

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - IH  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

PAULIANA RIBEIRO ALVES

A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA  
DAS MULHERES A PARTIR DA DOENÇA ZIKA

BRASÍLIA/DF

2017

Pauliana Ribeiro Alves

A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA  
DAS MULHERES A PARTIR DA DOENÇA ZIKA

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentando ao  
Curso de Serviço Social, da Universidade de  
Brasília, como requisito parcial à obtenção do título  
de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Liliane Fernandes.

BRASÍLIA/DF

2017

A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA  
DAS MULHERES A PARTIR DA DOENÇA ZIKA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dra. Lívia Barbosa

Examinadora Interna – SER/UnB

---

Ms. Ana Carolina Cunha – Assistente Social e Mestranda

Examinadora Externa – SER/UnB

---

Prof. Liliane Alves Fernandes

Professora Orientadora – SER/UnB

## DEDICATÓRIA

Dedico esta, bem como, todas as minhas demais conquistas, ao meu amado irmão Paulo Ricardo e, as mulheres que representam e me ensinam o significado de força e amor, Marli Ribeiro e Yolanda Nayme.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos teóricos que contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho através dos seus artigos e publicações sobre a saúde das mulheres, bem como, sobre o lugar dado as mulheres nos espaços públicos e políticos. Em especial a Debora Diniz, Rita Barradas Barata, Marcos Leandro Mondardo e Karl Marx.

Agradeço também aos professores que estiveram presentes no meu processo de construção e desconstrução de conceitos e valores no decorrer da minha formação, entre alguns, a Andreia Oliveira, Daniela Neves, Marlene Teixeira, Fabiana Boaventura e Berenice Bento.

Nunca se esqueça que basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Esses direitos não são permanentes. Você terá que manter-se vigilante durante toda a sua vida.

(SIMONE DE BEAUVOIR)

## RESUMO

Este trabalho tem como objeto de estudo a saúde sexual e reprodutiva das mulheres com base na doença zika no Brasil. O objetivo geral se concentra na atuação dos profissionais de Serviço Social na área da saúde a partir do contexto da doença zika, na qual, retoma debates importantes acerca da saúde sexual e reprodutiva das mulheres brasileiras, em específico. A metodologia de pesquisa utilizada é de caráter qualitativo e o desenvolvimento do trabalho se constitui através de uma perspectiva feminista sobre a saúde das mulheres no Brasil, sendo a Debora Diniz referência teórica na construção deste estudo. Foi realizada, também, uma análise documental sobre o Sistema Único de Saúde, a Constituição Federal de 1988 e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. O trabalho se iniciou com um aparato histórico sobre a política de saúde, no contexto brasileiro, e, posteriormente, foi aprofundados aspectos sobre a doença zika no Brasil e as consequências que o vírus trouxe para o país, bem como, debates sobre os direitos das mulheres. Considerando as desigualdades econômicas e sociais que permeiam os estados brasileiros, o Serviço Social enquanto profissional que busca garantir direitos dos cidadãos, especialmente nesse contexto da doença zika, pôde contribuir sobre a perspectiva de ampliação aos direitos das mulheres a partir de uma crítica material-dialética. A conclusão ao final deste trabalho aponta que a mulher apresenta pouca autonomia sobre seus direitos sexuais e reprodutivos e, o Estado, enquanto garantidor de direitos naturaliza e retrocede avanços conquistados através dos movimentos feministas. O Serviço Social nesse espaço de disputas de interesses contribui nas informações para as mulheres sobre serviços de saúde que podem oferecer recursos que garantam a sua saúde e seu bem-estar.

Palavras-chave: Zika vírus; saúde da mulher; serviço social.

## ABSTRACT

This study aims to study the sexual and reproductive health of women based on zika disease in Brazil. The general objective is focused on the performance of the Social Work professionals in the health area from the context of the zika disease, in which, it retakes important debates about the sexual and reproductive health of the Brazilian women, in specific. The research methodology used is of qualitative character and the development of the work is constituted through a feminist perspective on the health of women in Brazil, and Debora Diniz is a theoretical reference in the construction of this study. A documentary analysis was also carried out on the Unified Health System, the Federal Constitution of 1988 and the National Policy on Integral Attention to Women's Health. The work began with a historical apparatus on health policy, in the Brazilian context, and, later, it was deepened aspects about the zika disease in Brazil and the consequences that the virus brought to the country, as well as debates about the rights of the women. Considering the economic and social inequalities that permeate the Brazilian states, Social Service as a professional that seeks to guarantee the rights of citizens, especially in the context of the Zika disease, was able to contribute to the expansion of women's rights based on a material-dialectical critique. The conclusion at the end of this study indicates that women have little autonomy over their sexual and reproductive rights, and the State, as a guarantor of rights, naturalizes and recedes advances achieved through feminist movements. Social Service in this area of interest disputes contributes to information for women about health services that can offer resources that guarantee their health and well-being.

Keywords: Zika virus; women's health; social service.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ZIKAV - Zika vírus

SUS – Sistema Único de Saúde

SGZv – Síndrome Congênita do Zika

MS – Ministério da Saúde

CF/88 – Constituição Federal de 1988

CAPs – Caixa de Aposentadoria e Pensões

IAPS – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Servidores

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

CNS – Conferência Nacional de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

EC – Emenda Constitucional

PSMI – Programa de Saúde Materno-Infantil

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

SGB – Síndrome de Guillain-Barré

OMS – Organização Mundial de Saúde

ESPII – Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

ECA – Estatuto da Crianças e do Adolescente

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
METODOLOGIA.....	5
CAPÍTULO 1 – Saúde: necessidade básica como direito.....	7
1.1 Saúde como política universal.....	8
1.2 Saúde da Mulher: a interseccionalidade entre gênero e política.....	17
CAPÍTULO 2 – A epidemia do vírus Zika no Brasil e o direito das mulheres.....	23
2.1 Zika vírus: que doença é essa?.....	24
2.2 A Síndrome Congênita do Zika e os direitos reprodutivos das mulheres.....	31
CAPÍTULO 3 – A doença Zika e a saúde sexual e reprodutiva da mulher na perspectiva do Serviço Social.....	37
3.1 O Serviço Social no contexto da doença Zika vírus.....	38
3.2 A saúde sexual e reprodutiva da mulher sob a atuação do Serviço Social.....	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	50

## INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira é marcada por níveis de desigualdades tanto sociais quanto políticas, econômicas e sociais. Diante das diferenças, pensar e aplicar os direitos básicos, perpassando na análise de gênero naturalizada pelo patriarcado é fomentar a discussão acerca dos lugares que os corpos ocupam nas relações sociais que estão intrinsecamente ligados ao poder estatal.

O reconhecimento da saúde enquanto direito universal, no Brasil, está assegurado na Constituição Federal Brasileira de 1988, na seção II, na qual, garante a responsabilidade do Estado perante a sociedade. Na realidade, o funcionamento das instituições de saúde não aplicam coerentemente os direitos humanos respaldados na Carta Magna, deixando a mercê dos usuários o requerimento de seus direitos.

A saúde brasileira é condicionada por políticas públicas que, ainda, são segmentadas e fragilizadas devido aos interesses sociais e políticos da sociedade, ou seja, a construção das políticas é realizada pela luta de determinados grupos sociais que visam ampliar o acesso aos seus direitos. Diante das marcas de desigualdade fomentadas pelo sistema capitalista, a violação dos benefícios assegurados pelo Estado se restringe a disponibilidade de informações e conhecimentos oferecidos à população.

A epidemia do vírus Zika (ZIKAV), ocorrida em 2015, retrata o complexo de interesses políticos, econômicos e individuais que estão inseridos na sociedade devido à urgência de controle do mosquito e do vírus. Segmentos marginalizados, como as mulheres, ganharam espaço nas discussões acerca das políticas públicas de saúde da mulher, sendo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a referência para a ampliação do acesso a saúde pública.

O período da epidemia, foi marcado por intenso retrocesso de direitos políticos e sociais que estavam vulneráveis as condições política do governo. Assim, foi preciso articular debates que pudessem fomentar estratégias de ampliação e construção de espaços para os sujeitos sociais vitimizados, principalmente, pelo vírus zika. Pontos marcantes são identificados no reforço à universalidade e a integralidade do SUS, bem como, nas discussões sobre gênero e, o cuidado da saúde e do corpo feminino.

Assim, profissionais de Serviço Social, puderam rearticular as defasagens das políticas de saúde diante da inserção das propostas advindas ao SUS, além de, evidenciar em âmbito nacional as questões inerentes à desigualdade circunscrita no Brasil: gênero, classe social, etnia, educação, saúde, assistência, transporte, previdência e outros.

O Zika vírus foi mapeado no país em categorias que se interseccionam no campo político e econômico: gênero, faixa etária, classe social e região, em específico, mulheres, jovens, pobres e nordestinas. Tais categorizações foram contempladas em pesquisa realizada pela professora e pesquisadora Debora Diniz, em registro no seu livro “Zika: Do Sertão Nordestino à Ameaça Global”.

Posterior à descoberta da nova doença que assombrava a população brasileira foi observado alguns sintomas nos fetos e bebês de mulheres infectadas pelo vírus durante a gestação, no qual, ficaram conhecidos como “epidemia da síndrome congênita do Zika” (DINIZ, 2016), sendo que, os primeiros sintomas foram diagnosticados a partir do crescimento dos casos de microcefalia.

As discussões acerca dos limites e possibilidades sobre a saúde da mulher se destacou em diferentes áreas sociais, pois a síndrome congênita do Zika (SGZv) não prejudica somente as mulheres gestantes como também os bebês em desenvolvimento. São direitos à vida analisados sob os valores morais e religiosos que permeiam a sociedade e influenciam nas condições de sobrevivência.

Os primeiros registros de entidades governamentais, tais como, Ministério da Saúde, junto a Organização das Nações Unidas – Mulheres (ONU-Mulheres) construíram a campanha nacional “Mais Direitos, Menos Zika”<sup>1</sup>, em 2016, para combater o Zika, na qual, propôs a garantia de direitos a saúde de toda a população, em especial, a saúde sexual e reprodutiva das mulheres nesse momento.

Segundo DINIZ (2016), o vírus se proliferou em uma das regiões mais precárias do Brasil: o nordeste. A região é marcada por vasta precarização de subsistência de vida, entre elas, alimentação, transporte, saúde, moradia, trabalho. Os serviços oferecidos pelo Estado atendem as demandas urgentes, ou seja, não há amplo acesso a orientação para prevenção aos riscos de saúde, sendo então, ofertados serviços escassos a população.

---

<sup>1</sup> Campanha realizada em parceria com a ONU Mulheres, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), a Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. <http://maisdireitosmenoszika.org>. Acessado em 22/11/2017

A questão social<sup>2</sup>, na qual, é reflexo do modo de reprodução do capital, se destacou no cenário do ZIKAV, visto que, a população do Nordeste possui maiores índices de precariedade em infraestrutura e, diante desse contexto, algumas manifestações da questão social tornaram foco no campo econômico e político, como o acesso à educação e prevenção da saúde – sexual e reprodutiva – das mulheres e dos homens.

A SGZv possibilitou repensar e discutir os embates da vida das mulheres gestantes, de mães de crianças com microcefalia e as consequências que a doença poderia acarretar na vida das mulheres e das crianças adoecidas. Consideram-se aqui, as dificuldades encontradas na vida social destas mulheres que residem, especialmente, no nordeste brasileiro.

A ONU – Mulheres fortaleceu o discurso sobre o aborto enquanto garantia do direito da mulher. A premissa sobre o assunto repercutiu em debates para além da saúde em contexto da epidemia, tornando assim, viável o pensar a mulher e o espaço que esta ocupa na sociedade. A demanda foi estabelecida conforme se notou a gravidade que as consequências do vírus poderiam proporcionar aos sujeitos sociais e a atenção que deveria ser apresentada pelo governo.

A síndrome congênita do Zika gera total dependência da criança para com o adulto responsável, sendo que, a maioria dos cuidados é dada como responsabilidade das mulheres. Nesse sentido, compreender o espaço que a mulher ocupa nas políticas de saúde é transpor qual a atenção dada pelo Estado a partir da regulação dos seus corpos.

A escolha do tema se trata de uma perspectiva para além do ensino-trabalho; se dá enquanto identificação do gênero feminino em uma sociedade marcada pelo patriarcado, compreendendo o corpo como delimitador de espaço social e político do sujeito. Foucault (1999) relata sobre como os corpos se tornam objetos e são expostos a diversas influências exteriores:

Não é a primeira vez, certamente, que o corpo é objeto de investimentos tão imperiosos e urgentes; em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações. (Foucault, M.; 1999, p.163)

A problematização a que este trabalho pretende apresentar é referente aos limites nos quais a educação sexual e reprodutiva naturaliza as questões de gênero,

---

<sup>2</sup> Entendendo por questão social, a partir da leitura de lamamoto (2001), “a questão social enquanto parte constitutiva das relações sociais capitalistas, é apreendida como expressão ampliada das desigualdades sociais.” (lamamoto, 2001, p. 10)

bem como, as ações governamentais (políticas e econômicas) diante do contexto da epidemia do vírus zika.

O lugar a que está situado este trabalho condiz a uma estruturação histórica e cultural sobre a política de saúde da mulher junto à epidemia do vírus Zika no ano de 2015 em conjunto com entidades referenciadas socialmente, como a ONU Mulheres e o Ministério da Saúde, diante da necessidade em discutir os direitos das mulheres na saúde pública e, além desta, na perspectiva da profissão de Serviço Social.

Foi utilizado procedimentos de análise metodológico e documental, sendo construída a partir da Constituição Federal de 1988, das Diretrizes do SUS, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de 2004 e, através da leitura do livro Zika: do Sertão Nordestino à Ameaça Global (2016), da Débora Diniz.

A pergunta norteadora desse estudo é estabelecida em de que forma o patriarcado brasileiro se posiciona na saúde pública da mulher em contexto de epidemia do vírus Zika? O objetivo geral é compreender a aplicação da política de saúde da mulher sob o patriarcado no contexto da doença Zika. Os objetivos específicos estão correlacionados aos capítulos do trabalho, pois a organização propõe a reflexão linear sobre o objetivo geral a que se pretende atingir.

Dessa forma, os objetivos específicos estão dispostos da seguinte maneira: (i) apresentar a saúde enquanto direito universal; (ii) aprofundar o estudo sobre a doença Zika e a síndrome congênita do Zika diante dos direitos das mulheres; e, por fim, (iii) relacionar o Serviço Social no contexto da doença Zika com os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

O primeiro capítulo tem caráter histórico; está subdividido para que possa delinear as questões de saúde pública em âmbito geral e em cunho da saúde da mulher. No segundo capítulo, serão abordadas as questões da natureza da doença Zika e as consequências do vírus na saúde da mulher. Por último, no terceiro capítulo, irá tratar sobre a relação do Serviço Social diante da doença Zika e os direitos das mulheres na saúde.

## METODOLOGIA

Esta pesquisa terá caráter qualitativo, no qual, “não se apresenta como uma proposta rigidamente estruturada, ela permite que a imaginação e a criatividade levem os investigadores a propor trabalhos que explorem novos enfoques.” (GODOY, 1995, p.21) Segundo Minayo (2012), fazer ciência é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas, numa perspectiva em que esse tripé se condicione mutuamente.

Entre as formas propostas de pesquisa qualitativa existentes, nesse trabalho, será realizada a forma documental, pois “representa uma forma que pode se revestir de um caráter inovador, trazendo contribuições importantes no estudo de alguns temas.” (GODOY, 1995, p. 21).

A autora relata que há “três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.” (GODOY, 1995, p.24) O processo de interpretação dos dados deve “ir além do conteúdo manifesto dos documentos, pois, (...) interessa ao pesquisador o conteúdo latente, o sentido que se encontra por trás do imediatamente apreendido.” (GODOY, 1995, p.25)

Os documentos explorados são analisados sob a perspectiva do contexto da doença, descoberta em 2015. Como complemento, foram usados artigos<sup>3</sup> buscados nas bases *Scielo* e *Google Acadêmico*, que reforçam a proposta de análise feminista sobre o lugar que o corpo feminino ocupa na sociedade brasileira diante das políticas públicas de saúde.

A análise dos artigos se deu no período de revisão de literatura para que não houvesse discrepância da pergunta criada como norteadora para a pesquisa. A seleção e revisão da leitura possibilitou categorizar elementos constitutivos para obter maior compreensão sobre a política de saúde brasileira e a política de saúde da mulher.

---

<sup>3</sup> BARATA, RB. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?. In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online] <http://books.scielo.org/id/48z26/pdf/barata-9788575413913-06.pdf> Acessado em 22/11/2017

OSIS, MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad. Saúde Públ., RJ, 1998.

CORREA, S., Paism: uma história sem fim. Rev. Bras. Estudos Pop., Campinas, 1993.

FONSECA, RMGS., Espaço e Genero na Compreensão do Processo Saúde-Doença da Mulher Brasileira. Rer. Latino-am. Enfermagem – Ribeirão Preto, 1997.

A escolha da literatura se deu através da busca em artigos que pudessem avançar no conhecimento sobre a doença zika e os direitos das mulheres quanto ao seu corpo na sociedade brasileira.

Para o desenvolvimento da discussão sobre a construção das políticas de saúde brasileira e a saúde da mulher, foram usados como referência os autores: Machado, M.F.A.S et. al. (2007), Correa, S. (1993), Osis, M.J.M.D (1998), Cielo, I.D.; Schmidt, C.M.; Wenningkamp, K.R. (2015), Silva, L.R.; Christoffel, M.M; Souza, K.V. (2005); Freitas, G.L. et. al. (2009) e Santos, M.A. (2013).

Referente ao estudo da doença zika, os direitos das mulheres a partir do vírus e a forma que está colocado o corpo feminino na sociedade, o estudo foi apoiado nos seguintes autores: Pitangu, j. (2016), Diniz, D. (2016), Fonseca, R.M.G.S. (1997), Barata R.B. (2009), Mondardo, M.L. (2009), Guimarães, J.P. et. al. (2016), Filho, K.P.; Trisotto, S. (2008) e Boris, G.D.J.B; Cesídio, M.H. (2007).

Sobre a atuação do Serviço Social na área da saúde com análise sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres no contexto político, tais autores contribuíram: Netto, J.P. (2001), Iamamoto, M.V. (2001), Gama, A.S. (2008), Castro, M.H. (1989), Giffin, K. (2002), Lisboa, T.K. (2010), Bravo, M.I.S. (2006) e Nogueira, V.M.R.; Mito, R.C.T. (2006).

Considerando a saúde enquanto direito “de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos” (CF/88, art.196), o trabalho apresentado consistirá em uma análise de inserção da mulher no âmbito universal diante do patriarcado que constrói cotidianamente as relações de poder na sociedade.

## CAPÍTULO 1 – Saúde: necessidade básica como direito

A saúde é pensada como antônimo de doença, sendo que, os fatores dessa relação são determinados por questões sociais, econômicas e políticas do país. No Brasil, “a definição da saúde como resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada as demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação. Ratifica, também, o engajamento do setor saúde por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania.” (CAMPOS, 2004)

As políticas públicas são reflexos de condicionantes sociais que objetivam inserir agentes da sociedade, em especial, aqueles que são marginalizados. É um processo realizado pelo poder público em consonância com a necessidade exposta pela sociedade, entre elas, a que vai ser mais utilizada neste trabalho, é a saúde pública.

As mulheres foram inseridas nesse âmbito de políticas públicas através do movimento feministas que buscou colocar debates sobre as desigualdades vivenciadas pelo gênero. A saúde da mulher tem uma trajetória conflituosa, pois é um processo de desconstrução de conceitos, moral e valores. Apesar das conquistas, as mulheres e os homens têm tratamentos e políticas diferenciadas nesse espaço.

Neste capítulo, a leitura está organizada de forma a compreender concepções da criação da política de saúde brasileira e, posteriormente, a inserção das mulheres nesse meio.

## 1.1 Saúde como política universal de direito

A saúde brasileira tem seu marco histórico iniciado com a filantropia, o Estado não tinha participação efetiva nas demandas de saúde, visto que, os profissionais exerciam sob a forma de caridade a atenção à saúde de indivíduos marginalizados. Tal fato se dava pelos interesses políticos e econômicos focados na riqueza que o país poderia obter.

Por muitos séculos, desde o descobrimento do Brasil até o Império, a saúde brasileira não tinha uma ordem, era limitada somente aos recursos advindos da terra e das plantas e, além disso, quem obtinha os conhecimentos para a “cura” eram as pessoas que desenvolviam – através de crenças – a habilidade de curar, eram conhecidos como *curandeiros*.

Foram nas décadas de 1920 e 1930 que o Estado começou a intervir na área social; foi o período em que os direitos civis e sociais se vincularam aos indivíduos que estavam inseridos no mercado de trabalho. As questões sociais, nessa época, precisavam ser enfrentadas para que não houvesse protestos e revoluções contra o governo e o Estado; foi preciso inseri-las nas questões políticas, ou seja, era preciso abranger os novos sujeitos sociais – assalariados urbanos, no novo cenário político e econômico do país.

Diante desse contexto, a política pública de saúde se desenvolve ligada a política da previdência social. Segundo Cielo, Schimidt e Wenningkamp (2015)

A evolução histórica das políticas de saúde relaciona-se diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, obedecendo à ótica do avanço do capitalismo e, por consequência, sofrendo as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo. (p.214)

A Previdência Social foi criada em 1923, pela Lei Elói Chaves. Sucessivamente, criou-se a Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPs). As CAPs eram o vínculo formal entre as empresas e os empregados, além de, constar como direito social dos trabalhadores; era oferecida assistência médica, aposentadorias, medicamentos e pensões aos empregados.

No período de 1920 a 1953, a saúde brasileira ganhou visibilidade, sendo criado em 1930 o Ministério da Educação e Saúde; em 1933, os Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Servidores (IAPs); em 1948, o Plano Saúde,

Alimentação, Transporte e Energia (SALTE) e, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde (MS).

É importante ressaltar que o acesso à saúde era restrito, ou seja, a assistência médica era oferecida somente aos trabalhadores, sendo os outros sujeitos marginalizados quanto à proteção do Estado. A princípio, o objetivo proposto na relação do cidadão assalariado com as empresas era controlar as doenças infecciosas e parasitárias, bem como, as mortalidades advindas da ausência de saneamento.

Na década de 1960 houve um marco na história brasileira, conhecido como o Golpe Militar de 1964. Com esse ocorrido, o Brasil enfrentava mudanças políticas e econômicas. Os IAPS<sup>4</sup> fundiram-se ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)<sup>5</sup> que possibilitou cobrir outros sujeitos sociais, não somente os trabalhadores formais, pela Previdência Social.

Com a criação do INPS, houve ampliação da política de saúde, sendo que, o Estado forneceu os recursos da Previdência para serviços de saúde terceirizados. Em um contexto capitalista, a saúde tornou-se produto, no qual, era fornecido individualmente conforme a posição social do cidadão.

A unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs em 1966, se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores. (TEIXEIRA, M. [orgs]; 2006 p. 93)

Em 1974, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que tinha como objetivo fornecer atendimento em estabelecimentos próprios, sendo feito por iniciativas privadas. No ano seguinte, instituiu o Sistema Nacional de Saúde (SNS) que, devido a falência do INPS – anos depois – foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS).

---

<sup>4</sup> “O IAPS tem por finalidade assegurar o gozo dos benefícios previstos em Lei, a serem custeados pelo Município, suas entidades e pelos segurados, de acordo com os instrumentos normativos correspondentes. Para isso, o Regime deve estar equilibrado financeira e atuarialmente, de forma a garantir o pagamento aos servidores dos benefícios previdenciários previstos legalmente, a partir de uma reserva financeira, constituída num regime de capitalização.” (Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores) Portal eletrônico < <http://www.iaps.com.br/index.php?pag=1&id=84> > Acessado em 12/12/2017.

<sup>5</sup> Com a criação do INPS, o modelo previdenciário brasileiro passou a ser mais abrangente, incluindo novos beneficiários - como trabalhadores rurais (1971), empregadas domésticas (1972) e trabalhadores autônomos (1973) -, e ampliando a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar. (AMORIM, C.P. 2016).

Com o embate ditatorial político sem sucesso quanto às políticas sociais e criação de Institutos, houve um movimento pela saúde, em 1970, conhecido como a Reforma Sanitária. Esse movimento esteve atrelado a diversos setores da sociedade que estavam notando a importância de uma mudança na política de saúde. Em 1979, foi realizado o I Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde, mas era fechado aos sujeitos políticos.

A partir desse período governado por militares, os Simpósios colocaram como pauta a participação da sociedade civil, bem como, a “formulação, fiscalização e implementação da política de saúde” (SANTOS, 2013, p.235). A conquista da inserção de outros sujeitos na realização da Política Nacional de Saúde foi alcançada em 1979.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986, foi primordial para a universalização da política de saúde no Brasil. Cielo, Schmidt e Wenningkamp (2015) dizem que “a 8ª CNS resultou da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. No entanto, a maior contribuição atrelada a 8ª CNS foi ter formado as bases para a seção “Da Saúde” na Constituição brasileira de 1988” (p. 216)

A 8ª Conferência teve como propostas fundamentais para discussão: “I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; III Financiamento setorial.” (BRAVO, 2006, p.9). A partir desse debate, a Reforma Sanitária (1970) foi concluída e, implantada em toda a política pública e nacional de saúde.

Após a ocorrência desse evento, o Estado tornou-se peça principal no que tange ao acesso a saúde para os brasileiros. Em primeiro, a atenção dada à saúde em âmbito federal pela Constituição de 1988 e, gradativamente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A sociedade civil teve significativa participação nessas mudanças devido aos movimentos sociais fortalecidos no período da Reforma Sanitária.

Em concordância com Bravo (2006), os principais aspectos aprovados na Constituição Federal de 1988 foram:

- O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;

- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder públicos sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

A Constituição Federal de 1988 representa a afirmação e extensão de diversos direitos sociais do Brasil. A Seguridade Social, colocada na Carta Magna, abarca três dimensões sociais (transcendentes a política de mercado): a Assistência Social, a Saúde e a Previdência Social. Essas categorias correspondem a direitos sociais necessários para o acesso do indivíduo no meio social, ou seja, através do Estado conseguem, ao menos, suprir suas necessidades básicas.

A Previdência Social se tornou referência para a garantia da Assistência Social e da Saúde, pois o sistema a que está estruturado na sociedade é mantido por relações econômicas e, os sujeitos sociais são fundamentais para o pleno funcionamento do capitalismo. Assim, o Estado assegura os direitos para aqueles que são marginalizados – calcados na questão social, visto que, é subentendido o acesso “fácil” ao direito pelos indivíduos remunerados.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado através do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), incorporando depois o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde (MS). O SUS foi um marco importante na legitimação dos direitos à saúde, visto que, assegura e amplia o acesso a toda população.

Segundo Carvalho (2013), o SUS pode ser compreendido a partir de duas concepções: tecnoassistenciais e tecnogerenciais conforme a Constituição Federal

de 1988 e a Lei nº 8.080/90. No que tange as diretrizes e princípios tecnoassistenciais compõem a “universalidade, igualdade, equidade, integralidade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolatividade e base epidemiológica”. (p.13) Quanto às diretrizes e princípios tecnogerenciais, “descentralização, regionalização, hierarquização, gestor único em cada esfera de governo, conjugação de recursos das três esferas de governo, organização dos serviços para evitar duplicidade, complementariedade e suplementariedade do privado, financiamento tripartite e participação da comunidade.” (p.15)

A integralidade é o eixo norteador da composição do Sistema Único de Saúde, visto que, o conceito fomenta a articulação dos sujeitos em sua totalidade, dispensando a hierarquização do serviço, bem como, a fragmentação regional e do atendimento aos usuários. Reconhecer que os usuários são sujeitos históricos e políticos; que são autores desse sistema, é transcender as questões sociais a questões políticas e econômicas do país de forma democrática.

Esse Sistema representa a força política da sociedade civil, tal como, o marco histórico para a ascensão dos direitos a saúde em âmbito universal, ou seja, para além das desigualdades na sociedade. Porém, na década de 1990, houve novos arranjos políticos e econômicos que enfraqueciam as conquistas sociais de décadas anteriores.

Esse período foi marcado pelo Projeto Econômico Neoliberal que indispunha com os princípios da Reforma Sanitária.

O projeto privatista da saúde pauta seu discurso na política de ajuste, na contenção dos gastos públicos e na isenção da participação popular na construção de uma política mais democrática. O discurso neoliberal aposta na competitividade e no triunfo do individualismo, cabendo ao Estado garantir o mínimo para atender as comunidades mais vulneráveis. (SANTOS, 2013, p. 237)

A disputa de interesse assentado pela privatização da saúde *versus* a reforma sanitária é destaca pela relação comercial a que está colocado os direitos sociais. Quando se trata da necessidade básica comum como, por exemplo, a saúde – que é inerente a todos os seres humanos – a intervenção do Estado teria de ser total e não parcial, pois os direitos devem reger o que consta no princípio norteador da Constituição Federal de 1988: a universalidade.

Quando ao Sistema Único de Saúde (SUS) dentro do contexto neoliberal, Bravo (2006) dispõe que:

Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal,

estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. (p.14)

Diante do novo contexto, o SUS se enfraquece e torna-se um indicador na estratificação social, visto que, a demanda pelo sistema será realizada por indivíduos (já) marginalizados. Em uma sociedade capitalista, na qual, o consumo rege as diversas relações dispostas no meio social, pagar pelo serviço de saúde intensifica a segmentação da população.

Segundo Santos (2013), a política neoliberal se apoia no ajuste fiscal das políticas públicas, em específico aqui, na saúde, igualmente, no controle dos gastos públicos e na participação mínima do Estado frente às demandas sociais. Dessa forma, o SUS torna-se apenas um meio de acesso social que mantém e reproduz o sistema capitalista.

A atual estrutura da saúde brasileira está desestabilizada, visto que, as disputas de interesses são dispostas ao limite de poder, sendo de um lado a defesa da reforma sanitária e, de outro, a política de mercado (neoliberalismo). A partir da compreensão da diferença entre as vertentes, Santos (2013) propõe ser “relevante construir uma vontade coletiva de mobilização pela saúde, que busque democratizar a consciência sanitária (compreendida como interesse da comunidade e direito social) e que aposte na transformação da sociedade.” (p.239).

Com as ideias neoliberais concretizadas no país, a saúde se dispõe de uma rede intensa entre prestadores de serviços e os compradores, nos quais, competem entre si. Há três subsetores no sistema de saúde: público, privado e suplementar. Paim et. al. (2011) define-os:

O sistema de saúde tem três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento. (p.19)

A partir disso, percebe-se que é formado um relacionamento estreito entre o serviço oferecido e os usuários. A formalização do trabalho é prescindível na execução da política de saúde, dado que, com a privatização o serviço se distanciou das diretrizes e dos princípios dispostos no SUS.

Conforme Cielo, Schmidt e Wenningkamp (2015) os princípios básicos do SUS em paralelo ao artigo 198 da Constituição Federal de 1988 são:

- A) Atender a todos, de acordo com suas necessidades, independentemente de que a pessoa pague ou não a Previdência Social e sem cobrar nada pelo atendimento;
- B) Atuar de maneira integral, o que significa que as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento e respeitar a dignidade humana;
- C) Ser descentralizado, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações (município, estado e união);
- D) Ser racional, o que significa organizado de modo seja oferecido ações e serviços de acordo com as necessidades da população;
- E) Ser eficaz e eficiente, produzir resultados com qualidade;
- F) Ser democrático, ou seja, deve assegurar o direito de participação de todos os seguimentos envolvidos com o sistema. (CIELO, SCHMIDT e WENNINGKAMP, 2015, p.220-221)

O Brasil é marcado historicamente pelas contradições criadas, mantidas e intensificadas pelo sistema econômico e político capitalista. O regime capitalista de produção é tanto um processo de produção das condições materiais da vida humana, quanto um processo que se desenvolve sob as relações sociais-históricas-econômicas-de produção específicas. (IAMAMOTO, 2001, p. 11)

O SUS como representação da política de saúde brasileira está sob interesses econômicos do governo, o financiamento está comprometido “com o FMI de estudar a desvinculação de recursos para a saúde e educação o que significa eliminar da Constituição Federal os preceitos que obrigam a União, Estado e Municípios a gastarem um percentual de todo o dinheiro arrecadado para os setores de educação e saúde” (BRAVO, 2006, p.19)

Estando ainda a saúde relacionada à formalização do trabalho, o serviço oferecido se fragiliza quanto ao retorno financeiro voltado para a área de saúde, sendo que o gasto do governo nesse setor é correspondente “a 3,4% do PIB”. (BRAVO, 2006, p.19). A saúde, segundo a Emenda Constitucional 29 (EC-29) e a Lei Complementar nº 141/12, é financiada pela União e iniciativas privadas. Da qual, a União deve assegurar serviços e ações públicas conforme os gastos obtidos no ano anterior. E, quanto à iniciativa privada (junto ao SUS), deve exercer ações igualmente ao setor público.

Diante desses princípios e dos fundos destinados à saúde, o Ministério da Saúde viabiliza programas de saúde para algumas porções da sociedade. Cielo, Schmidt e Wenningkamp (2015), mapeiam em um quadro as ações e os serviços oferecidos pelo SUS para a população brasileira. A seguir, se apresenta o quadro no qual estas ações podem ser mais bem representadas.

ÁREA TÉCNICA/POLÍTICA	AÇÕES
<b>SAÚDE DA MULHER</b>	Responsável pelas ações de assistência ao: pré-natal; incentivo ao parto natural e redução do número de cesáreas desnecessárias; redução da mortalidade materna; enfrentamento da violência contra a mulher; planejamento familiar; assistência ao climatério; assistência às mulheres negras e LGBT.
<b>Saúde da Criança e Aleitamento Materno</b>	Tem como objetivos elaborar as diretrizes políticas e técnicas para a atenção integral à saúde da criança de zero a nove anos e apoiar a sua implementação os estados e municípios.
<b>Saúde do Idoso</b>	É a política que objetiva, no Sistema Único de Saúde (SUS), garantir atenção integral à saúde da população idosa, com ênfase no envelhecimento saudável e ativo.
<b>Saúde do Homem</b>	Políticas e diretrizes em saúde voltadas para a população masculina na faixa etária dos 20 anos aos 59 anos. Tem por objetivo a melhoria das condições do indivíduo, contribui de modo efetivo para a redução das doenças e da mortalidade, por meio do enfrentamento dos fatores de risco. A área também é responsável por incentivar o acesso desse grupo aos serviços de saúde.
<b>Política Nacional de Saúde Mental</b>	Apoiada na Lei 10.216/02 busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece.
<b>A Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário</b>	É uma iniciativa conjunta dos Ministérios da Saúde e da Justiça. Tem como objetivo organizar o acesso da população penitenciária às ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).
<b>A Política Nacional de Saúde do Trabalhador</b>	Visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, através de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Suas diretrizes compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a participação popular, o apoio a estudos e a capacitação de recursos humanos.
<b>Política da Saúde do Adolescente e do Jovem</b>	Encarregada da promoção, proteção e recuperação da saúde de jovens e adolescentes. Aborda as áreas de crescimento e desenvolvimento; saúde sexual e reprodutiva; e redução da mortalidade por violências e acidentes.
<b>A Política Nacional de</b>	Resultado de múltiplos movimentos e longa mobilização, nacional e internacional, de muitos atores sociais e institucionais. Voltada para a

**Saúde da Pessoa com Deficiência**

inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), caracteriza-se por reconhecer a necessidade de responder às complexas questões que envolvem a Atenção à Saúde das pessoas com deficiência no Brasil.

Fonte: DRd - Desenvolvimento Regional em debate (ISSNe 2237-9029) v.5, n.1, p. 211-230, jan/jun.2015. p.222.

Além desses programas voltados a população em setores mais abrangentes, o Ministério da Saúde também viabiliza programas em estrutura micro econômica, que são: Farmácia Popular; SAMU 192; Combate a Dengue; S.O.S Emergência; PNAN (Política Nacional de Alimentação e Nutrição); Programa Melhor em Casa; Academia da Saúde; Saúde da Família; Pronto Atendimento; Doação de Órgãos; Medicamento fracionado; Projeto Expande; Humaniza SUS; Olhar Brasil; Redução da Mortalidade Infantil; Controle do Tabagismo; Programas de Controle do Câncer; Bancos de Leite Humano; QualiSUS-Rede; De Volta pra Casa; e outros.

A política de saúde enfrenta avanços e retrocessos no Brasil, uma vez que, há direitos garantidos através de lutas e movimentos sociais que visualizaram a necessidade conjunta da importância do Estado na manutenção e criação de políticas sociais e universais, pois a população brasileira é desigual e injusta em diversos segmentos.

Entender como a saúde é contemplada fortalece a compreensão da inserção da política de saúde da mulher brasileira, as possibilidades e as dificuldades que são enfrentadas no processo de construção dessa vertente. Dito isso, o próximo subcapítulo irá tratar sobre a construção do espaço da mulher na saúde, correlacionando o gênero com a política de saúde em contexto histórico.

## 1.2 Saúde da Mulher: a interseccionalidade entre gênero e política

O corpo social é a referência individual do lugar que o indivíduo ocupa na sociedade, podendo ser entendido como “elemento que cria relações, cria espaços e é espaço em constante movimento, vida e reprodução das relações.” (MONDARDO, 2009, p. 3). Esse marcador social é categorizado a partir da perspectiva binária de gênero: feminino e masculino.

As diferenças entre o corpo e o gênero estão na ordem biológica e social, respectivamente. Assim, o corpo representa o sexo dos indivíduos, ou seja, a biologia anatômica do corpo humano; enquanto, o gênero é a construção sócia histórica e cultural das determinações relacionais dos sujeitos.

A formação dos sujeitos sociais se dá pela junção do sexo e do gênero, pois ambos são intrínsecos, não existindo um sem o outro. Diante disso, vale fortalecer que esses determinantes sociais definem o espaço que o corpo se insere no meio social, por exemplo, na política, saúde, trabalho, relacionamentos afetivos, transporte, entre outros.

O binarismo de gênero apresenta uma relação extrema de poder nas relações sociais, em específico, entre homens e mulheres. Essa correlação é pré-existente aos sujeitos, ou seja,

Ao nascer o indivíduo já passa a ter toda sua existência determinada pelas relações de gênero e, portanto, elas serão as mais importantes na hierarquia das determinações e mediações que acabam por moldar o perfil epidemiológico. (BARATA, 2009, p.77)

Desde que se entende a sociedade como tal, as mulheres são subordinadas aos homens; os papéis sociais são determinados pela concepção de divisão dos sexos. Assim, a construção social e histórica resulta do determinismo cultural sobre os aspectos femininos e masculinos, no qual, são criadas as funções sociais de cada indivíduo.

As mulheres comumente são disciplinadas a funções caracterizadas como femininas, sendo elas, muitas vezes com características maternas. Os homens são fortes, brutos, inteligentes, entre outros. Essa discrepância de características reflete nos espaços ocupados pelos corpos, pois a construção de políticas, acesso aos direitos e outros são pré-moldados por tais características.

Os empregos femininos, além dos salários menores, geralmente são mais monótonos, com pequeno ou nenhum grau de autonomia na execução das tarefas, menores perspectivas de progressão, vínculos trabalhistas mais precários,

movimentos repetitivos, contato com o público e outras características de desgaste psicológico e emocional. (BARATA, 2009, p.84)

Com a inserção das mulheres no mercado de trabalho, foi preciso transformar as relações sociais enraizadas na sociedade. As mulheres precisaram se adaptar as necessidades do capitalismo sem romper com o antigo sistema, por exemplo, as mulheres têm dupla jornada de trabalho devido às características já estabelecidas de ser dona do lar – e, agora, assalariada.

Até o século XX, a Igreja obteve grande poder nas determinações sociais relacionadas às mulheres, visto que, diante da moral cristã o papel dos sujeitos se estabeleceu de forma hereditária e binária. Conforme o sistema capitalista se fortalecia, as contradições sociais se intensificavam. “O desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a “questão social” – diferentes estágios capitalistas produzem diferentes manifestações de “questão social”.” (NETTO, 2001, p.45)

Com isso, os questionamentos quanto às questões sociais formaram movimentos sociais que defendiam segmentos específicos e marginalizados pelo sistema. As mulheres compõe a formação dos sujeitos excluídos socialmente, assim movimentos de mulheres lutaram em busca de conquistas por mais espaços sociais. Diante da luta pela igualdade de gênero, as políticas públicas – com foco aqui nas políticas de saúde – conseguiram o reconhecimento do Estado perante a saúde da mulher; a princípio se deu a atenção ao controle de natalidade.

Os programas de “controle da natalidade” ganharam destaque no final da década de 70, negando atenção às reais necessidades ou preferenciais das mulheres, que ficavam relegadas em segundo plano. (FREITAS; VASCONCELOS; MOURA; PINHEIRO; 2009 p.425)

A primeira conquista da saúde da mulher se deu na década de 1970 com a criação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI). A princípio, o objetivo do PSMI eram controlar o alto nível de morbidade e mortalidade materna e infantil. Com o reconhecimento de que somente esse cuidado não era suficiente para manter a qualidade da força de trabalho das mulheres, bem como, atingir o objetivo proposto pelo Programa, criou-se em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

“O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE; p.17).

O PAISM foi criado sob influência da Reforma Sanitária ocorrida na década de 1980, caracterizando-se então pelas propostas dos serviços: descentralização,

regionalização e hierarquização. Houve reações contrárias e favoráveis ao PAISM, eram realizadas por diferentes grupos sociais, por exemplo, “alguns grupos de mulheres, algumas facções dentro de partidos políticos, membros do setor acadêmico em geral e da categoria médicas, especialmente profissionais ligados à Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM)” (OSIS; 1998; p.28).

As discussões quanto a não implementação do Programa estava relacionada ao conceito “integral” proposto nas diretrizes do PAISM, pois o conteúdo escrito se baseava ainda no controle sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, tal fato, contribuiu para o questionamento sobre a exclusão dos homens, visto que, estes também têm participação na vida reprodutiva.

Os favoráveis ao PAISM eram os grupos sociais de mulheres que defendiam a implantação imediata do programa, pois viam uma possibilidade para ampliação a atenção à saúde da mulher, em contrapartida aos sujeitos que estavam indo contra o programa, as mulheres analisaram a proposta do PAISM para além do cuidado da saúde materno-infantil.

Diante da proposta do Programa, as mulheres defenderam junto aos grupos de saúde à perspectiva de integralidade no cuidado a saúde da mulher. OSIS (1998) diz

Nessa interlocução, as mulheres argumentaram que o conceito de *integral* deveria enfatizar não só a integração do colo, do útero e das mamas, mas também de outros aspectos não físicos da vida das mulheres. O que elas defendiam era que o *integral* se referisse também ao contexto social, psicológico e emocional das mulheres a serem atendidas. (p.29)

A integralidade está disposta nas diretrizes das políticas públicas e universais de saúde, visto que, “a integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidade, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios.” (MACHADO; 2007; p. 336).

Com essa primeira conquista das mulheres na área da saúde pública, o Estado passou a ser responsável pelo fornecimento de materiais de cuidado a prevenção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres. O SUS tornou referência para os debates acerca da execução e acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo Estado.

Dessa forma, foi implementado nas unidades de saúde pública, a partir de 1980 com a redemocratização das políticas de saúde, o acesso por toda a população aos serviços de promoção e prevenção da saúde sexual e reprodutiva. A

partir desse momento, “o Estado passa a ser o responsável e o executor, através do SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde (alterado posteriormente para SUS – Sistema Único de Saúde), de fornecer e orientar o uso de métodos contraceptivos, regulamentados em normas técnicas federais naquela época, a pílula anticoncepcional oral, a mini-pílula, o injetável hormonal, o DIU, o diafragma e o preservativo masculino.” (FIGUEIREDO, 2004, p. 2)

A década de 1980 foi marcada por diversos acontecimentos na área da saúde sexual e reprodutiva. O primeiro foi à elaboração do PAISM, depois a responsabilização do Estado na área da saúde consolidado na Constituição Federal de 1988 e a criação de serviços de proteção e promoção à saúde da mulher. Nesse período, as problemáticas das DSTs/AIDS estavam em voga, sendo preciso criar programas de atenção a essa demanda da população nos serviços de saúde.

A origem diferenciada das políticas de prevenção e tratamento do HIV/aids terminou por trazer novos conceitos às exigências da saúde feminina, acompanhados de uma visão mais relacional com o uso da categoria de gênero e a inclusão da problemática jovem no tema, gerando a noção de Saúde Sexual e Reprodutiva. (FIGUEIREDO, 2004, p. 3)

Em 1966, o documento que rege as Normas Técnicas de Planejamento Familiar, dispunha “a forma de elaboração da contracepção de emergência com o uso de pílulas orais comuns combinadas (100 mcg de estinilestradiol + 500 mcg de levonorgestrel), a orientação de utilização (1ª dose até 72 hs e 2ª dose após 12 hs), a situação de uso (em caso de relação sexual não planejada – comum em adolescentes, uso inadequado do método anticoncepcional, falha anticonceptiva presumida e violência sexual: estupro) e a população alvo (explícita mulheres e adolescentes).” (FIGUEIREDO, 2004, p.5)

Na prática, as Normas não foram aplicadas, visto que, os profissionais da saúde desconheciam-na. Os métodos de prevenção e contracepção de emergência foram introduzidos no mercado de modo a facilitar o cuidado à saúde reprodutiva dos homens e das mulheres jovens.

A inserção do método preventivo de emergência e o controle da fertilidade através do uso de anticoncepcionais possibilitou modificar o índice de gestações indesejadas, ou seja, o número de internações e de óbitos.

Cerca de metade das mulheres precisou ser internada para finalizar o aborto: 48% (115) das mulheres foram internadas no último aborto. A proporção cai para 46%

se considerados os 3% (10) de não resposta. Mesmo levando-se em conta os intervalos de confiança de 2 pontos percentuais, ocorreu uma queda nas internações entre 2010 (55%) e 2016 (48%). Dois terços (67%, 18) das mulheres que confirmaram ter abortado em 2015 (27) foram internadas para finalizar o aborto. (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO; 2016, p. 656).

As discussões sobre a saúde sexual e reprodutiva da população brasileira, em particular, das mulheres é colocada sobre a perspectiva dos papéis sociais configurados no binarismo de gênero. As mulheres são as principais usuárias dos serviços de saúde devido a sua caracterização de cuidar do próximo, bem como, cuidar de si mesma.

O papel universal e histórico conferido às mulheres como responsáveis pelos cuidados dos filhos e de outros membros da família provavelmente determinada maior atenção para as questões de saúde e doença e, portanto, percepção mais aguçada para os próprios problemas. (BARATA, 2009, p.82)

Com maior participação das mulheres nos serviços de saúde, as políticas públicas nessa área são construídas a partir das necessidades expostas por essas pessoas. Tais necessidades são identificadas conforme se dá o funcionamento do capitalismo em determinado momento histórico, ou seja, a saúde da mulher até a implantação do PAISM era compreendida apenas na sua relação com a gestação. Posteriormente, com a ascensão das mulheres no mercado de trabalho, as demandas nas redes de saúde se ampliaram, visto que,

O trabalho remunerado pode representar uma sobrecarga para a saúde das mulheres quando a qualidade do emprego é baixa e se associa com o trabalho doméstico para a própria família. (BARATA, 2009, p.85)

Dessa forma, sendo o trabalho a categoria fundante da atual sociedade, a saúde se insere no contexto social de forma a garantir a manutenção do trabalho. Em se tratando dos métodos de prevenção e da retirada do feto, as decisões são tomadas com base nas prioridades que as mulheres estabelecem em suas vidas.

A legalização do aborto é pauta dos movimentos feministas, visto que, o Estado é resistente ao fornecimento desse serviço de saúde, apesar de “o aborto [ser] comum entre as mulheres brasileiras. Das 2.002 mulheres alfabetizadas entre 18 e 39 anos entrevistadas pela PNA 2016, 13% (251) já fez ao menos um aborto.” (DINIZ, MEDEIROS, MADEIRO, 2016, p.655)

Devido a ausência do Estado nesse âmbito, a saúde sexual e reprodutiva das mulheres não se encontram assistidas de forma integral, visto que, os recursos usados para a realização do aborto colocam em risco a vida destas mulheres. Em muitos casos, recorrem a rede de saúde pública para finalizarem o procedimento.

A mensuração é baseada no número oficial de mulheres internadas por complicações do aborto na rede pública, com aplicação de fatores de correção para se estimar o número de abortos induzidos. Essas estimativas utilizam

cenários em que 16%, 20% ou 28% das mulheres que abortaram necessitaram de hospitalização por complicações, multiplicando por 6, 5 ou 3,5 o número de internações por aborto. (DINIZ, MEDEIROS, MADEIRO, 2016, p.656)

O Estado garante assistência, somente nos casos descrito no Código Penal de 1940, pelo artigo 128, Decreto – Lei nº 2.848/40:

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.

Sendo assim, a saúde sexual e reprodutiva das mulheres ainda não está totalmente garantida pelo Estado, pois há demandas – como o aborto – que necessitam de mais apoio dos governantes para que sejam ampliadas as políticas de saúde.

## CAPÍTULO 2 – A epidemia do vírus Zika no Brasil e os direitos das mulheres

A descoberta do vírus Zika (ZIKAV) no Brasil resultou em diversas discussões a respeito das relações sociais que estavam estabelecidas na sociedade. A saúde brasileira ganhou destaque nesse contexto devido à emergência em controlar a doença que afligia diversos grupos sociais, em especial, as regiões que sofrem as consequências da desigualdade.

Diversos profissionais da área de saúde contribuíram para o diagnóstico final da descoberta do Zika. De acordo com Diniz (2016), o governo não dispunha de recursos para as pesquisas e nem contribuía para com os profissionais. As pesquisas laboratoriais foram realizadas com os meios dos médicos e pesquisadores que estavam à beira do leito. A novidade do vírus no Brasil foi à descoberta da relação do Zika com a microcefalia e a síndrome Guillain-Barré.

A partir das evidências registradas por Diniz (2016), em seu livro Zika: Do Sertão Nordestino à Ameaça Global, as atenções se voltaram às mulheres, pois no período de surto, as mulheres que foram infectadas pelo ZIKAV tiveram sequelas em seus bebês. Foi nesse espaço que os direitos reprodutivos das mulheres trouxeram à tona debates conservadores, entre eles, a legalização do aborto.

Sendo a mulher dona de seu próprio corpo, diante de um surto epidêmico, no qual, era desconhecida a casa da doença; movimentos feministas intensificaram as discussões sobre as expectativas e perspectivas na gestação de um feto. Entendendo as consequências desse debate em uma sociedade sexista, classista e conservadora, neste capítulo, será apresentada a trajetória da descoberta do vírus Zika e as implicações na saúde sexual e reprodutiva das mulheres, na qual, modificaram o cenário da saúde pública.

## 2.1 Zika vírus: que doença é essa?

A história do Zika vírus se iniciou no ano de 2014 quando a saúde pública brasileira não obtinha respostas para a melhoria da saúde dos indivíduos que buscavam amparo nas redes de saúde com sintomas desconhecidos. O estudo se adentrou na discussão da possível origem desta “nova” doença que preocupava diversos segmentos da sociedade.

Segundo Diniz (2016), houve três hipóteses sobre a origem do mosquito no Brasil: a Copa das Confederações Fifa (2013), o Campeonato Mundial de Va'a (2014) e a Copa do Mundo Fifa (2014). As notificações da doença surgiram no final de 2014 com sintomas semelhantes a dengue e chikungunya. Os primeiros registros foram realizados no nordeste do país, sendo esta região marcada por intensa desigualdade social, econômica e política.

Os profissionais que trabalhavam diretamente à beira do leito, perceberam a gravidade do Zika quando notaram o crescimento do número de casos. A partir daí, iniciou os estudos para constatar a possível origem da doença. Os primeiros passos aconteceram em análise dos eventos citados e o tipo de população que havia entrado no país, ou seja, buscou-se encontrar a origem do vetor para que o governo tomasse medidas de controle e prevenção.

O vírus parece ter se originado no oeste da África e depois se disseminado para o restante do continente e para a Ásia, resultando diferentes linhagens (em junho de 2016, são três as linhas descritas: nigeriana, MR766 e genótipo asiático). A linhagem brasileira tem 99% do genótipo asiático, também descrito como linhagem asiática. (DINIZ, 2016, p.33)

Foi um período de muita exigência e responsabilidade dos profissionais de saúde que estavam em trabalho na região nordeste, pois no campo da medicina, há disputas – marcadas pelo ego dos profissionais – que buscam manter a hierarquia de poder entre as regiões do país. Por exemplo, a divulgação pela imprensa sobre a descoberta do vírus Zika, foi primeiro realizada pelos profissionais do nordeste, mas o respeito quanto à informação somente foi dado após a divulgação do Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia somente se pronunciou em Nota Técnica, em 17 de junho de 2015 [...] O tempo da burocracia não seguia a exaltação dos pesquisadores – eles queriam contar como fizeram e, quem sabe, serem creditados como cientistas respeitados, assim como seus colegas do sul do país. (DINIZ, 2016, p. 59)

Até a descoberta e divulgação, os relatos e a agonia dos pacientes quanto aos sintomas, preocupava os profissionais que não tinham respostas quanto à

doença. O vírus chikungunya já havia se manifestado no Brasil no ano de 2014 com sintomas no corpo semelhante ao que foi aferido com o Zika, assim a busca foi realizada com foco no mesmo vetor de transmissão: *Aedes aegypti*.

No final de 2014, profissionais de vários estados da Região Nordeste perceberam o aparecimento de casos de uma doença aparentemente leve, que causava muita coceira, manchas no corpo, podia dar febre e desaparecia sem tratamento em quatro ou cinco dias. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Com a realização de diversos testes em laboratórios, o *Aedes aegypti* foi identificado e, assim, analisado as suas características que possibilitaram a rápida propagação do vírus. Diniz (2016) retrata tais características da seguinte forma “a) seu alimento é o sangue humano; b) vários humanos podem ser picados em uma única refeição de sangue, pois é discreto e voa rapidamente de uma vítima para outra; c) a sensação de sua picada é quase imperceptível; d) seu hábitat são as residências humanas; e) pica apenas durante o dia.” (p.45)

Nas décadas de 1950 e 1960, o Brasil havia enfrentado o mosquito através de medidas de prevenção. As principais recomendações era a eliminação do vetor e assegurar que as redondezas – países vizinhos – estivessem “livres” do mosquito. Posteriormente, houve nova chegada do mosquito, mais uma vez, o país conseguiu eliminar; mas desde 1976, o Brasil está importunado pelo vetor.

O mosquito reside no país há cerca de 40 anos. Sua presença já não afligia os sujeitos, pois era inofensivo até aparecer o novo vírus: Zika (ZIKAV). O descobrimento deste vírus no país propôs um novo desafio para a saúde pública brasileira que não imaginava as consequências que poderia repercutir

. Segundo Diniz (2016), o vírus Zika havia sido pesquisado pela primeira vez em 1947 para um estudo sobre a febre amarela. Em 1952, foi testado em humanos na região de Uganda, após ter sido identificado na floresta da região. Em 2007, na ilha de Yap, houve o primeiro surto realizado pelo Zika, causando alto índice de indivíduos infectados. A preocupação se alastrou até países próximos, mas não havia sensibilizado os países em âmbito global; somente em 2013, com o segundo surto, dessa vez na Polinésia Francesa, que os estudos acerca do vetor se intensificaram, sendo a principal causa o desenvolvimento da síndrome de Guillain-Barré (SGB).

No Brasil, o surto provocou intensa mobilização, visto que, a propagação e o número de casos estavam agravando as condições de assistência da saúde pública. A razão para que a doença se alastrasse foi definida pelas condições geográficas e

climáticas que o país tem. Sobre isso Diniz (2016) diz que a epidemia se fortificou devido ao saneamento precário, infestação de mosquitos e a fragilidade com que a política de saúde havia se consolidado para o enfrentamento de doenças.

Com a intensidade que a doença desconhecida havia se findado, foi preciso atenção do Estado, em nível emergencial. As internações aumentavam nos hospitais e os sintomas eram causas neurológicas. As perguntas originadas pelos médicos eram sobre o que poderia ser a causa de tantos casos iguais em curto período, os profissionais de saúde não suspeitavam que pudesse estar relacionado ao ZIKAV.

Segundo a pesquisa de Diniz (2016), o governo esteve praticamente isento no início do surto, pois não havia motivos concretos do perigo que poderia ser a nova doença. A preocupação se evidenciou quando a gravidade dos casos se estendeu a toda população – independente de classe, gênero e raça. A descoberta do vírus Zika foi realizada através da coleta de sangue dos usuários que buscavam amparo na rede de saúde pública. A maior parte das coletas foi realizada pelos profissionais que estavam aflitos e queriam respostas urgentes para o problema.

Com muito afinco, o vírus foi esclarecido junto ao Ministério da Saúde, no início de 2015. Após a descoberta, novas inquietações surgiram e, dessa vez, com mulheres grávidas. Crianças estavam sendo diagnosticadas com microcefalia, mas não se sabia ainda qual a causa. A atenção à saúde reprodutiva foi redobrada, tanto para os homens quanto para as mulheres, cabendo ao governo propor formas de cuidado e reprodução.

Até que se esclareçam as causas do aumento da incidência dos casos de microcefalia na região Nordeste, as mulheres que planejam engravidar devem conversar com a equipe de saúde de sua confiança. Nessa consulta, devem avaliar as informações e riscos de sua gravidez para tomar a sua decisão. (Boletim Epidemiológico. Ministério da Saúde. Vol. 46. 2015)

No primeiro trimestre de 2015 o ZIKAV foi oficialmente diagnosticado e divulgado a toda população, mas não havia sido ainda relacionado à malformação neurológica que os bebês estavam sendo diagnosticados. Quando as mulheres nordestinas apontavam estranheza em sua gestação, os profissionais de saúde se questionavam, mas havia a crença de que teria causa hereditária.

Nas primeiras discussões entre os médicos, Diniz (2016) relata que a conclusão entre eles resultava em dengue leve, virose e, até mesmo, alergia. As recomendações às mulheres era que não havia com que se preocupar. Somente após a confirmação do vírus Zika no país é que os profissionais focaram as

pesquisas laboratoriais na relação entre o ZIKAV e a microcefalia, pois as coincidências temporais e espaciais entre as duas doenças eram similares.

Por microcefalia, segundo o Ministério da Saúde, entende-se que seja “uma malformação congênita, em que cérebro não se desenvolve de maneira adequada”<sup>6</sup>. Os primeiros estudos sobre os bebês que nasciam – e, na maioria das vezes, morriam – resultou em características intrigantes, como: rostos desproporcionais, excesso de pele no couro cabeludo, irritabilidade dos recém-nascidos, malformação física e outros.

Os sinais de irritabilidade foram sendo entendidos também como tremores e convulsões; alguns começaram a apresentar dificuldades para se alimentar, disfunção conhecida como disfagia. Muitos tinham os pés e as mãos contorcidos, uma alteração congênita chamada de artrogripose, que passou a ser um sinal adicional dos efeitos do vírus zika no feto. (DINIZ, 2016, p. 101-102)

Segundo Diniz (2016) a microcefalia passou a ser conhecido por “síndrome paralisante”, pois os casos resultavam de diferentes idades e pessoas. Os sintomas eram comuns a pessoas que haviam sido infectadas pelo ZIKAV, sendo os sintomas de dores, coceiras e dormências em partes do corpo. A síndrome já era conhecida pelos livros de medicina tropical desde 1916.

Os casos registrados na Polinésia Francesa, quando houve o surto, possibilitou retomar o assunto nas pesquisas brasileiras com o intuito de desvendar as causalidades que o Zika poderia acometer no corpo humano, em específico, as gestantes. Os registros, até o surto no Brasil, eram de casos da síndrome de Guillain-Barré que estava relacionado à infecção do Zika.

A síndrome paralisante é uma das causas mais frequentes de emergência em neurologia, mas sua gravidade é pouco conhecida – cerca de 20% das pessoas afetadas pela doença se mantêm com sintomas por toda a vida, e 5% chegam a morrer. (DINIZ, 2016, p.84)

A partir das evidências que estavam surgindo com as pesquisas documentais e laboratoriais, os profissionais de saúde que permaneciam acompanhando pacientes infectados, não conseguiam pensar algo diferente de que o Zika era o causador dos casos de microcefalia. Propor a correlação da SGB, registrada em 2013, com a microcefalia, no Brasil, era arriscado, mas coerente.

Para que se pudesse tirar a dúvida sobre a possibilidade de o ZIKAV estar relacionado aos casos de microcefalia, foi realizado exames com líquido amniótico de gestantes que haviam relatado ter Zika em algum momento da gestação. Diniz

---

<sup>6</sup> Conceito dado pelo Ministério da Saúde exposto no portal eletrônico: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/links-de-interesse/1225-zika/21849-o-que-e-a-microcefalia>. Acessado em 26/11/2017.

(2016) conta que foram duas mulheres nordestinas as primeiras a contribuírem com a pesquisa. A angústia e preocupação eram comuns tanto ao Estado como para as mulheres que aguardavam a chegada do seu bebê.

Conceição e Géssica foram as primeiras mulheres a doar o líquido amniótico para a pesquisa que descobriria que o vírus Zika atravessa a barreira placentária. Géssica fez ainda mais: com o luto ardido de quem segurou o bebê só uns instantes, ofereceu o filho em missão à ciência. (DINIZ, 2016, p.80)

Diante de tantas suspeitas nos laboratórios, junto aos profissionais que estavam na beira de leito, afirmaram que no líquido amniótico havia o vírus. A partir desse momento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) começou a divulgar informações a respeito desse descobrimento. O Ministério da Saúde só confirmou os dados quando o Instituto Evandro Chagas, em Belém, afirmou a relação do ZIKAV com a microcefalia, a partir de um caso. Nesse momento, a OMS estabelece a situação do vírus Zika como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).

O Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu a relação entre o crescimento na ocorrência de microcefalia e a infecção pelo vírus Zika por meio de detecção do genoma do vírus Zika em amostras de sangue e tecido de um bebê do Pará. (DINIZ, 2016, p. 123)

A microcefalia é apenas um dos sintomas que o vírus pode causar nos indivíduos, sendo então, possível apresentar outras anormalidades. Sendo esse conjunto de sintomas causados pelo ZIKAV denominado de “síndrome congênita do Zika” (DINIZ, 2016).

... diante do surto de casos de microcefalia associado à infecção do Zika em mulheres grávidas, ocasionando o que diversos especialistas denominam de síndrome congênita secundária do Zika vírus, que pode incluir, além da microcefalia, uma série de outras malformações e neuropatias afetando a visão, a audição e os movimentos dos membros inferiores e superiores do concepto. (PINTANGUY, 2016, p.1)

Devido aos marcadores sociais a que se estabelecem a região nordeste do Brasil, o vírus Zika proporcionou grande atenção – em proporção nacional e internacional – na área das políticas de saúde, visto que, além das desigualdades naturalizadas pelos sujeitos sociais e pela focalização das políticas públicas, as mulheres tornaram protagonista nas discussões sobre saúde sexual e reprodutiva.

Em conformidade a descoberta do Zika junto aos importantes eventos mundiais, conforme Diniz (2016) o controle sobre o mosquito estava centralizado nos centros urbanos para que os estrangeiros e as classes média e alta não fossem infectados. A população que habitava o lugar de maior infestação do mosquito não receberam a mesma atenção e medidas contraceptivas para se protegerem da doença e suas consequências.

Sendo o período conturbado as questões políticas e aos eventos mundiais, a atenção ao controle e combate ao vírus se deu por um curto espaço de tempo, ou seja, o Estado estendeu sua proteção em setores focalizados, de interesses políticos e econômicos da época. Sabendo que, o país é marcado por intensa desigualdade e apresenta uma das piores distribuições de renda, dados fornecidos pelo índice de Gini,

Manoel Pires destacou que uma das medidas mais conhecidas de desigualdade, o índice de Gini, caiu de 0,545 em 2004 para 0,490 em 2014 no País. O índice varia de zero a 1; quanto mais perto do zero, menos concentrada é a distribuição da renda. (MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2016)

A região nordestina, logo após a realização dos eventos, foi esquecida bem como as mulheres jovens e nordestinas que apresentavam demandas urgentes à rede de saúde pública. Dessa forma, pensa-se a razão do desleixo do Estado perante essa população e o ZIKAV, visto que, a ocorrência dos casos era independente de classe, etnia e gênero.

O sistema de saúde em que, teoricamente, o país se baseia apresenta princípios de integralidade e universalidade, todavia a terceirização dos setores de saúde intensifica as desigualdades oferecidas pela rede pública e não exercita as questões fundantes da política de saúde. Assim, a população brasileira de classes mais privilegiadas pode buscar a rede privada de saúde para se prevenir, se proteger e solucionar o seu problema enquanto a maioria da população sofre as consequências da ausência de interesses e recursos na saúde pública.

O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição do SUS inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou. (TEIXEIRA. [orgs.], 2006, p.107)

Como afirma Diniz (2016) “se há mesmo ameaça global na epidemia do vírus Zika, como insistem os analistas internacionais, ela não é igualmente distribuída entre populações sem nacionalidade, sexo ou idade.” (p. 151), ou seja, a doença está fortemente marcada pela questão social, na qual, se concentra aqui na região nordeste do Brasil.

O desafio que a saúde pública brasileira enfrenta, a partir, da epidemia do Zika está no interesse a que se tem recebido a doença. Como direito universal dos brasileiros, o Estado deve se responsabilizar para que os provimentos de “cura” ou de assistência não se restrinjam as condições de classe, gênero, raça e regionalização, bem como, terceirização do serviço de saúde. Assim, as discussões acerca da epidemia em âmbito governamental e civil não devem se restringir as

questões médicas e laboratoriais, mas expandir às questões sociais incididas na sociedade.

## 2.2 A síndrome congênita do Zika e os direitos reprodutivos das mulheres

As relações sociais e as políticas públicas e sociais são determinadas pela construção histórica e cultural sobre a concepção do corpo. Em conformidade a Barata (2009), para questões médicas, o corpo é centralizado na matéria, no sexo e suas diferenciações. No meio social, o sexo é diferenciado pelo gênero, ou seja, os corpos – quando não estão sob o olhar clínico – são diferenciados pelo espaço que ocupam a partir das definições de gênero.

As políticas são criadas com base na diferenciação biológica do corpo e das noções de gênero que são construídas pela sociedade. São as demandas comuns dos indivíduos que viram pauta nos debates políticos, construindo a proposta de direito universal e integral. Como marcador social, o corpo é determinante na estrutura social e é construído conforme as relações sociais se mantêm com o sistema econômico e político.

Quando o país passa por transformações ou desestabilizações (políticas, econômicas, sociais, culturais e outras) é comum os agentes sociais tomarem frente na proposta de mudanças. Com foco nas questões da saúde pública brasileira, os direitos que estão dispostos na CF/88 e definidos no SUS, são resultado das mudanças necessárias de uma determinada época. Como foram apresentadas no capítulo anterior, as diretrizes da atual política de saúde se constituíram através da percepção de necessidades comuns aos sujeitos sociais.

O Zika trouxe para os debates públicos a necessidade de ampliar e fortalecer o SUS, além de, acentuar as questões relacionadas à saúde da mulher. Devido às questões regionais a qual a doença se alastrou, a resposta de entidades superiores à questão da saúde se construiu sobre a urgência de controlar o vetor.

A partir da confirmação de que o vírus Zika era o causador dos casos de microcefalia no país, em 2016, a Organização das Nações Unidas/Mulheres (ONU/Mulheres) brasileira, a Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), o Ministério de Saúde (MS) e a Secretaria Especial de Política para as Mulheres do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, promoveram em campanhas o fortalecimento da discussão sobre os direitos das

mulheres e sua saúde sexual e reprodutiva. A campanha conhecida é denominada “Mais Direitos, Menos Zika”.

A primeira fase da mobilização de comunicação da ONU Mulheres começou em março de 2016, por meio do engajamento voluntário da embaixadora da ONU Mulheres Brasil, Camila Pitanga, na campanha nacional de comunicação do Ministério da Saúde de combate ao *Aedes Aegypti* e da série dos programetes de rádio Viva Maria com Saúde, apresentado pela jornalista Mara Régia. Especialistas em gênero, ativistas feministas e profissionais de saúde têm discutido saúde e direitos das mulheres. Os programetes de rádio são ofertados para cerca de 2.000 emissoras de rádio pela Empresa Brasil de Comunicação. (ONU/Mulheres Brasil)

Foram elaboradas campanhas televisivas, folhetos, cartazes, programas de rádio, salas para debates sobre a saúde sexual e reprodutiva da mulher no contexto de epidemia do vírus Zika. Dessa forma, os debates acerca dos direitos do corpo feminino se fortaleceram, pois diversos segmentos da sociedade reconheceram a importância do cuidado à mulher.

O corpo feminino foi o principal veículo para a descoberta das consequências que o Zika causa (sintomas como microcefalia, por exemplo). As gestantes contribuíram para a pesquisa médica, mas não tiveram retorno nesse processo, ou seja, não tiveram amparo psicológico ou compreensão dos médicos e pesquisadores sobre suas dores e aflições. Interessava aos laboratórios somente descobrir a origem da microcefalia.

Quando grávidas, elas não foram informadas de que uma epidemia estava em curso, e muitas descrevem os sintomas do vírus Zika na gravidez como “na minha cidade, tudo era virose”. [...]. Essas mulheres são a primeira geração de grávidas infectadas pelo vírus Zika no Brasil: algumas delas souberam que seus futuros filhos foram afetados pelo vírus por imagem no pré-natal, ao mesmo tempo em que a pesquisa biomédica lançava hipóteses de vinculação ou causalidade; elas viveram momentos de desamparo pela assistência em saúde e pela ciência. (DINIZ, 2016. P.1)

Após a confirmação de que o Zika era o causador dos casos de microcefalia, estas mulheres que contribuíram para a pesquisa e, ainda, tiveram bebês com diagnóstico de microcefalia ou outros sintomas da síndrome congênita do Zika, nesse primeiro momento, não tiveram apoio da rede de saúde pública, bem como, assistência social.

Nessa carência de amparo pela situação vivida por estas mulheres gestantes, elas se uniram através da dor comum sentida, se reconhecendo “como uma comunidade de vítimas da epidemia” (DINIZ, 2016, p.2). As mesmas procuraram encontrar respostas entre elas sobre as sequelas do vírus em seus filhos, assim como, dar apoio umas as outras diante das dificuldades que estavam vivenciando.

Quanto ao governo, essas mães não tiveram auxílio de renda, de custeio com medicações e transporte, por exemplo.

A epidemia foi uma tragédia para vidas ininteligíveis ao reconhecimento dos direitos – os números da vigilância epidemiológica consideram seus filhos como casos para notificação ou confirmação, mas silenciam-se sobre elas. (DINIZ, 2016, p.2)

Devido às condições sociais e econômicas que as mulheres infectadas pelo vírus – a maioria jovem e nordestina – vivem, acarretou no aprofundamento do debate acerca da retirada do feto após o diagnóstico confirmado de microcefalia no feto, se ampliaram nos espaços públicos, afinal, quais direitos estavam sendo assegurados ou quais direitos estavam sendo violados?

A segunda geração de gestantes infectadas pelo ZIKAV retrata as mulheres que lidaram com o diagnóstico da doença e se questionavam quanto às condições de se ter a criança, quais eram seus limites e possibilidades, quais eram os recursos fornecidos pelo Estado.

A segunda geração vive experiência mais torturante: algumas mulheres preferem não comparecer ao pré-natal se apresentarem sinais de infecção pelo Zika, havendo casos de recusa do exame ultrassonográfico, tendência já identificada com outros grupos de mulheres. (DINIZ, 2016, p.3)

A situação de incerteza dessas mulheres trouxe a inclusão dos seus direitos sexuais e reprodutivos junto ao direito à saúde, bem como, a valorização do corpo feminino, da mulher, como pessoas de direitos humanos. Segundo Pitanguy (2016), o movimento feminista brasileiro e internacional tem se empenhado em evidenciar os laços intrínsecos entre autonomia reprodutiva e Estado.

As mulheres – aqui referidas – são sujeitos sociais que vivem em precárias condições de vida, nas quais, se intensificam com a dependência de crianças com necessidades especiais (causadas pelo Zika vírus). Dessa forma, a dúvida sobre continuar a gestação após a confirmação do diagnóstico do feto com microcefalia ou interromper a gravidez é permeada por valores morais e civis, visto que, a concepção de maternidade é sólida na sociedade.

A opção de abortamento legal ainda é pauta de discussões nos órgãos governamentais, bem como, nos movimentos sociais que apoiam a luta feminina. O Estado é relutante para conceder esse direito às mulheres, pois a política está fundada na politização religiosa, na qual, transcende a criminalização do ato.

A interrupção voluntária da gravidez sofre ameaças constantes de retrocesso, no sentido de serem analisadas as três únicas circunstâncias em que a interrupção não é penalizada: em caso de risco de vida da gestante, se a gravidez é resultante de estupro, ou se existe anomalia fetal irreversível e incompatível com a vida. (PITANGUY, 2016, p.2)

O desafio à saúde pública dada no período da epidemia do Zika está no enfrentamento aos valores morais, religiosos e sociais em que a sociedade brasileira é construída. O aborto é criminalizado desde 1940 segundo o Código Penal. As mulheres que interrompem a gravidez são culpabilizadas pelas suas escolhas, visto que, o feto e/ou a graça da maternidade devem ser considerado como prioridade.

O Código Penal (1940) dispõe as seguintes penalidades a quem pratica o aborto:

Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento:

Art. 124. Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lhe provoque:

Penal – detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos;

Aborto provocado por terceiro

Art. 125. Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:

Penal – reclusão, de 3 (três) a 10 (dez) anos;

Art. 126. Provocar aborto com o consentimento da gestante:

Penal – reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos;

Parágrafo único. Aplica-se a penal do artigo anterior, se a gestante não é maior de 14 (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 à morte.

Através dos artigos dispostos no Código Penal, pode-se pensar no quão importante é então a maternidade. Mas a prioridade de gerar outro indivíduo é algo que caberia somente a escolha da mulher, levando em consideração seu estado econômico, social e, principalmente, o psicológico. Em se tratando dos casos de microcefalia, Pitanguy (2016) discorre:

A relação entre gravidez e Zika vírus demanda uma revisão na legislação brasileira no que se refere aos direitos reprodutivos, de forma que todas as mulheres, e particularmente aquelas que hoje enfrentam o temor de estarem gestando um feto com microcefalia, possam em nome de seu direito à saúde, à autonomia reprodutiva e à sua integridade física e emocional, optar por levar adiante ou interromper a gestação. (p.2)

Nesse cenário, os movimentos que buscam encorajar as mulheres, tal como, ampliar os seus espaços no meio social, fortalece a percepção de responsabilidades do Estado para com a sociedade. O interesse da moral religiosa e do patriarcado nesse âmbito reflete em diversos segmentos sociais, visto que, manter a dominação sobre o corpo da mulher, particularmente, sobre os aspectos da reprodução é legitimar o poder construído historicamente. Sobre o discurso do movimento feminista no contexto da gestação,

Engravidar ou evitar a gravidez, ou mesmo interromper uma gestação – não como método de regulação da fecundidade, mas como último recurso frente à impossibilidade de assumir a enorme responsabilidade de ter um filho naquele

momento –, deveria integrar a agenda de direitos individuais e da saúde pública de todas as nações. (PITANGUY, 2016, p.2)

Quando as mulheres ficam gestantes, os direitos humanos são ampliados ao feto, ou seja, em se tratando da possibilidade de escolher o aborto, os direitos do feto são assegurados junto ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). As análises dos direitos deveriam ser pensadas de acordo com o contexto (de desejo, estabilidade financeira e psicológica) em que está inserida a mãe e o feto.

No contexto do vírus Zika pelo país e pelo número de casos em que as mulheres jovens foram infectadas, Pitanguy (2016) afirma ser importante o debate sobre o aborto e a responsabilidade do Estado, pois

- O abortamento deve ser resultado de uma opção, nunca de uma imposição;
- No marco de um país secular, democrático e pluralista, a regulamentação do abortamento deve ser pautada por parâmetros de direitos individuais e da saúde pública, e não por critérios e valores de um ou outro dogma religioso;
- A criminalização do aborto constitui uma violação do direito à autonomia e à saúde reprodutiva de todas as mulheres;
- A morbidade e a mortalidade decorrentes do aborto inseguro afetam, sobretudo, as mulheres mais pobres, em que é mais expressivo o contingente de mulheres negras;
- O aborto constitui a quarta causa da mortalidade materna no Brasil. A legislação em vigor compromete a saúde e a vida das mulheres e não salva a vida de embriões;
- O Brasil subscreveu Declarações e Plataformas de Ação de Conferências das Nações Unidas comprometendo-se a considerar a revisão de leis punitivas sobre o aborto.

Os cuidados a saúde sexual e reprodutiva no Brasil é limitada aos métodos contraceptivos não assegurando assistência as mulheres que necessitam de amparo mais amplo. Pensar o aborto no caso de fetos com microcefalia é contextualizar o ato na conjuntura social a que as famílias vivem, pois a doença torna o indivíduo totalmente dependente de outro, sendo necessário ir aos postos de saúde ou hospitais para fazer os estímulos.

As mães – sendo a maioria responsável pelo cuidado do/a filho/a – devem ter cuidado integral, ou seja, abdicam de seu trabalho, da sua vida social e, muitas vezes, são solteiras ou separadas, tendo que contar com o auxílio de vizinhos ou familiares. Para que se tenha acesso aos benefícios oferecidos pelo governo é preciso enfrentar a burocracia legal dos serviços públicos. Assim,

É notório que uma criança que vem a nascer, caso nasça, com microcefalia também merece uma proteção jurídica, por ser necessário haver um respeito a vida e por ser considerado como uma pessoa humana, existem leis que lhes asseguram amparo. (ALMEIDA; MARTINS; 2016, p.6)

Posto isso, é inegável que a saúde sexual e reprodutiva das mulheres está atrelada a fatores externos que delimitam toda a estrutura de vida a qual estão inseridas. Sendo assim, a responsabilidade do Estado em oferecer serviços públicos

de saúde para a promoção e prevenção em prol do cuidado da saúde da mulher não se abasta a pílulas e folhetos.

Portanto, discursar sobre o aborto é contextualizar a aplicação dos direitos das mulheres sobre a saúde sexual e reprodutiva, visto que, enquanto o Estado se manter resistente à legalização do aborto, inúmeras mulheres continuarão sem assistência médica legal, ou seja, usarão os métodos clandestinos, nos quais, não garantem proteção ao corpo da mulher.

### CAPÍTULO 3 – Zika vírus e a saúde sexual e reprodutiva da mulher na perspectiva do Serviço Social

A população brasileira é constituída por marcadores de desigualdades sociais, regionais, políticas e econômicas, nas quais, são naturalizadas em prol da reprodução e manutenção do sistema vigente. A educação, alimentação, saúde, moradia, transporte, cultura, são exemplos das marcas mais evidentes no país. Sobre a questão social lamamoto (2001) esclarece,

A premissa é de que a análise da questão social é indissociável das configurações assumidas pelo trabalho e encontra-se necessariamente situada em uma arena de disputas entre projetos societários, informados por distintos interesses de classe, acerca de concepções e propostas para a condução das políticas econômicas e sociais. (p.10)

O Serviço Social é uma das profissões que atua nas demandas referentes à questão social de forma a contribuir na garantia dos direitos humanos, sociais e civis da população. A atuação se dá em múltiplos setores, visto que, a questão social se intersecciona com todos os diferentes grupos e meios sociais. Neste capítulo, a atuação dos profissionais de Serviço Social será abordada com foco na área da saúde.

As problemáticas advindas com o Zika vírus e a síndrome congênita do Zika serão referências de execução do Serviço Social. Sendo o nordeste brasileiro, o epicentro da epidemia, o estudo se aprofundará na focalização e segmentação das políticas públicas de saúde constituídas na região, pois esta apresenta precárias condições de serviços públicos, nos quais, os assistentes sociais trabalham.

### 3.1 O Serviço Social no contexto do vírus Zika

O Serviço Social é uma profissão circunscrita à base dos princípios da Igreja Católica e, posteriormente, se fundou nas necessidades que o sistema capitalista apresentou ao intensificar a questão social a partir das crises cíclicas do sistema. Castro (1989) relata a inserção da profissão na América Latina como sendo construída a margem do Serviço Social europeu que se dá pela “formação dos Estados burgueses, as modalidades que a exploração da força de trabalho adquire, as formas particulares de resistência e organização da classe operária.” (p. 28)

A construção histórica da profissão é analisada por Castro (1989) a partir da origem da profissão até o período de reconceitualização. O Serviço Social tem sua origem na Igreja Católica, sendo composta por mulheres de classe médio-alta que buscavam formas de praticar o bem. As ações eram realizadas de forma assistencial e caridosa para as necessidades apresentadas pelas classes baixas, assim o cuidado das mulheres cristãs estava voltado para sua melhora íntima.

Com as transformações acontecendo na sociedade, no século XIX, devido ao desenvolvimento econômico que estava acontecendo mundialmente, as relações sociais se redefiniram devido ao rápido deslocamento da população rural para as cidades, na qual, prosperava a oportunidade de ascensão social. Ao mesmo tempo em que as fábricas precisavam de mão-de-obra as mesmas não conseguiam absorver todos os sujeitos que buscavam oportunidade no mercado de trabalho. Dessa forma, os centros urbanos se compuseram por novas relações sociais que eram constituídas pelas marcas da desigualdade, entre elas, alimento, moradia, educação.

Diante da transformação social que se incidiu na sociedade, a concepção de classe social se fundamentou na formalização do trabalho e do assalariamento. Segundo Marx; Engels (1965), “a sociedade divide-se cada vez mais em dois vastos campos opostos, em duas grandes classes diametralmente opostas: a burguesa e o proletariado.” (p.8) Sendo os proletários correspondentes aos sujeitos que vendem sua força de trabalho e geram lucro para a classe burguesa (que detêm os meios de produção).

As necessidades que a classe trabalhadora apresentava eram de caráter emergencial, pois precisavam de amparo para se firmar na cidade. Nesse período

de transformações sociais, o pauperismo<sup>7</sup> se alastrou nos meios urbanos devido à marginalização formada pela não absorção dos sujeitos no mercado de trabalho e pelas desigualdades criadas pela diferenciação de salários. Assim, a questão social se intensificou e exigiu novos meios de controle social, visto que, até então

Os conflitos trabalhistas e a aplicação da legislação pertinente, bem como as expressões do protesto operário, eram tratados pelos advogados. E o problema da saúde era especialmente agudo no momento em que a acumulação capitalista condenava à enfermidade milhares de trabalhadores: a prevenção e a terapia eram precárias, não havia a necessária infraestrutura e se carecia de um amplo corpo de profissionais – e, basicamente, o capital não estava interessado em responder a estas demandas de caráter social. (CASTRO, 1989, p.32)

Foi nesse contexto que o Serviço Social se inseriu como profissão, pois o Estado precisava que instaurasse mecanismos de intervenção que articulassem com a manutenção do sistema e com as necessidades da população de forma a manter a ordem social. Por conseguinte, os profissionais foram estabelecendo novas perspectivas sobre a sociedade capitalista, tendo contribuição teórica das obras de Karl Marx, principalmente, por dispor um estudo sobre as relações que foram criadas com sistema: as lutas de classes, venda da força de trabalho, poderes do capital, exploração da mão de obra e outros.

A consequência necessária dessas transformações foi a centralização política. Províncias independentes, apenas ligadas por débeis laços federativos, possuindo interesses, leis, governos e tarifas aduaneiras diferentes, foram reunidas em uma só nação, com um só governo, uma só lei, um só interesse nacional de classe, uma só barreira alfandegária. (MARX; ENGELS, 1848, p.8)

Segundo Castro (1989) “a profissão, ela mesma, só pode ser entendida no interior do desenvolvimento das relações de produção capitalistas.” (p.39), pois “o processo de imposição da lógica da acumulação capitalista é o eixo em torno do qual se articulam e organizam as funções do Estado e a luta das classes sociais para alcançar sua hegemonia e, naturalmente, entre o conjunto delas e a classe operária, que emerge como o contrário da implantação das relações assalariadas de exploração.” (CASTRO, 1989, p.39-40)

Sendo a questão social produto do sistema capitalista e referência de ação para o Serviço Social, a demanda passou a ser “canalizada para os mecanismos reguladores do mercado e para as organizações privadas, as quais partilham com o Estado a implementação de programas focalizados e descentralizados de “combate à pobreza e à exclusão social”.” (IAMAMOTO, 2001. p.10)

---

<sup>7</sup> Segundo Netto (2001), pauperismo é a palavra que define o resultado das novas transformações sociais que remetem a pobreza escassa da nova classe criada com a Revolução Industrial.

As políticas públicas foram formuladas sob a ideologia da Igreja, visto que, a instituição mantinha sob o controle as classes dominadas. Dessa maneira, as condições atribuídas como direitos, na verdade, eram ponderados entre os que serviam para o controle social e manutenção do sistema capitalista.

Já que o ponto de partida da encíclica é o de que as relações entre o proletariado e os capitalistas erguem-se sobre um contrato de trabalho estabelecido livremente e equitativamente, segue-se logicamente a prescrição para o operário jamais prejudicar o capital, abrir mão da violência e defender-se sem recorrer à força. (IAMAMOTO, 2001. p.52)

Entre as diversas políticas criadas sob a égide capitalista, nesse momento, serão focadas as questões pertinentes à política de saúde brasileira que, até a atualidade, presencia o rompimento dos paradigmas cristãos na legitimação dos direitos sociais. A luta para a obtenção de igualdade e acesso aos serviços de saúde se iniciou no transcorrer da Reforma Sanitária nas décadas de 1970 e 1980.

Segundo Bravo (2006), “a saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia.” (p.95)

Com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a questão voltada para a área da saúde brasileira passou a referir-se a sociedade em âmbito universal, propondo a criação de um sistema de saúde que atendesse a todos os cidadãos. Esse sistema foi denominado Sistema Único de Saúde (SUS). Em seguida, a afirmação de que a saúde havia se estendido a toda a população do Brasil foi consolidada através da responsabilização do Estado – garantido em lei para os cidadãos através da Constituição Federal de 1988.

Destaca-se que, além de prever o acesso universal e igualitário como dever do Estado, os determinantes das condições de saúde incorporados no texto constitucional articulam dois setores: o social e o econômico. (NOGUEIRA; MIOTO; 2006, p.222)

De acordo com Bravo (2006), “a Assembleia Constituinte, com relação à Saúde, transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária.” (p.97) Diante desse contexto, o Serviço Social se insere na rede de saúde, visto que, sua

funcionalidade se configura além da concepção saúde-doença, sendo então, formado pela compreensão dos fatores sociais que compõe os espaços dos indivíduos.

Dentre os diversos atores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética); o meio físico (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), assim como os meios socioeconômico e cultural. (NOGUEIRA; MIOTO; 2006 p.228)

O Serviço Social se legitima enquanto profissão da área de saúde pelos princípios dispostos na Reforma Sanitária, no qual, apresenta como responsabilidade do assistente social a “democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular.” (CEFESS, 2010)

Todavia, o projeto privatista que esteve em disputa no período de implantação do neoliberalismo no Brasil, e perpetua, atribui ao Serviço Social “a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.” (CEFESS, 2010)

Enquanto direito, a pretensão do dever de cumpri-lo é do Estado, sendo reconhecido que a saúde não pode ser um bem ou serviço factível de troca no mercado. (NOGUEIRA; MIOTO; 2006. p.223)

Dessa forma, nota-se a disputa de interesses a que o Serviço Social está fadado. De um lado, busca ampliar o acesso dos serviços de saúde para os sujeitos sociais de forma igualitária e com o intuito de diminuir as injustiças causadas pela segregação do sistema capitalista. Por outro, precisa garantir a manutenção do capitalismo nos meios sociais. Assim sendo, a profissão tem como base a Lei nº 8.080/1990, na qual, dispõe no geral:

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Os aspectos teóricos da política pública de saúde refletem todos os direitos humanos garantidos em lei, a partir das demandas surgidas com as diferentes inserções no meio social dos indivíduos. Tendo como base a epidemia do Zika vírus,

a atenção à saúde brasileira acarretou na visibilidade dos aspectos sociais a quais os indivíduos mais afetados com o vírus se instalam.

O perfil dessas vítimas do ZIKAV é caracterizado por trabalhadores do sertão nordestino que vivem situações de instabilidade e precariedade do saneamento básico, moradia, alimentação, educação, transporte, saúde. Em conformidade a Diniz (2016), a saúde pública não estava preparada para amparar a população no contexto de crise na área da saúde, devido ao modo de execução, até então, vigente: políticas de saúde focalizadas.

Nesse âmbito, o Serviço Social atua de forma a ampliar os cuidados a saúde assegurando os direitos dos indivíduos para além da saúde biológica, pois “a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação.” (BRAVO, 2006, p.100).

A ação dos profissionais de Serviço Social na área de saúde é realizada sob o propósito de garantir os direitos sociais, conforme o Código de Ética do Assistente Social (1993) dispõe,

- IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; (p. 23-24)

Diante do vírus Zika, o Serviço Social se torna coadjuvante do Estado e do governo no controle da proliferação do vírus, bem como, a garantir os direitos sociais e civis dos usuários da rede de saúde pública. No período de maior repercussão do vírus, o Governo Federal criou o Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e à Microcefalia, no qual, dispunha de suporte aos indivíduos diagnosticados com vírus e as mulheres grávidas. Sobre o plano:

O plano é dividido em três eixos: I. Mobilização e Combate ao Mosquito; II. Atendimento às Pessoas; III. Desenvolvimento Tecnológico, Educação e Pesquisa. O Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA) atua nos dois primeiros eixos, desenvolvendo ações articuladas e integradas com o Ministério da Saúde para prevenção e atenção aos casos suspeitos e para a assistência aos nascidos com [Síndrome Congênita do Zika vírus] SCZv. Foram definidos fluxos de atendimento das redes de saúde e de assistência social para cuidar e proteger gestantes e crianças. O MDSA também está articulado com INSS com intuito de orientar as equipes de assistência social e da previdência na criação de fluxos do encaminhamento e orientação das famílias com crianças com microcefalia no processo de requerimento do Benefício de Prestação Continuada – BPC. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2017)

Os direitos dos indivíduos nessa esfera da epidemia estão, também, garantidos pelas normativas:

- 1) Portaria Interministerial nº 405, de 15 de março de 2016, que estabelece na esfera do SUS e do SUAS a estratégia para a atenção à saúde e proteção social das crianças com microcefalia;
- 2) Instrução Operacional MDS/MS nº 2, que implementa a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social das Crianças com Microcefalia, além de orientar a junção da política de assistência social com os serviços de atenção básica à saúde, nos municípios brasileiros.
- 3) Portaria MDSA nº 58, de 06 de junho de 2016, que dispõe das ações de articulação entre a assistência social e previdência para o provimento do acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC), com atenção voltada para as crianças microcefálicas.

Segundo os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010), o exercício profissional precisa estabelecer alguns meios para que os direitos sociais sejam apoiados, em resumo, a seguir:

- Atuação através do Sistema Único de Saúde: promoção, prevenção e proteção;
- Trabalhos educativos com determinado grupo social;
- Ampliando conhecimento sobre os direitos aos serviços de atenção básica através de espaços democráticos de participação coletiva (usuários e profissionais de saúde);
- Criação de programas, projetos e trabalhos junto a outros profissionais da área de saúde para ampliar os princípios do SUS e garantir os direitos à saúde da população;
- Trabalho em rede que possibilita o acesso a diversos setores que afirmam os direitos sociais e a equidade e universalidade na saúde;
- Participar do Conselho de Saúde com o intuito de participar das decisões sobre a política de saúde brasileira.

É dessa maneira que o Serviço Social coopera com os sujeitos sociais na garantia dos seus direitos que são violados constantemente pelos meios de produção e pelo poder que as classes detentoras de capital possuem. Em relação à aplicação do exercício profissional nas redes de saúde no percurso do ZIKAV, o trabalho se estende a questões sociais mais intensas, bem como, a burocratização exacerbada para a obtenção dos direitos dos indivíduos, visto que, a rede é precária e frágil devido às substâncias que o Estado oferece.

### 3.2 A saúde sexual e reprodutiva da mulher sob a atuação do Serviço Social

O corpo humano é determinante na construção social e manutenção de sistemas de ordem econômica e política, visto que, “o corpo criador de relações e de espaço, re-cria relações de poder e, a partir destas, cria relações políticas, criando recortes no espaço que se constituem territórios.” (MONDARDO, 2009, p.3)

A ocupação dos espaços se dá através das diferenciações em que diversos segmentos da sociedade se constituem, sendo que, estes espaços são modificados a partir da cultura e da época a que se analisa. O corpo feminino e o corpo masculino são delimitados, desde os primórdios da sociedade, pelo patriarcalismo, no qual, “oprime cotidianamente a vida das mulheres principalmente quando pensado a partir do binarismo sexo/gênero, que transforma o sexo biológico em produtos da atividade humana e intervenção social.” (GUIMARÃES; et. al. 2016)

As transformações ocorridas a partir do século XIX influenciaram nas relações sociais que, anteriormente, “o homem tinha o dever de trabalhar para dar sustento à sua família, enquanto a mulher tinha diversas funções: de reprodutora, de dona-de-casa, de administradora das tarefas dos escravos, de educadora dos filhos do casal e de prestadora de serviços sexuais ao seu marido.” (BORIS; CESÍDIO; 2007 p. 456). A partir da nova estrutura social, as mulheres ocuparam outros espaços sociais que originou a criação de políticas públicas voltadas para a atenção as suas necessidades para além da reprodução.

As políticas públicas são criadas conforme se dispõe as classes sociais, por exemplo, no caso da saúde pública, “para a epidemiologia social a categoria chave para a compreensão do processo saúde-doença da população é a classe social, porque é capaz de expressar as diferenciações existentes na sociedade a partir da posição do sujeito social na produção da vida material.” (FONSECA, 1997, p.10)

Segundo Mondardo (2009), “da classe da população dominada é que são pensadas as formas de controle, de dominação, de imposição e coerção sobre os corpos.” (p.6), ou seja, no âmbito da saúde pública, mulheres de classes baixas é alvo de controle reprodutivo, bem como, usuárias de serviços precários da rede de saúde. A questão relacionada à saúde sexual e reprodutiva da mulher se estendeu a espaços públicos através de movimentos feministas criados nos séculos XIX e XX.

No contexto de uma sociedade patriarcal e capitalista, Fonseca (1997) expõe duas formas de controle sobre o corpo feminino, em relação à reprodução:

- 1) Aproximadamente 70% das mulheres utilizam alguma forma de controlar a fecundidade, sendo a mais utilizada, as pílulas anticoncepcionais e contraceptivas;
- 2) Apesar dos níveis de efeitos colaterais das pílulas, 90% das mulheres queixam-se dos sintomas, entretanto eram consideradas pouco relevantes no espaço institucional dos serviços de saúde e, muitas vezes, encaminhadas para esterilização.

O que o autor expõe é que “em relação à manutenção e reprodução da força de trabalho os princípios capitalistas visam à redução numérica das classes sociais subalternas para manter o exercício de reserva dentro de limites.” (FONSECA, 1997, p.11) Dessa forma, “o poder é utilizado ideologicamente buscando naturalizar as ordens impostas pelo Estado, e também, buscando dar falsos prazeres aos corpos através de uma vida muito controlada.” (MONDARDO, 2009, p. 7)

Com a inserção das mulheres no mercado de trabalho, a função reprodutora que antes eram impostas a elas passou a ser questionada pelos movimentos feministas que, ainda, buscam maior igualdade de gênero em diversos setores da sociedade.

O movimento feminista encorajou as mulheres a denunciar a sujeição em que eram mantidas e que se manifestava em todas as esferas da vida: familiar, social, jurídica, política, econômica, educacional, etc. (BORIS; CESÍDIO; 2007, p. 459)

Diante disso, as mulheres eram assistidas na rede de saúde “de forma restrita, reducionista e fragmentada” (FREITAS; et. al. 2009; p.425), sendo voltadas as ações ao ciclo gravídico-puerperal. Através das lutas desenvolvidas pelos movimentos feministas, a saúde da mulher ganhou visibilidade no âmbito das políticas públicas, sucedendo, em 2004, a formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM).

Este documento consolida avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Propõem-se também a contemplar áreas como: prevenção e tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. (FREITAS; et. al. 2009; p.427)

Mesmo diante dessa conquista, a política não se aplica de forma universal e integral a todas as mulheres, visto que, os serviços de saúde ainda se efetiva de forma focalizada. A discrepância no atendimento é notória conforme se estabelece a

perspectiva da estrutura social em que está inserida a mulher, por exemplo, Giffin (2002) se auto cita quando afirma a separação entre o uso de métodos artificiais de controle de fecundidade para as mulheres mais pobres, visto que, estas são mais dependentes dos serviços públicos de saúde.

Com a ocorrência da epidemia do Zika vírus, em 2015, os debates acerca da atenção estatal e o cuidado prestado às mulheres na área de saúde sexual e reprodutiva, ampliou-se aos direitos do nascituro também. “Essa colisão de direitos pode ocorrer, seja pelo caráter subjetivo que possui a intimidade e liberdade sexual da gestante e pela grande proteção que se tem a vida em todos os ordenamentos jurídicos.” (ALMEIDA; MARTINS; 2016, p.8)

Diante da recusa do Estado em ampliar a proteção à saúde das mulheres, os métodos de prevenção quando ineficazes resultam em gravidez indesejada, surgindo assim, outro meio de buscar amparo, no caso, através do aborto em clínicas clandestinas, nas quais, não oferecem cuidados as mulheres.

Em 2013, os abortos clandestinos foram considerados a quinta causa de morte materna no Brasil, segundo dados do Conselho Federal de Medicina. A falta de acesso ao tratamento adequado, o alto custo de clínicas clandestinas com condições mínimas de higiene e a falta de uma política nacional de orientação e informação sobre prevenção de gestações indesejadas são alguns dos fatores que levam mulheres – em uma situação de absoluto desespero – a buscar alternativas baratas e minimamente eficientes para interromper a gravidez. (FOSSA; SALIB; p.516)

Sob os aspectos do ZIKAV, o debate sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres se pautam na escolha em continuar a gestação ou interrompe-la, visto que, segundo o Ministério da Saúde (2016) “não há tratamento específico para a microcefalia. Existem ações de suporte que podem auxiliar no desenvolvimento do bebê e da criança. Como cada criança desenvolve complicações diferentes - entre elas respiratórias, neurológicas e motoras – o acompanhamento por diferentes especialistas vai depender de suas funções que ficarem comprometidas.”

Considerando os limites estruturais da maioria das mulheres – pobres e jovens – infectadas pelo Zika, o Serviço Social atua nessa relação de garantia e ampliação a rede de serviço da saúde pública a todas as mulheres, ou seja, “a ação profissional do assistente social se inscreve no campo da promoção da saúde, notadamente no eixo da intersetorialidade, tomando como evidência dessa afirmação as atividades e ações que vivem desempenhando no sistema nacional de saúde.” (NOGUEIRA; MIOTO; 2006, p. 238)

O aborto nos casos de microcefalia não se trata de uma irresponsabilidade, mas de uma casualidade associada à falência do Estado no combate de uma endemia

de grandes consequências. Deve este mesmo Estado prover a atenção necessária às famílias atingidas, respeitando suas escolhas e fornecendo as informações necessárias e as condições seguras para a realização do procedimento, salvando, dessa forma, inúmeras mulheres dos perigos da clandestinidade. (FOSSA; SALIB; p.537)

Conforme o Código de Ética do Assistente Social (1993) dispõe, a atuação na área de saúde sexual e reprodutiva deve ser realizada de forma a garantir a autonomia do sujeito, independente de suas crenças e valores morais.

Título III – Das relações profissionais

Capítulo 1

Art. 5º São deveres do assistente social nas suas relações com os usuários:

b) garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, mesmo que sejam contrárias aos valores e as crenças individuais dos profissionais, resguardados os princípios deste Código;

c) democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis a participação dos usuários;

Art. 6º É vedado ao assistente social:

a) exercer sua autoridade de maneira a limitar ou cercear o direito do usuário de participar e decidir livremente sobre seus interesses.

No contexto da doença Zika, o exercício profissional dos assistentes sociais se configura no reconhecimento de que a gravidez “demanda que o governo assuma plenamente a sua responsabilidade no sentido de assegurar o pleno acesso ao planejamento familiar, e reveja as legislações punitivas e restritivas com relação ao acesso ao abortamento legal e seguro.” (PITANGUY, 2016, p. 3), a partir disso, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres podem se ampliar e se legitimar perante o Estado.

Diniz (2016) propõe a reflexão de que as mulheres infectadas pelo Zika e possíveis mães de crianças diagnosticadas com algum dos sintomas da síndrome congênita do Zika (SGZv) intersecciona com outros fatores que já se apresentavam como questão social: “pobres, nordestinas, pouco escolarizadas e com frágil inserção no mundo do trabalho.” (p.3) Assim, a busca destas mulheres por assistência do Estado não refere-se somente a reprodução, pois as dificuldades estão interligadas a outros âmbitos sociais, mas também a integralidade e universalidade no acesso a rede de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise da saúde sexual e reprodutiva das mulheres a partir da epidemia Zika vírus no Brasil, na qual, trouxe questionamentos a respeito da responsabilização do Estado para com a população feminina. Além disso, houve discussões acerca da ampliação dos direitos já garantidos em lei sobre a saúde sexual e reprodutiva.

De acordo com a literatura pesquisada é possível concluir a importância que se sucede a temática de saúde da mulher na sociedade patriarcal e capitalista, pois diz respeito à violação de direitos sociais. O movimento feminista tem árdua luta para a consolidação de conquistas para as mulheres em diversos espaços sociais, visto que, durante muitos anos as mulheres foram subestimadas pelo poder da Igreja e do patriarcado.

A escolha da epidemia do Zika para retratar a discussão sobre a saúde da mulher se fomentou pela recente repercussão sobre o assunto e, pela complementariedade de atenção a questão social dada pela região nordeste do Brasil. Nesse cenário, o Serviço Social se estabelece como a profissão capaz de articular as necessidades dos usuários da rede de saúde pública.

A questão social na região em que proliferou a doença Zika é intensificada pelo pouco interesse do Estado para as demandas da população que ali habita, com isso, as políticas de saúde são apresentadas e executadas de forma fragilizada e focalizada, ou seja, não atuam conforme dispõe os princípios e diretrizes do sistema de saúde.

A observância à resistência do setor público para a saúde sexual e reprodutiva aponta que o corpo enquanto objeto de poder e dominação é determinante na reprodução e manutenção das relações sociais vigentes, pois a sociedade é formada a partir da hierarquia de gênero, na qual, torna as mulheres – assim como outros grupos sociais – frágeis na conquista de espaços e direitos.

Dessa forma, este trabalho é escrito para que possa chamar a atenção da importância da saúde da mulher em âmbito público, universal e integral tanto quanto na interação do Serviço Social na área da saúde. Concluindo assim, que a inserção de assistentes sociais nesse âmbito pode contribuir na ampliação do acesso aos direitos sociais.

Com base nos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010), os profissionais de Serviço Social podem atuar na saúde conforme disposto na Lei de Regulamentação da Profissão estabelece no 4º artigo como competência do assistente social: na elaboração, implementação e execução de políticas sociais junto a órgãos da administração pública, bem como, avaliar e coordenar planos, programas e projetos que beneficiem a sociedade civil. Além disso, pode orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais com o intuito de defender e garantir os seus direitos.

Portanto, a relação disposta entre o Serviço Social no contexto do Zika vírus e a discussão sobre a saúde sexual e reprodutiva é de fundamental importância, visto que, os direitos dos cidadãos a saúde devem ser garantidos pelo Estado, independente de classe social e gênero. Sendo a sociedade caracterizada por diversos marcadores de desigualdade, a atuação profissional é formada para lidar com as questões desenvolvidas neste trabalho.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEID, C.H.B.de; MARTINS, F.J.B. **O aborto nos casos de microcefalia**. 2016. ETIC – Encontro de Iniciação Científica.
- DINIZ, D. **Vírus Zika e mulheres**. Espaço temático: Zika e gravidez. Cad. Saúde Pub. Rio de Janeiro. 2016.
- PINTANGUY, J. **Os direitos reprodutivos das mulheres e a epidemia do Zika Vírus**. Espaço temático: Zika e gravidez. Cad. Saúde Pub. Rio de Janeiro. 2016.
- BRAVO, M.I.S. **Política de Saúde no Brasil**. In.: MOTA, A.E. et. al. [orgs]. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006, v.1.
- NOGUEIRA, V.M.R.; MIOTO, R.C.T. **Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais**. In.: MOTA, A.E. et. al. [orgs]. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, v.1, 2006.
- CASTRO, M.M. **Emergências do Serviço Social: Condições Históricas e Estímulos**. História do Serviço Social na América Latina. São Paulo: Cortez, 1989.
- GAMA, A.S. **As contribuições e os dilemas da crítica feminista para a análise do Estado de Bem-Estar Social**. Gênero e Política Social. Brasília: SER Social, v.10, n.22, 2008.
- LISBOA, T.K. **Gênero, feminismo e Serviço Social – encontros e desencontros ao longo da história da profissão**. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC): Rev. Katál. Florianópolis, v.13, n.1, 2010.
- GUIMARÃES, J.P.; et.al. **Sete Vidas: Reflexões sobre a mídia televisiva eo controle social no Brasil**. Revista Eletrônica de Psicologia Política, ano 12, n.37, 2016.
- GIFFIN, K.; **Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal**. Cad. Saúde Pub., Rio de Janeiro, 2002.
- MONDARDO, M.L; **O Corpo enquanto “Primeiro” Território de Dominação: O Biopoder e a Sociedade de Controle**. Universidade Federal de Grande Dourados, 2009.

BARATA, R.B.; **Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?**. In: *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal a saúde [online]*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

SILVA, L.R.; CHRISTOFFEL, M.M.; SOUZA, K.V.; **História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança**. Texto & Contexto Enfermagem, v. 14, n.4. Santa Catarina, 2005.

FREITAS, G.L.; et.al. **Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde**. Rev. Eletrônica de Enfermagem, 2009.

BORIS; G.D.J.B; CESÍDIO, M.H; **Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade**. Rev. Mal-Estar e Subjetividade, v.7, n.2. Fortaleza, 2007.

FILHO, K.P; TRISOTTO, S.; **O corpo problematizado de uma perspectiva histórico-política**. Psicologia em Estudo, v. 13, n.1. Maringá, 2008.

FONSECA, R.M.G.S; **Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira**. Rev. Latino-am. Enfermagem, v.5, n.1. Ribeirão Preto, 1997.

SANTOS, M.A.; **Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos**. Associação Brasileira de Ensino Universitário. R. Katál. Florianópolis, v.16, n.2, 2013.

CORREA, S.; **PAISM: uma história sem fim**. Rev. Bras. Estudos Pop., Campinas, 1993.

OSIS, M.J.M.D; **Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. Cad. Saúde Pub., Rio de Janeiro, 1998.

MACHADO, M.F.A.S; et.al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual**. Ciência & Saúde Coletiva, 2007.

CIELO, I.D; SCHMIDT, C.M; WENNINGKAMP, K.R; **Políticas públicas de saúde no Brasil: uma avaliação do IDSUS no Estado do Paraná (2011)**. Rev. Eletrônica do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade do Contestado. DRd- Desenvolvimento Regional em debate, v. 5, n.1, 2015.

IAMAMOTO, M.V; **A Questão Social no Capitalismo**. Temporalis/Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, ano 2, n.3. Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

NETTO, J.P; **Cinco Notas a Propósito da “Questão Social”**. Temporalis. Revista da ABEPSS, v.2, n.3. Brasília, 2001.

DINIZ, D.; **Zika: do Sertão nordestino à ameaça global**. 1ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016, p.192.

CARVALHO, G. **A saúde pública no Brasil**. Estudos avançados, 27, 2013.

DINIZ, D.; et. al. **Pesquisa Nacional de Aborto 2016**. Ciência & Saúde Coletiva, 2017.

FIGUEIREDO, R.; **“Contracepção de Emergência no Brasil: necessidade, acesso e política nacional”**. Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva, IPAS Brasil, 2004.

FOSSA, A.N; SALIB, M.L.L. **A LEGITIMIDADE DO ABORTO EM CASOS DE MICROCEFALIA – uma análise à luz da bioética**. Anais do I Congresso Rondoniense de Carreiras Jurídicas. Porto Velho – RO: 2016.

IANNI, O.; **A QUESTÃO SOCIAL**. Ci. & Tróp., Recife, v.17, n.2: 1989.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Série: trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília: 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS**. [recurso eletrônico] Acesso em: 26/11/2017. Modo de acesso: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/virus\\_zika\\_brasil\\_resposta\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/virus_zika_brasil_resposta_sus.pdf)> Secretaria de Vigilância em Saúde. - Brasília: 2017. 136 p.

**Zika e direitos**. ONU Mulheres Brasil. Acesso em: 28/11/2017. <http://www.onumulheres.org.br/zika-e-direitos/>

**Situação epidemiológica de ocorrência de microcefalias no Brasil, 2015**. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, v. 46. N.34. 2015. Acesso em: 28/11/2017. <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/19/Microcefalia-bol-final.pdf>

**Assistência Social no atendimento à microcefalia**. Ministério do Desenvolvimento Social. Publicado em 16/03/2017. Acesso em: 28/11/2017. <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/assistencia-social-no-atendimento-a-microcefalia>

**Código de Ética do/a assistente social.** Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. – 10ª ed. Ver. E atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social. 2012. 60p.

MARX, K.; ENGELS, F.; **O Manifesto Comunista.** Oeuvres, v.1. Gallimard, Paris, 1965. [recurso eletrônico] Acesso em: 28/11/2017. <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/manifestocomunista.pdf>

**ZIKA.** Qual o tratamento disponível para a microcefalia? Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Acesso em: 28/11/2017. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/links-de-interesse/1225-zika/21856-qual-o-tratamento-disponivel-para-a-microcefalia>.

**Fazenda divulga relatório sobre a Distribuição de Renda no Brasil.** Notícias. Publicado: 10/05/2016. [recurso eletrônico] Acesso em: 28/11/2017. <http://www.fazenda.gov.br/noticias/2016/maio/200bspe-divulga-relatorio-sobre-a-distribuicao-da-renda-no-brasil>

**CÓDIGO PENAL, 1940.** [recurso eletrônico] Acesso em: 28/11/2017. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm)

**Zika.** Perguntas e Respostas. Portal da Saúde. [recurso eletrônico] Acesso em: 05/12/2017. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/perguntas-e-respostas-zika>

**Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINAYO, M.C.S.; **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2012.

GODOY, A.S. **Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais.** Revista de Administração de Empresas, v. 5, n.3, p.20-29. São Paulo, 1995.