Zika vírus.
- Oferecer atendimento psicológico para todas as gestantes moradoras de áreas afetadas pelo Zika vírus, especialmente aquelas diagnosticadas com a infecção no início da gestação.
- Capacitar profissionais da saúde quanto ao diagnóstico adequado e encaminhamento ou cuidado de crianças com SCZ.
- Realizar acompanhamento médico de todos os casos registrados de SCZ descartados com base no critério de microcefalia durante os primeiros meses da epidemia, especialmente nos estados do Nordeste, para identificar casos que possam, agora, enquadrar-se em critérios mais amplos.
- Garantir que todos os profissionais da saúde tenham conhecimento das orientações do Ministério da Saúde sobre o aborto, inclusive exceções legais em que o aborto é permitido (em casos de estupro, risco à vida da mulher ou anencefalia do feto) e os deveres éticos e legais que norteiam o exercício de sua profissão, exigindo que zelem pela confidencialidade de pacientes e ofereçam atendimento após abortos, mesmo em casos de abortos clandestinos.
- Garantir que mulheres que prefiram interromper a gestação recebam informações adequadas sobre suas opções legais, inclusive de redução dos riscos onde o procedimento não seja legalmente permitido.
- Garantir que futuras pesquisas atendam o mais alto patamar ético e reflitam as necessidades da mulher, da criança e da família. As pesquisas também devem estar orientadas à busca de soluções e a viabilizar amplo acesso aos cuidados médicos, informações e serviços de assistência para mulheres e para crianças com deficiência.



Recomendações ao Setor Privado

- Estabelecer parcerias com governos, o setor da saúde e a sociedade civil para oferecer serviços a populações afetadas pela Zika, inclusive distribuindo repelente, tornando informações que combatam estereótipos disponíveis e oferecendo tratamentos, medicamentos, vacinas e serviços de saúde gratuitos ou a baixo custo.



Recomendações à Sociedade Civil

- Apoiar o avanço dos direitos humanos reconhecendo o impacto da Zika no nível socioeconômico, gênero e raça de uma pessoa.
- Apoiar campanhas públicas contínuas de conscientização sobre Zika com ênfase na mobilização da comunidade e conscientização das pessoas sobre seus direitos referentes à saúde e a programas de assistência social ou políticas disponíveis para elas.
- Acompanhar a implementação de políticas de longo prazo e programas relacionados à saúde sexual e reprodutiva, bem como à assistência social a famílias e cuidadores de crianças com deficiência.
- Engajar-se em esforços de pesquisa interdisciplinar, qualitativa e quantitativa sobre os impactos de Zika para desenvolver recomendações de boas práticas para leis e governantes, embasadas em dados empíricos.
- Apoiar pesquisas sobre os impactos de Zika a longo prazo, promover diálogos entre a comunidade e redes entre mulheres afetadas pelo vírus e disseminar conhecimento, especialmente em áreas carentes de sistemas de monitoramento, detecção e prevenção de questões de saúde pública.
- Estabelecer parcerias com outras organizações da sociedade civil para compartilhar dados e formar coalizões com demais movimentos aliados, como os defensores dos direitos das pessoas com deficiência e outros grupos estratégicos, como organizações de saúde pública e o setor privado.

Bibliografia

- 1 Devem ser consideradas cinco entrevistas formais com especialistas bem como discussões informais com três outros especialistas para obtenção de informações contextuais e amostragem em bola de neve. Entre os entrevistados estão especialistas associados atualmente ou anteriormente com as seguintes organizações: OMS, PNUD, ACNUDH e CIDH. Para a conclusão das análises contidas no presente relatório, também foram consideradas as transcrições de entrevistas com especialistas que trabalham para agências da ONU e outras entidades localizadas nos países abordados nesse relatório, como o Fundo de Populações das Nações Unidas e a UNICEF no Brasil e a PNUD na Colômbia.
- 2 Vide OPAS/OMS, "Zika Cases and Congenital Syndrome Associated with Zika Virus Reported by Countries and Territories in the Americas, 2015 – 2017: Cumulative Cases" (Casos de Zika e Síndrome Congênita Associada ao Zika Virus Registrados por Países e Territórios nas Américas, 2015 – 2017: Casos Cumulativo), 8 de junho, 2017.
- 3 Release, British Medical Journal, Journal of Family Planning and Reproductive Health Care (Revista Científica de Planejamento Familiar e Cuidados de Saúde Reprodutiva), "More Than 50% of Women are Avoiding Pregnancy Due to Zika in Brazil", 23 de dezembro, 2016.
- 4 Ministério da Saúde do Brasil, Zika Virus: Perfil Epidemiológico em Mulheres, Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde, Pg. 1, Vol. 47, N.º. 37 (2016), disponível em http://combateaesd.saude.gov.br/images/pdf/Virus_Zika_perfil_epidemiologico_em_mulheres.pdf.
- 5 "WHO Director-General Summarizes the Outcome of the Emergency Committee Regarding Clusters of Microcephaly and Guillain-Barre syndrome" (Diretor-Geral da OMS Resume os Resultados do Comitê de Emergência sobre Focos de Microcefalia e da Síndrome de Guillain-Barré), WHO Media Centre, 1 de fevereiro de 2016; Donald G. McNeil Jr., "How the Response to Zika" (Como a Resposta à Zika Ignorou Milhões de Pessoas), *New York Times*, 16 de janeiro de 2017; entrevista conduzida pelos autores com Joana, março de 2017.
- 6 Donald G. McNeil Jr., "To Protect Against Zika Virus, Pregnant Women Are Warned About Latin American Trips" (Gestantes são alertadas sobre viagens à América Latina para se protegerem do Zika Virus), *New York Times*, 15 de janeiro de 2016.
- 7 OMS, Zika Situation Report, 18 de agosto de 2016, disponível em <http://www.who.int/emergencies/zika-virus/situation-report/18-august-2016/en/>.
- 8 Stephanie Nebehay & Julie Steenhuisen, "WHO Declares End of Zika Emergency But Says Virus Remains a Threat" (OMS Declara Fim de Estado de Emergência, Mas Diz que Ameaça do Zika Virus Permanece), *Reuters*, 18 de novembro de 2016; Donald G. McNeil Jr., "Zika Is No Longer a Global Emergency, W.H.O. Says" (Zika não é mais Emergência Global, Segundo a OMS), *New York Times*, 18 de novembro de 2016.
- 9 Donald G. McNeil Jr., "Zika Is No Longer a Global Emergency, W.H.O. Says" (Zika não é mais Emergência Global, Segundo a OMS), *New York Times*, 18 novembro de 2016.
- 10 Sibylla Brodzinsky, "Colombia Declares End to Zika Epidemic As Spread of Virus Levels Off" (Colômbia Anuncia Fim da Epidemia de Zika Após Contenção da Proliferação do Virus), *The Guardian*, 25 de julho de 2016; "Zika Virus: Brazil Emergency is Over" (Zika Virus: Termina o Estado de Emergência no Brasil), *BBC News*, 12 de maio de 2017.
- 11 CDC, "Zika: Symptoms, Testing, & Treatment" (Zika: Sintomas, Diagnóstico e Tratamento), acessado em <https://www.cdc.gov/zika/symptoms/index.html>.
- 12 Pam Belluck and Tania Franco, "For Brazil's Zika Families, a Life of Struggle and Scares" (O Futuro Incerto e Assustador das Famílias Afetadas pela Zika no Brasil), *New York Times*, 11 de março de 2017; vide CDC, "Birth Defects: Facts About Microcephaly" (Defeitos Congênitos: Fatos sobre a Microcefalia), dezembro de 2016.
- 13 CDC, "Birth Defects: Facts About Microcephaly" (Defeitos Congênitos: Fatos sobre a Microcefalia), dezembro de 2016.
- 14 CDC, "Birth Defects: Facts About Microcephaly" (Defeitos Congênitos: Fatos sobre a Microcefalia), dezembro de 2016.
- 15 CDC, "Birth Defects: Facts About Microcephaly" (Defeitos Congênitos: Fatos sobre a Microcefalia), dezembro de 2016.
- 16 Exemplo: OMS, "Information for Travellers Visiting Zika Affected Countries Fact Sheet" (Informativo para Viajantes a Países Afetados pela Zika), 17 de abril de 2017; Amy S. Patterson, "Here's Why the WHO Responded So Differently to Zika and Ebola" (Por que a OMS Respondeu de Maneira Diferente à Zika e ao Ebola), *The Washington Post*, 4 de abril de 2016; Government of the U.K., "Zika Virus: Travel Advice" (Alerta a viajantes sobre o Zika Virus), 25 de julho de 2016, acessado em <https://www.gov.uk/guidance/zika-virus-travel-advice>; Judy Koutsky & Meredith Carey, "12 Zika-Free Destinations to Travel to This Year" (12 Destinos Livres de Zika para Visitar Esse ano), *Conde Nast Traveller*, 5 de abril de 2017.
- 17 Donald G. McNeil Jr., "How the Response to Zika Failed Millions" (Como a Resposta à Zika Ignorou Milhões de Pessoas), *New York Times*, 16 de janeiro de 2017.
- 18 Declaração à imprensa, CFR, UNFPA, "UNFPA Closely Monitors Zika Outbreak, Urges Access to Sexual and Reproductive Health Care and Information" (Fundo de População das Nações Unidas Monitora Surto de Zika e Exige Acesso a Informações e Cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva), (4 de fevereiro de 2016); Declaração à imprensa, UNFPA, "Voluntary Family Planning, Including Condoms, Essential to Prevent Spread of Zika Virus" (O Planejamento Familiar é Essencial para a Prevenção da Proliferação do Zika Virus, Inclusive Camisinhas), 10 de março de 2016; ACNUDH, "Upholding Women's Human Rights Essential to Zika Response" (Essencial na Resposta à Zika: a Garantia dos Direitos Humanos da Mulher) – Zeid, 5 de fevereiro de 2016; David H. O'Connoer et al., "Forging Collaborative Relationships in Brazil: From AIDS to ZIKA" (Estabelecendo Relações de Cooperação no Brasil: da AIDS à ZIKA), 166 CELL 2 (2016) o qual aborda como podemos aprender com as colaborações fomentadas no Brasil durante a epidemia de HIV para desenvolver melhores relações de combate à epidemia de Zika. Colaborações podem gerar uma resposta internacional mais efetiva de pesquisa em doenças infecciosas. Vide "IACHR Welcomes Progress and Urges States to Ensure Favorable Conditions for the Exercise of Women's Rights" (CIDH Reconhece Progresso e Apela aos Estados pela Garantia de Condições Favoráveis ao Exercício dos Direitos da Mulher), CIDH, 8 de março de 2016.
- 19 Farias supra. Mareni Rocha Farias et. al., Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil, 50 Rev Saúde Pública 1, 1 (2016), acessado em <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/151120/001009654.pdf?sequence=1>.
- 20 Entrevistas conduzidas pelos autores com Gabriela, Vanessa, Joana e Sylvia.
- 21 Entrevistas conduzidas pelos autores com Dra. Cynthia Lorenzo, profissional de saúde da criança e da mulher; médica do hospital Sarah; e Noromelia Quinto, Diretora do CEPRED.
- 22 Miriam Wells, "Pregnant and Desperate in Evangelical Brazil" (Grávida e Desesperada em um Brasil Evangélico), Foreign Policy, 18 de fevereiro de 2015; Ministério da Saúde, Atenção Humanizada Ao Abortamento, 2011).
- 23 Abigail R.A., Aiken, James G. Scott, Rebecca Gomperts, et al. "Requests for Abortion in Latin America Related to Concern about Zika Virus Exposure" (Procura pelo Aborto na América Latina Relacionada à Preocupação com a Exposição ao Zika Virus). *N Engl J Med* 2016; 375:396-398
- 24 Exemplo: Paul Farmer, "Infections and Inequalities: The Modern Plagues" (Infecções e Desigualdades: As Pragas Modernas, 2001); Michael J. Selgelid, "Justice, Infectious Diseases and Globalization" (Justiça, Doenças Infecciosas e Globalização), 7 *Global Health and Global Health Ethics* 89, 89 (Solomon Benatar & Gillian Brock eds., 2011); Lara Stemple et al., "Human Rights, Gender, and Infectious Disease: From HIV/AIDS to Ebola" (Direitos Humanos, Gênero e Doenças Infecciosas: do HIV/AIDS ao Ebola), 38 *Human Rights Quarterly* 993 (2016).
- 25 OMS, "One Year into the Zika Outbreak: How An Obscure Disease Became a Global Health Emergency" (Um Ano do Surto de Zika: Como uma Doença Obscura se Tornou uma Emergência de Saúde Global), acessado em 30 de junho de 2017).
- 26 Vide definição de saúde reprodutiva apresentada pela ACNUDH no Artigo 12.2(a): O direito à saúde materna, infantil e reprodutiva na nota de rodapé 12 do Comentário Geral N.º. 14 sobre direitos econômicos, sociais e culturais.
- 27 Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada em 13, de dezembro de 2006, art. 1, A.G. Res. A/RES/61/106. Documentos Oficiais da ONU, 61ª Sess., ONU Doc. A/61/611 (1980) (entrou em vigor em 3 de maio 2008). Vide Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Deficiência, adotada em 7 de junho de 1999, art. II, A.G. 29ª Sess.
- 28 Constituição Federal [C.F.] [Constituição] art. 5, III (Bras.).
- 29 ACNUDH, "Upholding Women's Human Rights Essential to Zika Response" (Essencial na Resposta à Zika: a Garantia dos Direitos Humanos da Mulher) – Zeid, 5 de fevereiro de 2016.
- 30 Amostra por conveniência entre contatos de um pesquisador..
- 31 OPAS/OMS, "Zika Cases and Congenital Syndrome Associated with Zika Virus Reported by Countries and Territories in the Americas, 2015 – 2017: Cumulative Cases" (Casos de Zika e Síndrome Congênita Associada ao Zika Virus Registrados por Países e Territórios nas Américas, 2015 – 2017: Casos Cumulativo), 8 de junho, 2017. Brasil possui 132.021 casos autóctones confirmados de Zika, mais de três vezes o número de casos confirmados no Caribe latino (41.818) e quase 9 vezes o de casos confirmados na região andina (15.097). Para efeito de comparação com os países abordados nesse relatório, a Colômbia teve 9.802 casos confirmados, contra 51 em El Salvador.
- 32 OPAS/OMS, "Zika Epidemiological Report: Brazil" (Relatório Epidemiológico de Zika: Brasil), pg. 2 (2 de março de 2017). Vide também: Ministério da Saúde do Brasil, Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, da Semana Epidemiológica 45/2015 até a Semana Epidemiológica 02/2017, Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde, Vol. 48, N.º. 6, (2017), disponível em http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/27/2017_003.pdf.
- 33 Ministério da Saúde do Brasil, Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, da Semana Epidemiológica 45/2015 até a Semana Epidemiológica 02/2017, Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde, Vol. 48, N.º. 6, (2017), disponível em http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/27/2017_003.pdf.
- 34 OPAS/OMS, "Zika Cases and Congenital Syndrome Associated with Zika Virus Reported by Countries and Territories in the Americas, 2015 – 2017: Cumulative Cases" (Casos de Zika e Síndrome Congênita Associada ao Zika Virus Registrados por Países e Territórios nas Américas, 2015 – 2017: Casos Cumulativo), 8 de junho, 2017.
- 35 Ministério da Saúde do Brasil, Zika Virus: perfil epidemiológico em mulheres, Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde, Pg 1, Vol. 47, N.º. 37 (2016), disponível em http://combateaesd.saude.gov.br/images/pdf/Virus_Zika_perfil_epidemiologico_em_mulheres.pdf.
- 36 OPAS/OMS, "Zika Cases and Congenital Syndrome Associated with Zika Virus Reported

- by Countries and Territories in the Americas, 2015 – 2017: Cumulative Cases” (Casos de Zika e Síndrome Congênita Associada ao Zika Virus Registrados por Países e Territórios nas Américas, 2015 – 2017: Casos Cumulativos), 8 de junho, 2017.
- 37 Release, British Medical Journal, Journal of Family Planning and Reproductive Health Care (Revista Científica de Planejamento Familiar e Cuidados de Saúde Reprodutiva), “More Than 50% of Women are Avoiding Pregnancy Due to Zika in Brazil” (Mais de 50% das mulheres estão evitando engravidar devido ao Zika no Brasil”, 23 de dezembro, 2016
- 38 “Pardo” é a categoria oficial utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para identificar pessoas de ascendência multirracial. Vide, por exemplo, Mara Loveman et al., “Brazil in Black and White? Race Categories, the Census, and the Study of Inequality” (Brasil em Preto e Branco? Categorias Raciais, o Censo e o Estudo da Desigualdade), 35(8) Ethnic & Racial Stud. 1466, 1472 (2012).
- 39 Release, ONU Mulheres, Actions Intensify in Response to the Zika Virus in Brazil” (Medidas em Resposta ao Zika Virus Intensificadas no Brasil) , 6 de maio de 2016.
- 40 Tom Phillips, “Brazil Census Shows African-Brazilians in the Majority for the First Time” (Afro-brasileiros são maioria no censo demográfico pela primeira vez no Brasil), *The Guardian*, 17 de novembro de 2011.
- 41 Human Rights Watch, “Neglected and Unprotected: The Impact of the Zika Outbreak on Women and Girls in Northeastern Brazil” (Negligenciadas e Desprotegidas: O Impacto do Surto de Zika para Mulheres e Meninas do Nordeste Brasileiro), 11 de dezembro de 2017
- 42 Pierre-Richard Agénor & Otaviano Canuto, “Gender Equality and Economic Growth in Brazil” (Igualdade de Gênero e Crescimento Econômico no Brasil), Economic Premise, Banco Mundial, N.º. 109, pg. 2-3 (março de 2015); José Álvaro Moisés & Beatriz Rodrigues Sanchez, *Women’s Political Representation in Brazil” (Representação Política de Mulheres no Brasil)*, Gender and Power 11, 11-34 (2016); esclarece como a falta de poder de barganha entre a família e responsabilidades domésticas limita a participação de mulheres na força de trabalho e exige que obtenham níveis educacionais mais avançados para atingir o mesmo nível de sucesso profissional.
- 43 Rozenberg R, et al., *Práticas contraceptivas de adolescentes brasileiras: vulnerabilidade social em questão*, 18(12) Ciência & Saúde Coletiva 3645, 3649, dezembro de 2013.
- 44 Constituição Federal [C.F.] [Constituição] art. 6 (Brasil).
- 45 Constituição Federal [C.F.] [Constituição] art. 208, III (Brasil).
- 46 Constituição Federal [C.F.] [Constituição] art. 227 & 244 (Brasil).
- 47 Constituição Federal [C.F.] [Constituição] art. 203 (Brasil).
- 48 Ministério do Desenvolvimento Social do Brasil, *Benefício Assistencial Ao Idoso e à Pessoa Com Deficiência (BPC)*, 22 de junho de 2015.
- 49 Governo do Brasil , “Rights of Persons with Disabilities - Response to Questionnaire by the OHCHR” (Direitos das Pessoas com Deficiência – Resposta a Questionário da ACNUDH), 21 de junho de 2017, art. 1.
- 50 Código Penal, art. 124-128 (Brasil).
- 51 S.T.F.(Pleno), Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54, Relator: Min. Marco Aurélio, 12.04.2012, Supremo Tribunal Federal Jurisprudência S.T.F.J. (Brasil).
- 52 Debora Diniz et al., *Pesquisa Nacional de Aborto 2016*, 22(2) Ciência & Saúde Coletiva 653, 653 (2017), acessado em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017000200653&script=sci_abstract&tlng=pt.
- 53 Carmen Linda Brasiliense Fusco, *Aborto Inseguro: um sério problema de saúde pública em uma população em situação de pobreza*, 28(1) Reprodução & Climatério 2, 4 (2013).
- 54 Pew Research Center, “Brazil’s Changing Religious Landscape: Roman Catholics in Decline, Protestants on the Rise” (Mudanças da Composição Religiosa do Brasil: Catolicismos em Queda, Protestantismo em Alta”, 18 de julho de 2013 pg. 3.
- 55 Luiz Fabiano Zanatta et. al., *Igualdade de gênero: por que o Brasil vive retrocessos?*, 32(8) Cad. Saúde Pública 1, 2, agosto de 2016.
- 56 Christina Vital & Paulo Victor Leite Lopes, *Religião e Política: Uma Análise da Atuação de Parlamentares Evangélicos Sobre Direitos das Mulheres e de LGBTs no Brasil* (2013), pg 12, Fundação Heinrich Böll, acessado em https://br.boell.org/sites/default/files/publicacao_religiao_e_politica_chris_vital_e_paulo_victor_14mar_webfinal.pdf.
- 57 Vide lista de projetos de lei em Bia Cardoso, *Aborto: o PL 5069/2013 e Outros Retrocessos No Congresso Nacional*, Blogueiras Feministas, 28 de agosto, 2015.
- 58 A oferta de serviços médicos no Brasil é complexa, em virtude da estrutura descentralizada de governo. No contexto de Zika, as responsabilidades mais relevantes do governo federal incluem: a formulação de diretrizes e objetivos nacionais; a coordenação, monitoramento e avaliação da operação do sistema, bem como a definição de padrões técnicos de saúde; a coordenação nacional de sistemas sanitários de monitoramento epidemiológico e de informações sanitárias; e a participação na formulação e implementação de políticas nacionais de saneamento básico e do meio ambiente. A implementação própria dos serviços de saúde é de responsabilidade dos municípios, enquanto estados coordenam e administram recursos estratégicos , além de executar atividades e serviços suplementares. Vide OPAS, “Health Systems and Services Profile: Brazil, Monitoring and Analysis of Health Systems Change/Reform” (Panorama de Serviços e Sistema de Saúde: Brasil, Monitoramento e Análise de Mudanças/Reformas do Sistema de Saúde, 2008); Cristiani Vieira Machado et al., *O financiamento federal da política de saúde no Brasil: tendências e desafios*, 30(1) Cad. Saúde Pública 187 (2014).
- 59 OMS, “Brazil’s March Towards Universal Coverage” (O Caminho do Brasil em direção à Cobertura Universal), 88(9) Boletim da OMS 641, 641, setembro de 2010.
- 60 Atendimentos de atenção secundária são atendimentos especializados que requerem encaminhamento médico após atendimento de atenção primária e exigem conhecimento, habilidades ou equipamentos mais especializados que os disponíveis na atenção primária.
- 61 Isabela Soares Santos, *O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde*, 13(5) Ciência & Saúde Coletiva 1431, 1435-1439 (2016); Jairnilson Paim et al., “The Brazilian Health System: History, Advances, and Challenges” (O Sistema Brasileiro de Saúde: História, Avanços e Desafios), 377(9779) The Lancet 1778, 1783 (2011).
- 62 OMS, “Flawed but fair: Brazil’s health system reaches out the poor” (Deficiente mas justo: o sistema de saúde brasileiro alcança os mais pobres), November 7, 2017.
- 63 Release, ACNUDH, “Brazil 20-year public expenditure cap will breach human rights, U.N. expert warns” (Especialista da ONU alerta: o teto orçamentário de 20 anos no Brasil violará os direitos humanos”, 9 de dezembro de 2016.
- 64 OPAS/OMS, “Zika Cases and Congenital Syndrome Associated with Zika Virus Reported by Countries and Territories in the Americas, 2015 – 2017: Cumulative Cases” (Casos de Zika e Síndrome Congênita Associada ao Zika Virus Registrados por Países e Territórios nas Américas, 2015 – 2017: Casos Cumulativos), 8 de junho, 2017. A taxa de incidência é autóctone; casos suspeitos e casos autóctones confirmados para cada 100.000 habitantes.
- 65 OMS, “Zika Situation Report: Neurological Syndrome and Congenital Anomalies” (Relatório Sobre Zika: Síndrome Neurológica e Anomalias Congênitas), pg 2.. 5 de fevereiro de 2016.
- 66 Gubio S. Campos et. al., “Zika Virus Outbreak” (Surto do Zika Virus), Bahia, Brasil, Carta ao Editor, 21(10) Emerging Infectious Diseases 1885, 1885-1886, outubro de 2015.
- 67 Exemplo: Luiz Tadeu Moraes Figueiredo, “The Brazilian Flaviviruses” (Os Flavivírus Brasileiros), 2(13) Microbes & Infection 1643 (2000); Macrio Roberto Teixeira Nunes et al., “Emergence and Potential for Spread of Chikungunya Virus in Brazil” (Aparição e Potencial de Proliferação do Virus de Chikungunya no Brasil), 13(102) BMC Medicine 1 (2015).
- 68 Entrevista conduzida pelos autores com Dr. Roberto Badaró, Subsecretário da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, março de 2017.
- 69 Entrevista conduzida pelos autores com Maria Aparecida Araújo Figueiredo, Diretora, Vigilância Epidemiológica (DIVEP), SESAB, março de 2017.
- 70 Entrevista conduzida pelos autores com Maria Aparecida Araújo Figueiredo, Diretora, Vigilância Epidemiológica (DIVEP), SESAB e Akemi Erdens, Integrante da Equipe Técnica, Vigilância Epidemiológica (DIVEP), SESAB, março de 2017.
- 71 Entrevista conduzida pelos autores com Debora Diniz, Cofundadora e Pesquisadora da Anis: Instituto de Bioética e Professora de Direito da Universidade de Brasília, maio de 2017; Entrevista conduzida pelos autores com Itana Pimental, Enfermeira da Secretaria de Saúde Municipal de Salvador, março de 2017.
- 72 Entrevista conduzida pelos autores com Debora Diniz, Cofundadora e Pesquisadora da Anis: Instituto de Bioética e Professora de Direito da Universidade de Brasília, maio de 2017; vide relatório de autoria da entrevistada: Debora Deniz, *Zika em Alagoas a Urgência dos Direitos 2017*, Anis: Instituto de Bioética, 2017.
- 73 Entrevista conduzida pelos autores com Thaís Fonseca Veloso de Oliveira, Analista Técnica de Políticas Sociais, Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (CGSM), Ministério da Saúde, maio de 2017.
- 74 Entrevista conduzida pelos autores com Thaís Fonseca Veloso de Oliveira, Analista Técnica de Políticas Sociais, Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (CGSM), Ministério da Saúde, maio de 2017.
- 75 Entrevista conduzida pelos autores com Dr. Roberto Badaró, Subsecretário da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, março de 2017.
- 76 Entrevista conduzida pelos autores com Dr. Mitermayer Galvão dos Reis, Pesquisador Sênior da Fiocruz, março de 2017.
- 77 CDC, *Interim Guidance for Zika Virus Testing of Urine – United States, 2016*, *Morb. Mortal Wkly Rep*, May 13, 2016, 65(18).
- 78 Entrevista conduzida pelos autores com Thaís Fonseca Veloso de Oliveira, Analista Técnica de Políticas Sociais, Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (CGSM), Ministério da Saúde, maio de 2017.
- 79 Exemplo: Agência Alagoas, *AL Vai Contar Com 21 Mil Testes Rápidos de Zika para Gestantes e Recém-nascidos*, *Gazetaweb*, 4 de maio de 2017, acessado em http://gazetaweb.globo.com/portal/noticia/2017/05/al-vai-contar-com-21-mil-testes-rapidos-de-zika-para-gestantes-e-recem-nascidos_32694.php; <https://paraibaonline.com.br/profissionais-de-saude-na-pb-participam-de-formacao-em-teste-rapido-do-zika-virus/> (Paraíba).
- 80 Entrevista conduzida pelos autores com Dr. Roberto Badaró, Subsecretário da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, março de 2017.
- 81 Entrevista conduzida pelos autores com Dra. Cynthia Lorenzo, Infectologista Pediatra do Hospital São Rafael, março de 2017; Entrevista conduzida com funcionários do hospital Sarah, março de 2017; e Normelia Quinto (Pingo), Diretora do CEPRED, março de 2017.
- 82 Exemplo: Vanessa van der Linden V, et al., “Description of 13 Infants Born During Oct. 2015–Jan. 2016 with congenital Zika virus infection without microcephaly at birth — Brazil” (Descrição de 13 Crianças Nascidas entre Outubro de 2015 e Janeiro de 2016 com Infecção Congênita por Zika e sem Microcefalia no Parto – Brasil), 65(47) *Morbidity & Mortality Wkly Rep*. 1343, dezembro de 2016.

- 83 Entrevista conduzida pelos autores com Dra. Cynthia Lorenzo, Infectologista Pediátrica do Hospital São Rafael, março de 2017.
- 84 CRC, *Comentário Geral* N° 4, § 28; CDESC, *Comentário Geral* N° 14, § 34; Comitê CEDAW, *Recomendação Geral* 21, § 22.
- 85 CRR, CENTERING HUMAN RIGHTS IN THE RESPONSE TO ZIKA pg 2.
- 86 CRR, CENTERING HUMAN RIGHTS IN THE RESPONSE TO ZIKA pg 2.
- 87 CRR, CENTERING HUMAN RIGHTS IN THE RESPONSE TO ZIKA.
- 88 CRR, CENTERING HUMAN RIGHTS IN THE RESPONSE TO ZIKA.
- 89 Entrevista conduzida pelos autores com Dr. Roberto Badaró, Subsecretário da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, março de 2017; vide <http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/?q=node/5521>.
- 90 Entrevista conduzida pelos autores com Debora Diniz, Cofundadora e Pesquisadora da Anis: Instituto de Bioética e Professora de Direito da Universidade de Brasília, maio de 2017; entrevista com Beatriz Galli, Conselheira Sênior de Política para a América Latina, Ipas, maio de 2017.
- 91 Resolução adotada pela Assembleia Geral de 28 de julho de 2010. A/RES/64/292. "The Human Right to Water and Sanitation" (O Direito Humano à Água e Saneamento).
- 92 Exemplo: Ministério da Saúde, acessado em <http://combateadese.saude.gov.br/pt/gestantes/121-uso-de-repelentes>; Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, acessado em <http://www.isaudebahia.com.br/noticias/detalhe/noticia/em-tempos-de-zika/>.
- 93 Falcao, Jaqueline, *Ministro da Saude Diz Que Governo Vai Distribuir Repelente a Gravidas*, O GLOBO, 12 de setembro de 2016
- 94 Massalli, Fabio, *Governo Federal Vai Distribuir Repelentes para Gestantes*, EBC Agência Brasil, 16 de fevereiro de 2017.
- 95 Ministério do Desenvolvimento Social, Bolsa Família e Cadastro Único no seu município, acessado em <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>.
- 96 Entrevista conduzida pelos autores com Itana Pimental, Enfermeira da Secretaria de Saúde Municipal de Salvador, março de 2017.
- 97 Entrevista conduzida pelos autores com educador comunitário da Reprotai, março de 2017.
- 98 Luciana Bruno, "Mosquito Repellant Sales Boom in Brazil Amid Zika Scare" (Crescem as Vendas de Repelente no Brasil em Meio à Ameaça de Zika), *Reuters*, 4 de fevereiro de 2016.
- 99 Entrevista conduzida pelos autores com Claudia Vasconcelos, Integrante do Coletivo Mangueiras, março de 2017.
- 100 Entrevista conduzida pelos autores com Vanessa, março de 2017 (pseudônimos foram atribuídos a todas as mulheres entrevistadas para esse relatório).
- 101 Entrevista conduzida pelos autores com Cláudia Vasconcelos, Integrante do Coletivo Mangueiras, março de 2017.
- 102 AccuWeather, "Brazil Weather" (*Clima do Brasil*), 23 de junho de 2017.
- 103 Entrevista conduzida pelos autores com Cláudia Vasconcelos, Integrante do Coletivo Mangueiras, março de 2017.
- 104 Entrevista conduzida pelos autores com Thais Fonseca Veloso de Oliveira, Analista Técnica de Políticas Sociais, Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (CGSM), Ministério da Saúde, maio de 2017.
- 105 Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, *adotado em* 16 de dezembro de 1966, art. 12(c), A.G. Res. 2200A (XXI), U.N. GAOR, 21^a Sess., Supp. N° 16, ONU Doc. A/6316 (1966) (*entrou em vigor em* 20 de dezembro de 1966).
- 106 CDESC, *Comentário Geral* N° 14, § 16.
- 107 CDESC, *Comentário Geral* N° 14, § 16.
- 108 CDESC, *Comentário Geral* N° 14, § 16.
- 109 Constituição Federal [C.F.] [Constituição] art. 226, § 7 (Brasil.).
- 110 Lei N° 9.263, de 12 de Janeiro de 1996 (Lei do Planejamento Familiar), Col. Leis Rep. Fed. Brasil, 8 (Publicação Original) 4867, Janeiro de 1996, art 9 (Brasil).
- 111 Ministério da Saúde, *Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva* (2013), pg 133; Governo do Brasil, *Conheça Mais Sobre os Métodos Contraceptivos Distribuídos Gratuitamente No SUS*, Portal Brasil, 23 de abril de 2015.
- 112 Ministério da Saúde, *Tabela de taxas e diárias 2013* (2011).
- 113 Marení Rocha Farias et. al. *Utilização e Acesso a Contraceptivos Orais e Injetáveis No Brasil*, 50(supl 2) Rev Saúde Pública 1, 1 (2016).
- 114 Ministério da Saúde & Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança* (2009) pg 99.
- 115 Marení Rocha Farias et. al. *Utilização e Acesso a Contraceptivos Orais e Injetáveis No Brasil*, 50(supl 2) Rev Saúde Pública 1, 5 (2016).
- 116 Marení Rocha Farias et. al. *Utilização e Acesso a Contraceptivos Orais e Injetáveis No Brasil*, 50(supl 2) Rev Saúde Pública 1, 5-6 (2016).
- 117 Entrevista conduzida pelos autores com Beatriz Galli, Conselheira Sênior de Política para a América Latina, Ipas, maio de 2017.
- 118 Entrevista conduzida pelos autores com Vanessa, pseudônimo utilizado para proteger a identidade da entrevistada, março de 2017.
- 119 Bahamondes et. al., "Contraceptive Sales in the Setting of the Zika Virus Epidemic" (*Venda de Anticoncepcionais no Contexto da Epidemia de Zika*), 32(1) Human Reproduction 88 (2017).
- 120 Entrevistas conduzidas pelos autores com Beatriz Galli, Conselheira Sênior de Política para a América Latina, Ipas, maio de 2017; entrevista com representante da UNFPA Brasil, março de 2017; e Wendell Ferrari, Psicólogo com Mestrado em Psicologia Social e foco no tópico de abortos induzidos entre adolescentes, março de 2017.
- 121 Entrevistas conduzidas pelos autores com Wendell Ferrari, Psicólogo com Mestrado em Psicologia Social e foco no tópico de abortos induzidos entre adolescentes, março de 2017.
- 122 Entrevistas conduzidas pelos autores com representante da UNFPA Brasil, março de 2017.
- 123 Exemplo: Ministério da Saúde, acessado em <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/10/nota-informativa-transmissao-sexual-zika-sas-svs.pdf>.
- 124 Entrevista conduzida pelos autores com Sylvania, março de 2017.
- 125 Entrevista conduzida pelos autores com Sylvania, março de 2017.
- 126 Entrevista conduzida pelos autores com Sylvania, março de 2017.
- 127 Entrevista conduzida pelos autores com Sylvania, março de 2017.
- 128 Entrevista conduzida pelos autores com Sylvania, março de 2017.
- 129 O direito ao mais alto patamar de saúde é reconhecido em diversos instrumentos internacionais, inclusive a *Declaração Universal dos Direitos Humanos* e o *Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. O direito também é reconhecido na *Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial*, a *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher*, a *Convenção sobre os Direitos da Criança* e a *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. No contexto regional, o direito à saúde também é reconhecido sob o *Protocolo Adicional à Convenção Americana de Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*.
- 130 CDESC, *Comentário Geral* N° 14; "The Right to the Highest Attainable Standard of Health" (*O Direito ao Mais Alto Patamar de Saúde*, Art. 12), (22^a Sess., 2000), ONU Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (vol. I) (2008).
- 131 Vide definição de saúde reprodutiva apresentada pela ACNUDH no *Artigo 12.2(a): O direito à saúde materna, infantil e reprodutiva* na nota de rodapé 12 do Comentário Geral N° 14 sobre direitos econômicos, sociais e culturais.
- 132 Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, *adotada em* 18 de dezembro de 1979, art. 16(1)(e), A.G. Res. 34/180, ONU Documentos Oficiais, 34^a Sess., Supp. N° 46, pg 193, ONU Doc. A/34/46 (1980), U.N.T.S. 13 (*entrou em vigor em* 3 de setembro de 1981); vídeo também Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, *adotada em* 24 de janeiro de 2007, art. 23(1)(b), A.G. Res. 61/106, Documentos Oficiais da ONU, 61^a Sess., ONU Doc. A/RES/61/106, Anex I (*entrou em vigor em* 3 de maio de 2008).
- 133 Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, *adotado em* 16 de dezembro de 1966, art. 17, § 1^o-2^o, A.G. Res. 2200A (XXI), Documentos Oficiais da ONU, 21^a Sess., Sup. N° 16, ONU. Doc. A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (*entrou em vigor em* 23 de março de 1976); Convenção sobre os Direitos da Criança, *adotada em* 20 de novembro de 1989, arts. 16(1-2), 22(1), A.G. Res. 44/25, anex, Documentos Oficiais da ONU, 44^a Sess., Sup. N° 49, ONU Doc. A/44/49 (1989) (*entrou em vigor em* de setembro de 1990) [doravante CRC]; Convenção Americana de Direitos Humanos, *adotada em* 22 de novembro de 1969, art. 11, § 2, O.A.S.T.S. N° 36, O.E.A. Documentos Oficiais OEA/Ser.L/V/II.23, doc. 21, rev. 6 (*entrou em vigor em* 18 de julho de 1978), acessado em <http://www.cidh.oas.org/Basicos/English/Basic3.American%20Convention.htm>
- 134 Comitê CEDAW, *Recomendação Geral* N° 25, §. 9.
- 135 CDESC, *Comentário Geral* N° 14, §. 34; Comitê CEDAW, *Recomendação Geral* N° 24, §. 17; Comitê CEDAW, *Recomendação Geral* N° 21, § 22.
- 136 Vide definição de saúde reprodutiva apresentada pela ACNUDH no *Artigo 12.2(a): O direito à saúde materna, infantil e reprodutiva* na nota de rodapé 12 do Comentário Geral N° 14 sobre direitos econômicos, sociais e culturais.
- 137 Comitê CEDAW, *Recomendação Geral* N° 24, § 14; CEDAW, "Concluding Observations on Indonesia" (Observações Finais: Indonésia), CEDAW/C/IDN/CO/5 (2007), § 16; Comitê sobre os Direitos da Criança, *Comentário Geral* N° 15, § 31.
- 138 Secretária da Saúde do Estado da Bahia, *Protocolo de Atenção À Gestante com Suspeita de Zika e à Criança com Microcefalia*, 22 de março de 2016; Alexandre Mota, *Microcefalia: Governo Pagará Ultrassom para Grávidas em Cidades com Menos de 100 Mil Habitantes*, Correio, 12 de dezembro de 2015.
- 139 Entrevista conduzida pelos autores com Thais Fonseca Veloso de Oliveira, Analista Técnica de Políticas Sociais, Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (CGSM), Ministério da Saúde, maio de 2017.
- 140 Entrevista conduzida pelos autores com Itana Pimental, Enfermeira da Secretaria de Saúde Municipal de Salvador, março de 2017.
- 141 Entrevista conduzida pelos autores com Itana Pimental, Enfermeira da Secretaria de Saúde Municipal de Salvador, março de 2017.
- 142 Entrevista conduzida pelos autores com Laiara Lopes dos Santos, Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), março de 2017.
- 143 Entrevista conduzida pelos autores com Laiara Lopes dos Santos, Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), março de 2017.
- 144 Irene Garcia-Subirats, et al., "Barriers in Access to Healthcare in Countries with Different Health Systems. A Cross-Sectional Study in Municipalities of Central Colombia and North-Eastern Brazil" (*Barreira de Acesso à Saúde em Países com Sistemas de Saúde Diferentes. Um Estudo Transversal de Municípios da Colômbia Central e do Nordeste Brasileiro*), 106 Social Science & Medicine 204, abril de 2014.
- 145 Entrevistas conduzidas pelos autores com Dr. Gubio Soares Campos, virologista da Universidade Federal da Bahia (UFBA), março de 2017; entrevista com Luciano Lima, Pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e do Centro de Controle de Zoonoses, março de 2017; entrevista com profissionais do hospital SARAH, março de 2017; entrevista com Joana Passos, Cofundadora da Abraço a Microcefalia – sua filha tem

- microcefalia, março de 2017.
- 146 Entrevista conduzida pelos autores com Claudia Vasconcelos, Integrante do Coletivo Manguieiras, março de 2017.
- 147 Entrevista conduzida pelos autores com Joana Passos, Cofundadora da Abraço a Microcefalia – sua filha tem microcefalia, março de 2017.
- 148 Entrevista conduzida pelos autores com Joana, março de 2017.
- 149 Entrevista conduzida pelos autores com Joana, março de 2017.
- 150 Entrevista conduzida pelos autores com Joana, março de 2017; [0:00, “Estava recebendo as pessoas sem saber nada porque foi uma situação de surpresa. Ninguém tava preparado para isso.”]
- 151 Entrevista conduzida pelos autores com Joana, março de 2017; [38:30, “A gente acredita que a gente vai construir uma sociedade mais igualitária...que as pessoas aceitam mais as crianças. Nosso objetivo é isso - ter espaço de inclusão nas praças - ter espaço de inclusão nas escolas.”]
- 152 Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, *adotada em* 13 de dezembro de 2006, A.G. Res. A/RES/61/106. Documentos Oficiais da ONU, 61ª Sess., ONU Doc. A/61/611 (1980) (*entrou em vigor em* 3 de maio de 2008).
- 153 Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, *adotada em* 13 de dezembro de 2006, A.G. Res. A/RES/61/106. Documentos Oficiais da ONU, 61ª Sess., ONU Doc. A/61/611 (1980) (*entrou em vigor em* 3 de maio de 2008). Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, *adotada em* 7 de junho de 1999, art. II, A.G. 29ª Sess.
- 154 Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, *adotada em* 13 de dezembro de 2006, A.G. Res. A/RES/61/106. Documentos Oficiais da ONU, 61ª Sess., ONU Doc. A/61/611 (1980) (*entrou em vigor em* 3 de maio de 2008).
- 155 CRC, Comentário Geral Nº. 9, § 41.
- 156 CRC, Comentário Geral Nº. 9, § 41.
- 157 CDESC, *Comentário Geral Nº. 5*, § 28.
- 158 CDESC, *Comentário Geral Nº. 5*, § 28.
- 159 “Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque: Pena - detenção, de um a três anos. Aborto provocado por terceiro Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante: Pena - reclusão, de três a dez anos. Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante: Pena - reclusão, de um a quatro anos. Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência. Forma qualificada Art. 127 - As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte. Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico: Aborto necessário I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante; Aborto no caso de gravidez resultante de estupro II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal, Código Penal [C.P.] art. 124-128 (Brasil).
- 160 S.T.F.(Pleno), Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54, Relator: Min. Marco Aurélio, 12.04.2012, Supremo Tribunal Federal Jurisprudência S.T.F.J. (Brasil).
- 161 Marcella Fernandes, “Para 64% Dos Brasileiros, Decisão Sobre Aborto Cabe à Mulher, Diz Pesquisa,” *HuffPost Brasil*, 5 de abril de 2017.
- 162 Debora Diniz et al, *Pesquisa Nacional de Aborto 2016*, – 22(2) Ciência & Saúde Coletiva 653, 654 (2017).
- 163 Entrevista conduzida pelos autores com Marcia Castro, Professora-Adjunta do Departamento de Demografia da Saúde e População Global, Faculdade de Saúde Pública de Harvard, março de 2017.
- 164 Entrevista conduzida pelos autores com Beatriz Galli, Conselheira Sênior de Política para a América Latina, Ipas, maio de 2017.
- 165 Entrevista conduzida pelos autores com Beatriz Galli, Conselheira Sênior de Política para a América Latina, Ipas, maio de 2017.
- 166 Entrevista conduzida pelos autores com Beatriz Galli, Conselheira Sênior de Política para a América Latina, Ipas, maio de 2017; entrevista com Debora Diniz, Cofundadora e Pesquisadora da Anis: Instituto de Bioética e Professora de Direito da Universidade de Brasília, maio de 2017; entrevista com Tarcila Lopes, Defensoria Pública da União (DPU), Defensora Pública da Seção de Saúde, março de 2017.
- 167 Alberto Pereira Madeiro & Debora Diniz, *Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional*, 22 Ciência & Saúde Coletiva 568, 569 (2017).
- 168 Entrevista conduzida pelos autores com Tarcila Lopes, Defensoria Pública da União (DPU), Defensora Pública da Seção de Saúde, março de 2017.
- 169 Entrevista conduzida pelos autores com Tarcila Lopes, Defensoria Pública da União (DPU), Defensora Pública da Seção de Saúde, março de 2017.
- 170 Cláudia Collucci, “Brazilian attorneys demand abortion rights for women infected with Zika” (*Advogados brasileiros exigem direito ao aborto para mulheres infectadas pelo Zika*), 354 BMJ i4657 (2016); S.T.F, Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5581, vide também https://www.hrw.org/sites/default/files/supporting_resources/amicus_curiae_descriminalizacao_do_aborto_no_contexto_do_virus_zika_no_brasil_1.pdf (Brasil); “Petition Seeks to Protect Zika-Affected Women and Families” (*Ação Busca Proteção de Mulheres e Famílias Afetadas pela Zika*), Faculdade de Direito de Yale, 27 de agosto de 2016.
- 171 Cláudia Collucci, “Brazilian attorneys demand abortion rights for women infected with Zika” (*Advogados brasileiros exigem direito ao aborto para mulheres infectadas pelo Zika*), 354 BMJ i4657 (2016).
- 172 Cláudia Collucci, “Brazilian attorneys demand abortion rights for women infected with Zika” (*Advogados brasileiros exigem direito ao aborto para mulheres infectadas pelo Zika*), 354 BMJ i4657 (2016).
- 173 Cláudia Collucci, “Brazilian attorneys demand abortion rights for women infected with Zika” (*Advogados brasileiros exigem direito ao aborto para mulheres infectadas pelo Zika*), 354 BMJ i4657 (2016).
- 174 “Petition to Supreme Court of Brazil Seeks Decriminalization of Abortion” (*Ação Ajuizada no STF Busca a Descriminalização do Aborto*), Sexuality Policy Watch, Mar. 7, 2017, acessado em <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp>. A ação constituiu arguição de descumprimento de preceito fundamental e alega (ADPF), alegando que o Código Penal viola direitos constitucionais, mais especificamente o direito de cidadania, à dignidade, à não discriminação, à vida, à igualdade, à liberdade, ao direito de não ser submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante, à saúde e ao planejamento familiar. Na posição de amicus curiae apresentada pela Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos, alega-se: “Além de violar direitos fundamentais das mulheres previstos na Constituição Federal, a criminalização do aborto também está em desacordo com diversos compromissos internacionais assumidos pelo Brasil, tais como o Plano de Ação da Conferência do Cairo de População e Desenvolvimento (1994), a Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial da Mulher de Pequim (1995), e o Consenso de Montevidéu decorrente da Primeira Conferência, Regional sobre População e Desenvolvimento da América Latina e do Caribe (2013),” acessado em <http://pdfc.pgr.mp.br/temas-de-atuacao/mulher/saude-das-mulheres/conjunto-de-argumentos-para-subsidio-a-manifestacao-do-pgr-na-adpf-442>;
- 175 Debora Diniz et al, *Pesquisa Nacional de Aborto 2016*, – 22(2) Ciência & Saúde Coletiva 653, 654 (2017).
- 176 Ministério da Saúde, *Atenção Humanizada Ao Abortamento* (2011), pg. 10, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf.
- 177 Sílvia De Zordo, *A biomedicalização do aborto ilegal: a vida dupla do misoprostol no Brasil*, 23(1) História, Ciências, Saúde-Manguinhos 19, 22 (2016); Debora Diniz & Marcelo Medeiros, *Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras*, 17(7) Ciência e Saúde Coletiva, 1671, 1671(2012).
- 178 Entrevista conduzida pelos autores com Wendell Ferrari, Psicólogo com Mestrado em Psicologia Social e foco no tópico de abortos induzidos entre adolescentes, março de 2017.
- 179 *Comprimentos Abortivos São Vendidos Ilegalmente na Praça da Sé, em SP*, O Globo, 11 de setembro de 2015.
- 180 Marcus Celestino, *Abortivo Tem ‘Comércio Livre’ no Campus da UFMG Por R\$ 550*, O Tempo, 12 de junho de 2015.
- 181 Entrevista conduzida pelos autores com Dr. Mitermayer Galvão dos Reis, Diretor e Chefe de Pesquisa Da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Mar. 2017; entrevista conduzida pelos autores com Dra. Cristiane Cardoso, Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Coordenadora do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), março de 2017; e entrevista conduzida pelos autores com Marcia Castro, Professora-Adjunta do Departamento de Demografia da Saúde e População Global, Faculdade de Saúde Pública de Harvard, março de 2017.
- 182 Debora Diniz & Marcelo Medeiros, *Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras*, 17(7) Ciência e Saúde Coletiva, 1671, 1671(2012).
- 183 Michael E. Miller, “With Abortion Banned in Zika Countries, Women Beg on Web for Abortion Pills” (Com a Proibição do Aborto, Mulheres de Países Afetados pela Zika Imploram por Medicamentos Abortivos na Internet), Washington Post, 17 de fevereiro de 2016; Abigail R.A. Aiken et al., “Requests for Abortion in Latin America Related to Concern about Zika Virus Exposure” (*Procura pelo Aborto na América Latina Relacionada à Preocupação com a Exposição ao Zika Virus*), 375 N. Engl J. Med. 396, 28 de julho de 2016.
- 184 Miriam Wells, “Pregnant and Desperate in Evangelical Brazil” (*Grávida e Desesperada em um Brasil Evangélico*), Foreign Policy, 18 de fevereiro de 2015; Ministério da Saúde, *Atenção Humanizada Ao Abortamento* (2011).
- 185 Entrevista conduzida pelos autores com Wendell Ferrari, Psicólogo com Mestrado em Psicologia Social e foco no tópico de abortos induzidos entre adolescentes, março de 2017; Debora Diniz & Marcelo Medeiros, *Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras*, 17(7) Ciência e Saúde Coletiva, 1671, 1671(2012); Sílvia De Zordo, *A biomedicalização do aborto ilegal: a vida dupla do misoprostol no Brasil*, 23(1) História, Ciências, Saúde-Manguinhos 19, 22 (2016).
- 186 Entrevistas conduzidas pelos autores com Beatriz Galli, Conselheira Sênior de Política para a América Latina, Ipas, maio de 2017 e Debora Diniz, Cofundadora e Pesquisadora da Anis: Instituto de Bioética e Professora de Direito da Universidade de Brasília, maio de 2017.
- 187 Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, *adotado em* 16 de dezembro de 1966, art. 12(c), A.G. Res. 2200A (XXI), U.N. GAOR, 21ª Sess., Supp. Nº. 16, ONU Doc. A/6316 (1966) (*entrou em vigor em* 3 de janeiro de 1976).
- 188 CDESC, *Comentário Geral Nº. 14*, § 80.
- 189 Exemplo: Comitê de Direitos Humanos, Observações Finais: Argentina, § 14, ONU Doc. CCPR/CO/70/ARG (2000); CEDAW 1999, anotação 6, pt. 2, cap. IV, Chile, §. 228; CEDAW 1999, anotação 6, pt. 1, cap. IV, Colômbia, § 393
- 190 Exemplo: Comitê de Direitos Humanos, Observações Finais: Mali, § 14., ONU Doc.

- CCPR/CO/77/MLI (2003); Exemplo: Comitê de Direitos Humanos, Observações Finais: Polônia, §. 11, ONU Doc. CCPR/C/79/Add.110 (1999); Comitê contra a Tortura, Observações Finais: Chile, §. 7(m), ONU Doc. CAT/ CR/32/5 (2004).
- 191 ACNUDH, "Information Series on Sexual and Reproductive Health and Rights: Abortion" (*Série Informativa sobre os Direitos de Saúde Sexual e Reprodutiva*) pg. 1. http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Abortion_WEB.pdf
- 192 Gey Espinheira & Antonio Mateus de Carvalho Soares, *Pobreza e Marginalização: um Estudo da Concentração e da Desconcentração Populacional nas Metrópoles Latino-americanas: o Caso de Salvador, no Brasil*, Associação Brasileira De Estudos Populacionais, Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais (2006).
- 193 Entrevista conduzida pelos autores com Vanessa, pseudônimo utilizado para proteger a identidade da entrevistada, março de 2017.
- 194 Entrevista conduzida pelos autores com Vanessa, pseudônimo utilizado para proteger a identidade da entrevistada. [22:33, "No meu ver eles escondem e deixam para divulgar quando veem que a coisa já passou do limite, que não tem como suportar. Tem que falar. Tem que comunicar."]
- 195 Trading Economics, "Brazil Minimum Monthly Wages" (*Salário Mínimo no Brasil*), 26 de junho de 2016.
- 196 Preços observados em redes farmacêuticas de São Paulo, maio de 2017.
- 197 Entrevista conduzida pelos autores com Gabriela, pseudônimo utilizado para proteger a identidade da entrevistada, março de 2017.
- 198 Entrevista conduzida pelos autores com Gabriela, pseudônimo utilizado para proteger a identidade da entrevistada, março de 2017.
- 199 Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, *adotado em* 16 de dezembro de 1966, art. 11, §. 1, A.G. Res. 2200A (XXI), U.N. GAOR, 21ª Sess., Supp. Nº. 16, ONU Doc. A/6316 (1966) (*entrou em vigor em* 3 de janeiro de 1976)
- 200 Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, *adotado em* 16 de dezembro de 1966, art. 11, §. 1, A.G. Res. 2200A (XXI), U.N. GAOR, 21ª Sess., Supp. Nº. 16, ONU Doc. A/6316 (1966) (*entrou em vigor em* 3 de janeiro de 1976)
- 201 CDESC, *Comentário Geral N°4: "The Right to Adequate Housing" (Direito à Moradia Adequada, Art.11 (1) do Pacto)*, (6ª Sess., 1991), § 8, ONU Document E/1992/23.
- 202 CDESC, *Comentário Geral N°4: "The Right to Adequate Housing" (Direito à Moradia Adequada, Art.11 (1) do Pacto)*, (6ª Sess., 1991), §. 11, ONU Document E/1992/23.
- 203 Margaret Wurth, "Brazil's Zika Threat Remains: Water, Sanitation Problems That Intensified Zika Outbreak Persist" (*A Ameaça de Zika no Brasil Persiste: Problemas de Água e Saneamento que Intensificaram o Surto de Zika Permanecem*), HRW, 12 de maio de 2017.
- 204 A. G. Res. 70/169, The human rights to safe drinking water and sanitation, pg 4 (22 de fevereiro de 2016).
- 205 Margaret Wurth, "Brazil's Zika Threat Remains: Water, Sanitation Problems That Intensified Zika Outbreak Persist" (*A Ameaça de Zika no Brasil Persiste: Problemas de Água e Saneamento que Intensificaram o Surto de Zika Permanecem*), HRW, 12 de maio de 2017.
- 206 Associated Press, "Brazil declares End to Zika Emergency" (Brasil Anuncia Fim do Estado de Emergência de Zika), The Wall Street Journal, 11 de maio de 2017; Associated Press, "Zika Virus: Brazil Says Emergency Is Over" (Zika Vírus: Brasil Diz que o Estado de Emergência Terminou), BBC News, 12 de maio de 2017.
- 207 J. Weston Phippen, "Brazil Declares an End to Its Zika Health Emergency" (Brasil Anuncia Fim do Estado de Emergência Sanitária de Zika). The Atlantic, 12 de maio de 2017.
- 208 Margaret Wurth, "Brazil's Zika Threat Remains: Water, Sanitation Problems That Intensified Zika Outbreak Persist" (*A Ameaça de Zika no Brasil Persiste: Problemas de Água e Saneamento que Intensificaram o Surto de Zika Permanecem*), HRW, 12 de maio de 2017.
- 209 Miriam Wells, "Pregnant and Desperate in Evangelical Brazil" (*Grávida e Desesperada em um Brasil Evangélico*), Foreign Policy, 18 de fevereiro de 2015; Ministério da Saúde, *Atenção Humanizada Ao Abortamento*, (2011).
- 210 Jaqueline Falcão, *Ministro da Saúde Diz que Governo Vai Distribuir Repelente a Grávidas*, O GLOBO, Dec. 9, 2015; *Governo Federal vai Distribuir Repelentes para Gestantes*, EBC Agência Brasil, **16 de fevereiro de 2017**.
- 211 Release, Anis: Instituto de Bioética, Com apoio da Anis, ANADEP entra com Ação no STF para garantir políticas públicas às mulheres e crianças afetadas pelo Vírus Zika no Brasil, 23 de junho de 2017.
- 212 "Brazil Announces \$17bn in Taxes and Spending Cuts to Combat Recession," *The Guardian*, 14 de setembro, 2015.



[ReproductiveRights.org](https://www.ReproductiveRights.org)