



Universidade de Brasília  
Instituto de Ciências Humanas (IH)  
Departamento de Serviço Social (SER)

“As mães da epidemia”: uma análise do perfil das mães de crianças  
com síndrome congênita de Zika vítimas da epidemia de 2015 no  
Brasil.

Aluna: Juliana Oliveira de Almeida (15/0061307)

Brasília – DF  
Julho de 2018



Universidade de Brasília  
Instituto de Ciências Humanas (IH)  
Departamento de Serviço Social (SER)

“As mães da epidemia”: uma análise do perfil das mães de crianças com síndrome congênita de Zika vítimas da epidemia de 2015 no Brasil.

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social, na Universidade de Brasília, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Lívia Barbosa.

Aluna: Juliana Oliveira de Almeida (15/0061307)

Brasília – DF  
Julho de 2018

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

AOL48? Almeida, Juliana Oliveira de  
"As mães da epidemia": uma análise do perfil das mães de  
crianças com síndrome congênita de Zika vítimas da epidemia de  
2015 no Brasil. / Juliana Oliveira de Almeida; orientador  
Lívia Barbosa Pereira. -- Brasília, 2018.  
66 p.

Monografia (Graduação - Serviço Social) -- Universidade de  
Brasília, 2018.

1. Zika vírus; . 2. Epidemia 2015; . 3. Mulheres; . 4.  
Síndrome congênita de Zika; . 5. Questão social.. I.  
Pereira, Lívia Barbosa, orient. II. Título.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

## Mulher nordestina

Tens o gosto do mel da rapadura,  
tens o cheiro do cuscuz na cuscuzeira,  
tens a voz da asa branca cantadeira,  
tens do doce de caju toda doçura,  
és bonita, abonitada, frágil e dura.  
Arretada, invocada, verdadeira,  
boniteza lá de nois, tão brasileira  
Deus foi bom e caprichou quando fez ela  
fabricou uma mulher tão linda e bela [...].

Bráulio Bessa

Dedico este estudo às bravas mães e cuidadoras de crianças com síndrome congênita de Zika.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu marido querido, Mário, pelo incentivo quando decidi seguir novos caminhos profissionais e apoio incondicional nas minhas incontáveis horas de estudo.

À minha família que também me apoiou nessa minha nova busca profissional, em especial, à minha irmã Natália que me abriu os olhos para o Serviço Social, num conselho providencial que mudou a minha vida.

Aos/Às estimados(as) professores(as) pelo conhecimento transmitido, sobretudo às professoras Andreia de Oliveira, Maria Elaene Rodrigues Alves e Lívia Barbosa Pereira, minha bondosa orientadora, pelo especial incentivo e oportunidades na vida acadêmica. Agradecimento que estendo às minhas queridas supervisoras de campo, Ana Alice Meirelles, que me apresentou à prática da área da saúde, e Márcia Borba, que me introduziu às questões de gênero.

Às queridas colegas e amigas que encontrei na UnB pelo carinho, acolhida e companheirismo.

## RESUMO

A epidemia de Zika vírus de 2015 foi um marco na história do Brasil, tendo afetado mais gravemente o Nordeste brasileiro, uma das regiões mais pobres do país. Milhares de pessoas foram acometidas pela doença, tendo impactado desproporcionalmente mulheres e meninas vulnerabilizadas e seus filhos nascidos com síndrome congênita de Zika, que precisarão do apoio do Estado para o resto de suas vidas. O surto do vírus Zika no Brasil agravou antigos e conhecidos problemas de direitos humanos e cidadania. Diante da magnitude e repercussão desta tragédia humanitária, urge a necessidade de pesquisa do tema em diversas áreas, para assim, combater novas epidemias. Desse modo, o presente estudo analisou, à luz da questão social, o perfil das mães de crianças com síndrome congênita de Zika, com base em estudos já publicados, realizando uma meta-análise deste para a construção um marco conceitual para estudos em questão social. Assim, foram identificados três estudos de grande magnitude sobre a epidemia no Brasil, os quais foram analisados numa abordagem qualitativa, considerando o contexto social, político e econômico para uma melhor compreensão e interpretação do fenômeno.

Palavras-chave: Zika vírus; Epidemia 2015; Mulheres; Síndrome congênita de Zika; Questão social.

## ABSTRACT

The Zika virus epidemic of 2015 was a landmark in Brazil's history, having most seriously affected the Brazilian Northeast, one of the poorest regions of the country. Thousands of people have been affected by the disease, disproportionately impacting vulnerable women and their children born with congenital Zika syndrome, who will need state support for the rest of their lives. The outbreak of the Zika virus in Brazil has exacerbated ancient and well-known problems of human rights and citizenship. In view of the magnitude and repercussion of this humanitarian tragedy, it is urgent to research the subject in several areas, in order to combat new epidemics. Thus, the present study analyzed, in the light of the social issue, the profile of the mothers of children with congenital Zika syndrome, based on studies already published. The present study performed a meta-analysis of this profile to construct a conceptual framework for studies in social issue. This way, three large-scale studies on the epidemic in Brazil were identified, which were analyzed in a qualitative approach, considering the social, political and economic context for a better understanding and interpretation of the phenomenon.

Keywords: Zika virus; Epidemic 2015; Women; Congenital Zika syndrome; Social issue.

## LISTA DE SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
Cepal	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
CRAS	Centros de Referência em Assistência Social
EBC	Empresa Brasileira de Comunicação
HRW	Human Rights Watch
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não-governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PIB	Produto Interno Bruto
PNA	Plano Nacional de Adaptação à Mudança do Clima
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SCZ	Síndrome congênita de Zika
SUS	Sistema Único de Saúde
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas

## SUMÁRIO

CAPÍTULO 1: Notas introdutórias .....	09
CAPÍTULO 2: Estudos compilados .....	15
CAPÍTULO 3: Problematização do perfil à luz da questão social .....	36
CAPÍTULO 4: Breves considerações sobre o papel da política social .....	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	62

## CAPÍTULO 1: Notas introdutórias

De acordo com a pesquisadora Débora Diniz<sup>1</sup> (2016), embora cientistas tenham identificado o vírus Zika em humanos em Uganda na África em 1952, o primeiro grande surto ocorreu décadas mais tarde na ilha Yap na Micronésia, em 2007. Em 2013 e 2014, ocorreram surtos em ilhas do Pacífico. E finalmente, em 2015 no Brasil, atingindo sobretudo a Região Nordeste do país.

Contudo, segundo a Human Rights Watch (HRW)<sup>2</sup>, em seu estudo divulgado em julho de 2017, ainda no fim de 2014 autoridades de saúde no Nordeste brasileiro começaram a relatar casos de uma doença caracterizada por exantema<sup>3</sup> e febre, mas só em maio de 2015, as autoridades de saúde confirmaram a transmissão local do vírus Zika no país. A HRW traz que em 2016, o Ministério da Saúde informou a existência de 214.193 casos prováveis e 128.266 casos confirmados do vírus Zika, embora muitos casos provavelmente não tenham sido notificados. O governo estimou que ocorreram entre 500.000 e 1,5 milhão de casos de 2015 até o início de 2016. Até maio de 2017, 85 países e territórios relataram casos documentados de transmissão do vírus Zika.

Ainda de acordo com a HRW, o vírus Zika é transmitido predominantemente através da picada de um mosquito *Aedes aegypti* infectado, mas também pode ser transmitido pela relação sexual sem proteção, bem como da gestante para o feto durante a gravidez.

Em novembro de 2015, o governo brasileiro declarou emergência de saúde nacional à medida que os casos de microcefalia<sup>4</sup> em recém-nascidos aumentavam. Em fevereiro de 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou emergência global de saúde pública em resposta à disseminação de Zika. E em maio de 2017, o

---

<sup>1</sup> Débora Diniz é professora da Universidade de Brasília e pesquisadora da Anis - Instituto de Bioética Direitos Humanos e Gênero. Disponível em: <[http://www.fd.unb.br/index.php?option=com\\_zoo&task=item&item\\_id=37&Itemid=253&lang=pt](http://www.fd.unb.br/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=37&Itemid=253&lang=pt)>. Acesso em: 23/07/2018.

<sup>2</sup> Organização internacional não-governamental que defende e realiza pesquisas sobre os direitos humanos.

<sup>3</sup> Erupção na pele ou lesão avermelhada que é ocasionada por uma doença aguda e infecciosa. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/exantema/>>. Acesso em: 07/07/2018.

<sup>4</sup> Microcefalia é uma doença em que o cérebro e a cabeça da criança são menores do que o esperado para a idade. Disponível em: <<https://minutosaudavel.com.br/microcefalia/>>. Acesso em: 07/07/2018.

governo brasileiro decretou o fim da emergência nacional de saúde pública relacionada ao vírus Zika.

Após o surto de 2015 no Brasil, o Zika foi associado a complicações neurológicas graves em razão do nascimento de milhares de bebês com desenvolvimento atípico do cérebro, apresentando, dentre outras, convulsões, problemas auditivos e de visão, diferenças musculoesqueléticas<sup>5</sup> e microcefalia, quando expostos ao vírus ainda no útero da gestante infectada. Dessa forma, foram confirmados os primeiros casos de transmissão vertical<sup>6</sup> do vírus.

Segundo Diniz (2017), em 2016, a literatura médica nomeou tais complicações de “síndrome congênita de Zika” (SCZ). No entanto, a imprensa e o senso comum ainda se referem à microcefalia como o principal risco do vírus nos fetos, quando o correto é descrever os efeitos do vírus Zika no feto como de “alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionados à infecção pelo vírus zika” (DINIZ, 2017, p. 13).

Ainda de acordo com Diniz (2016), em novembro de 2016, a OMS declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Isso não ocorreu necessariamente porque a emergência havia passado, mas sim para refletir a mudança do planejamento e resposta de curto prazo para longo prazo. Essa decisão foi tomada após haver maior clareza sobre a causa e reconhecimento de que o Zika estará presente durante anos como um desafio de saúde pública permanente.

Diante da magnitude e repercussão da epidemia do vírus Zika em 2015, urge a necessidade de pesquisa do tema em áreas diversas, para assim, combater novas epidemias. Infelizmente no Brasil, em especial na Região Nordeste, as condições para a rápida disseminação do vírus Zika são ideais. De acordo com a HRW, o clima quente e úmido dos estados nordestinos, o fato de ser a região mais pobre do país aliado a décadas de escassez de investimentos em serviços públicos de água e esgoto

---

<sup>5</sup> O músculo esquelético representa a maioria do tecido muscular. É o tipo de músculo que impulsiona o movimento do esqueleto, como caminhar e levantar. Disponível em: <<https://www.portalsaofrancisco.com.br/corpo-humano/musculo-esqueletico>>. Acesso em: 07/07/2018.

<sup>6</sup> Transmissão vertical é a transmissão de uma infecção ou doença a partir da mãe para o seu feto no útero ou recém-nascido durante o parto. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Transmiss%C3%A3o\\_vertical](https://pt.wikipedia.org/wiki/Transmiss%C3%A3o_vertical)>. Acesso em: 28/05/2018.

possivelmente potencializaram a proliferação do mosquito vetor. Ressaltando-se que o surto ainda ocorreu num momento em que o país enfrentava sua pior recessão econômica em décadas, forçando as autoridades a tomarem decisões difíceis sobre a alocação de recursos para o enfrentamento da epidemia.

Além disso, estudos apontam que as mulheres foram as maiores vítimas desta epidemia. De acordo com Diniz, o “risco não é a doença do zika, mas a transmissão vertical: são as mulheres em idade reprodutiva e os futuros bebês que a epidemia ameaça de maneira particular” (DINIZ, 2016, p. 141 e 142). Mulheres em idade fértil, gestantes ou com planos para engravidar pelo Brasil inteiro, sobretudo na Região Nordeste, se aterrorizaram durante a epidemia com a doença, que ainda permanece como uma preocupação para as mulheres.

Assim, para pensar em soluções a fim de minimizar impactos e prevenir nova geração de crianças afetadas pela síndrome congênita de Zika é preciso analisar o perfil das mães destas crianças, através de um estudo profundo e crítico sobre estas mulheres, considerando questões de pobreza, raça e gênero. Somente assim é possível, de maneira sólida, pensar políticas públicas que realmente responsabilizem o Estado na tarefa de evitar novas contaminações pelo vírus Zika e que ofereçam apoio às famílias, sobretudo às mulheres, para suportarem a carga econômica e psicossocial de ter uma criança afetada pelo vírus, ao invés de medidas como as previstas na Lei nº 13.301/16, sendo estas:

Art. 1º Na situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika, a autoridade máxima do Sistema Único de Saúde - SUS de âmbito federal, estadual, distrital e municipal fica autorizada a determinar e executar as medidas necessárias ao controle das doenças causadas pelos referidos vírus, nos termos da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e demais normas aplicáveis, enquanto perdurar a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN.

§ 1º Entre as medidas que podem ser determinadas e executadas para a contenção das doenças causadas pelos vírus de que trata o caput, destacam-se:

**I - instituição, em âmbito nacional, do dia de sábado como destinado a atividades de limpeza nos imóveis**, com identificação e eliminação de focos de mosquitos vetores, com ampla mobilização da comunidade;

II - **realização de campanhas educativas e de orientação à população, em especial às mulheres em idade fértil e gestantes**, divulgadas em todos os meios de comunicação, incluindo programas radiofônicos estatais;

III - **realização de visitas ampla e antecipadamente comunicadas a todos os imóveis públicos e particulares**, ainda que com posse precária, para eliminação do mosquito e de seus criadouros, em área identificada como potencial possuidora de focos de transmissão;

IV - ingresso forçado em imóveis públicos e particulares, no caso de situação de abandono, ausência ou recusa de pessoa que possa permitir o acesso de agente público, regularmente designado e identificado, quando se mostre essencial para a contenção das doenças.

[...]

§ 3º São ainda medidas fundamentais para a contenção das doenças causadas pelos vírus de que trata o caput:

I - obediência aos critérios de diagnóstico estabelecidos pelas normas técnicas vigentes, aperfeiçoamento dos sistemas de informação, notificação, investigação e divulgação de dados e indicadores;

II - **universalização do acesso à água potável e ao esgotamento sanitário**;

III - **incentivo ao desenvolvimento de pesquisas científicas** e à incorporação de novas tecnologias de vigilância em saúde;

IV - permissão da incorporação de mecanismos de **controle vetorial** por meio de dispersão por aeronaves mediante aprovação das autoridades sanitárias e da comprovação científica da eficácia da medida. (BRASIL, 2016) (Grifo nosso).

Importante ressaltar que tais medidas podem ser consideradas ineficazes e/ou superficiais, posto que algumas delas são paliativas e não possuem perenidade. Além disso, muito embora outras sejam realmente parte de uma solução eficaz, como as previstas nos incisos II e III do § 3º, dificilmente elas serão implantadas ou plenamente implantadas frente a corrente política de cortes nos gastos públicos, coroada pela promulgação da Emenda Constitucional nº 95 que limita por 20 anos os gastos públicos, inclusive com a saúde pública.

Diante do exposto, o objetivo geral do presente estudo é analisar, à luz do debate sobre a questão social, o perfil das mulheres mães de crianças com síndrome congênita de Zika, afetadas pela doença durante a epidemia do vírus de 2015 no Brasil e, mais especificamente, identificar estudos sobre o perfil dessas mães, realizar uma meta-análise destes e construir um marco conceitual para tais estudos em questão

social. Ademais, pretende-se contribuir para o rol de estudos que vêm sendo desenvolvidos no tema na busca de soluções para a minimização de impactos e a prevenção de nova geração de crianças com a síndrome.

Nesse sentido, para realizar o presente estudo, não foram utilizados dados primário e/ou secundários, mas sim estudos já publicados sobre o tema. Em razão da relevância e profundidade que possuem, tomou-se como base para a realização da meta-análise de perfil dessas mulheres os seguintes estudos: “UMA AVALIAÇÃO DO IMPACTO SOCIOECONÔMICO DO VÍRUS ZIKA NA AMÉRICA LATINA E CARIBE: Brasil, Colômbia e Suriname como estudos de caso”, produzido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em parceria com a International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC); o relatório “Zika em Alagoas: a urgência dos direitos”, produzido pela Anis – Instituto de Bioética, Brasília/DF, Brasil e financiado pela Wellcome Trust, 206021/Z/16/Z “Care, health and stigma among families affected by the Congenital Zika Syndrome”; e a pesquisa “Esquecidas e desprotegidas: o impacto do vírus Zika nas meninas e mulheres no Nordeste do Brasil” feita pela Human Rights Watch. Tais estudos apresentaram uma ampla avaliação do perfil das mulheres mães de crianças com SCZ vítimas da epidemia de 2015.

A abordagem será qualitativa, o que permite, na perspectiva de Maria Cecília Minayo (2002), responder a questões particulares, em um “nível de realidade que não pode ser quantificado”, ao se trabalhar com um universo de valores, “o que corresponde a um espaço mais profundo das relações” (MINAYO, 2002, p. 21 e 22). Nesse sentido, tem-se que a compreensão dos fenômenos e a interpretação dos dados é essencial para um melhor entendimento do trabalho. A abordagem teórica utilizada será o método dialético, fundamentado na dialética de Marx de concepção materialista, na qual as contradições se transcendem dando origem a novas contradições, partindo-se do real para o abstrato. Ademais, os dados precisam do contexto social, político e econômico para serem entendidos e corretamente aferidos, por isso é necessário um método que permita uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade como o dialético.

Além dos estudos acima referidos, as informações foram coletadas também por meio de material já publicado como livros, artigos científicos, material disponibilizado na internet, dados documentais como relatórios de pesquisa, reportagens e documentos oficiais, bem como pesquisas de campo. A pesquisa foi realizada em Brasília, Distrito Federal, por ser predominantemente bibliográfica.

## CAPÍTULO 2: Estudos compilados

Os estudos aqui apresentados foram publicados no ano de 2017 e, como já dito anteriormente, apresentaram uma ampla avaliação do perfil das mulheres mães de crianças com síndrome congênita de Zika vítimas da epidemia de 2015. Vale ressaltar que os estudos não foram aqui analisados em sua totalidade, tendo sido destacados apenas os trechos que tratam particularmente dessas mulheres. Os estudos foram dispostos em ordem cronológica.

### 2.1. UMA AVALIAÇÃO DO IMPACTO SOCIOECONÔMICO DO VÍRUS ZIKA NA AMÉRICA LATINA E CARIBE: Brasil, Colômbia e Suriname como estudos de caso

Em abril de 2017, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em parceria com a International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC), produziu um a avaliação para medir os impactos socioeconômicos do vírus Zika nos países atingidos, bem como para examinar as respostas institucionais dadas à epidemia. Um dos focos da avaliação é o impacto do Zika sobre as mulheres mais marginalizadas e vulneráveis, sob a perspectiva da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável<sup>7</sup> e o compromisso global de “não deixar ninguém para trás”, reconhecendo a redução das desigualdades e da exclusão social como algo fundamental para a saúde e o desenvolvimento.

Para realizar a avaliação uma equipe multidisciplinar de especialistas de várias instituições utilizou-se de metodologia mista para a coleta de dados, que foi feita através de análises documentais, modelagem do impacto macroeconômico a nível regional e nacional, consultas junto às partes interessadas nacionais e entrevistas informais com os principais informantes e em grupo. Brasil, Colômbia e Suriname foram selecionados para o estudo de caso para fornecer um instantâneo da América Latina e do Caribe, tendo sido considerado o fato de que a epidemia estava

---

<sup>7</sup> Esta Agenda é um plano de ação para as pessoas, para o planeta e para a prosperidade, lançado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015. Trata-se de uma Agenda universal com 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas, sendo o Objetivo nº 5 a Igualdade de Gênero. A Agenda reconhece ainda que a erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões é o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 04/06/2018.

estabelecida nestes três países, assim como a presença de distúrbios neurológicos associados com o Zika.

A principal mensagem trazida pelo relatório é simples:

[...] o Zika é responsável por perdas tangíveis no Produto Interno Bruto (PIB), estimadas entre USD 7 a 18 bilhões somente no período de 2015 a 2017, impondo um ônus imediato sobre os sistemas de cuidados de saúde e bem-estar social e, ao longo prazo, podendo minar décadas de conquistas na área de saúde e ao avanço do desenvolvimento social tão duramente obtidas. Mais investimentos em estratégias de prevenção, preparação e resposta nos âmbitos local, nacional e regional teriam uma relação custo-benefício mais vantajosa e ajudariam a realizar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. (PNUD/IFRC, 2017, p. 7)

De acordo com a avaliação, as “ameaças globais à saúde podem devastar comunidades em termos sociais e econômicos e impedir o avanço do desenvolvimento” (PNUD/IFRC, 2017, p. 8). Nesse sentido, surtos globais de doenças têm o potencial de aumentar as desigualdades sociais e de saúde, sendo o vírus Zika uma dessas ameaças. Segundo o estudo, embora não mais considerado uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, o Zika ainda é, sem dúvida, uma crise de saúde e tem o potencial para afetar mais drasticamente as comunidades mais pobres e vulneráveis.

A avaliação chega a três principais conclusões:

Em primeiro lugar, a epidemia de Zika atual terá impacto de longo prazo e, conseqüentemente, os países incorrerão em altos custos diretos e indiretos.

[...]

Em segundo lugar, há um profundo desafio de equidade no cerne da epidemia de Zika. O impacto é desproporcional sobre os países mais pobres da região, bem como sobre os grupos mais pobres e vulneráveis, especialmente **as mulheres pobres em comunidades periurbanas**.

[...]

Em terceiro lugar, as estratégias de preparação e resposta regionais e nacionais precisam ser fortalecidas e devem envolver as comunidades. (PNUD/IFRC, 2017, p. 8 e 9) (Grifo nosso).

Aqui destaca-se a segunda conclusão a que chegou a avaliação por estar relacionada ao presente estudo. Nesse sentido, o PNUD e a IFRC trazem que a rápida urbanização da região, acompanhada pela falta de saneamento e desenvolvimento da infraestrutura, proporciona condições favoráveis para a proliferação do mosquito vetor, deixando as comunidades e famílias pobres mais vulneráveis à Zika. E, assim, a avaliação destaca que a doença está afetando negativamente o progresso rumo à realização de vários Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda

2030, incluindo o “ODS 5, de alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas” (PNUD/IFRC, 2017, p. 9).

Dessa forma, a avaliação faz seis recomendações para enfrentamento da epidemia e de suas consequências, dentre as quais, novamente por correlação com o estudo aqui proposto, destacam-se:

Em terceiro lugar, colocar as considerações de equidade na vanguarda das estratégias de combate ao Zika e fornecer mecanismos adequados de proteção social para as pessoas afetadas. [...] O programa de proteção social Bolsa Família está fornecendo um benefício adicional para famílias com crianças que vivem com microcefalia no Brasil. No entanto, a avaliação estima que os custos indiretos da microcefalia no Brasil sejam aproximadamente seis vezes maiores do que o benefício que o governo oferece. Por isso, os sistemas de proteção social devem fornecer pacotes de benefícios que ofereçam assistência financeira proporcional aos custos reais dos cuidados, bem como proporcionar oportunidades de subsistência para **as mães em risco de abandonar permanentemente o mercado de trabalho.**

[...]

**Em quarto lugar, promover políticas públicas que apoiem a igualdade de gênero e promovam a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, tendo como alvo as comunidades afetadas. É essencial incorporar os direitos humanos das mulheres e meninas, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos, para que qualquer resposta ao Zika seja eficaz. É necessário disponibilizar orientação atualizada e clara sobre o Zika, bem como serviços de planejamento familiar e diagnóstico pré-natal a todas as mulheres potencialmente afetadas.**

[...]

Por fim, envolver as comunidades no combate ao Zika. As comunidades podem ser envolvidas em diferentes aspectos da prevenção, desde ajudar a divulgar mensagens de saúde pública até **apoiar os esforços de controle de vetores**, acompanhamento e cuidados comunitários. As comunidades também devem ser envolvidas na resposta e no apoio às famílias afetadas. O sucesso exigirá mudança de comportamento, participação ativa da comunidade e envolvimento de um amplo leque de partes interessadas, **incluindo mulheres** e organizações religiosas. (PNUD/IFRC, 2017, p. 9 e 10) (Grifo nosso).

Dessa maneira, tem-se que a avaliação traz a proteção social para as pessoas afetadas e a promoção de políticas públicas que apoiem a igualdade de gênero e promovam a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e meninas como algumas das estratégias fundamentais para lidar com as consequências da epidemia, bem como evitar que outras ocorram, posto que considera ser provável que este se torne endêmico. Destaca-se também a preocupação com as mães em risco de abandonar permanentemente o mercado de trabalho e a exaltação do papel das mulheres no combate ao Zika.

Quanto aos motivos para a rápida propagação da epidemia de Zika na América Latina, a avaliação conclui que estes não são claros, mas que “podem, em parte, ser explicados pela introdução da doença em uma grande população sem imunidade preexistente e à distribuição generalizada do principal vetor do Zika, o *Aedes aegypti*, especialmente em áreas densamente populosas” (PNUD/IFRC, 2017, p. 12).

A avaliação também aponta para a alta capacidade do vírus Zika de infectar as células nervosas, causando complicações neurológicas nos infectados, inclusive fetos através das mães infectadas. Neste sentido, o estudo destaca que o vírus Zika é “o primeiro patógeno transmitido por mosquitos com efeitos teratogênicos conhecidos (que causam malformações de desenvolvimento em fetos) e transmissão sexual” (PNUD/IFRC, 2017, p. 12).

No tocante à desigualdade de gênero, a avaliação traz que a América Latina tem feito progressos na redução desta desigualdade, mas que, no entanto, ela ainda existe, impedindo que mulheres alcancem todo o seu potencial econômico. Neste contexto, as mulheres ainda ganham menos que os homens e são maioria entre os pobres e os desempregados, bem como no setor informal. Outro dado apresentado é que a região também tem baixa cobertura de serviços de saúde reprodutiva, sendo que as “necessidades de planejamento familiar e de cuidados pré-natais não atendidas para o quintil mais pobre das mulheres é quase o dobro que as das mulheres mais ricas” (PNUD/IFRC, 2017, p. 14).

Ademais, segundo a avaliação, a pesquisa de campo realizada confirmou que fatores sociais e culturais frequentemente forçam a mãe da criança com SCZ a se tornar a cuidadora principal, por vezes única, na grande maioria dos casos, levando à perda de produtividade desta mulher. Assim, para o estudo, essa é uma das principais razões do impacto da epidemia de Zika sobre a questão de gênero na América Latina, posto que é plausível supor que essa mulher abandonará o seu trabalho formal, ou nunca chegará a realizá-lo, renunciando a uma média de 35 anos de salários para cuidar de sua criança. Considerando, ainda, que o trabalho doméstico não remunerado, em grande parte, não é reconhecido na economia formal. Assim, aduz:

A epidemia de Zika é uma crise de saúde e, como tal, a previsão é que exacerbe a pobreza, amplie as desigualdades de gênero, nomeadamente por meio de responsabilidades adicionais, impostas às mulheres e meninas, de

cuidar de crianças e da redução da participação da mulher no mercado de trabalho, e tenha impacto no bem-estar psicológico das pessoas afetadas. (PNUD/IFRC, 2017, p. 38)

De acordo com a avaliação, os custos indiretos da microcefalia no Brasil foram estimados em USD 1.707 por mês, cerca de seis vezes o valor do benefício assistencial fornecido às famílias com bebês com microcefalia, o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Dessa forma, caberá principalmente às famílias afetadas arcar com esses custos, causando, portanto, sobrecarga financeira sobre as famílias de baixa renda, ainda que recebam benefícios assistenciais, agravando sua situação de pobreza.

Com base nos dados coletados pela pesquisa e em estudos prévios sobre microcefalia no Nordeste do Brasil, as organizações autoras da avaliação constataram que os casos de microcefalia eram mais comuns entre as famílias de baixo nível socioeconômico, sugerindo que de fato a epidemia pode contribuir para ampliar as desigualdades socioeconômicas. Assim, a maioria das mulheres no Brasil que tiveram bebês com Síndrome Congênita de Zika tende a ser jovem, solteira, afrodescendente, pobre e viver em pequenas cidades ou áreas periurbanas.

Dessa forma, frente aos achados acima citados, a avaliação conclui, dentre outros, pela ampliação da igualdade de gênero. O “Índice de Desigualdade de Gênero do Relatório do Desenvolvimento Humano 2016 do PNUD, que inclui métricas para a saúde reprodutiva, empoderamento e atividade econômica” (PNUD/IFRC, 2017, p. 40), aponta que a desigualdade de gênero é mais acentuada nos países do estudo de caso (Brasil, Colômbia e Suriname) do que a média da América Latina e Caribe.

O estudo segue argumentando que, pelo fato de poder interferir no desenvolvimento embrionário e fetal, a epidemia de Zika reabriu o debate sobre os direitos de saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Nesse sentido, afirma que há evidências de que a procura por serviços de aborto aumentou significativamente nos países latino-americanos afetados pelo Zika, sendo que no Brasil foram verificados aumentos na demanda de mais de 100%. Segundo o estudo, muitas mulheres o fazem, por exemplo, por meio de uma organização sem fins lucrativos baseada na internet que dá acesso a medicamentos para aborto, como o misoprostol.

Nesse contexto, de acordo com a avaliação, uma resposta ao Zika que respeite, proteja e cumpra os direitos humanos deve ser considerada. Dessa forma, sugere que um dos focos de combate seja o acesso das mulheres a serviços de saúde sexual e reprodutiva abrangentes, incluindo o respeito pela decisão das mulheres, a informações precisas e completas, a contracepção e a cuidados de saúde materna, incluindo serviços de planejamento familiar e de diagnóstico pré-natal, conforme estabelecido na Declaração e Plataforma de Ação de Pequim e no Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Contudo, a avaliação aponta também “a necessidade de levar em consideração o papel dos homens na prevenção da disseminação do vírus Zika e, talvez, em alguns casos, na prevenção da gravidez em áreas de risco de infecção pelo Zika” (PNUD/IFRC, 2017, p. 41), posto que, muitas vezes, o ônus em relação à saúde sexual e reprodutiva é atribuído às mulheres.

O estudo aponta ainda para o potencial do vírus Zika para ampliar as desigualdades de gênero na saúde em razão das evidências de que as mulheres estão cada vez mais tentando interromper as gestações e da demanda desproporcional sobre as mulheres e meninas em servir como cuidadoras de familiares, fazendo com que estas abandonem a escola ou o mercado de trabalho formal ou informal para tanto. Ressalta ainda que nos países do estudo de caso, “a participação feminina no mercado de trabalho é decididamente menor que a de seus homólogos masculinos” e que o afastamento dessas mulheres das atividades laborais “tem um impacto potencialmente negativo sobre sua subsistência e pode levar ao abandono definitivo do mercado de trabalho” (PNUD/IFRC, 2017, p. 41).

Diante do aumento do estigma, relatado por muitas entrevistadas, e dos desafios ao bem-estar das pessoas afetadas, o estudo destaca que a falta de atenção às necessidades psicossociais e ao apoio social para as pessoas afetadas pela epidemia causa grande impacto em suas vidas. O que pode ser agravado pela imputação de responsabilidade pela prevenção da epidemia às próprias pessoas afetadas e pelo desrespeito aos direitos das pessoas com deficiências. O estudo registrou ainda a preocupação de funcionários da saúde pública brasileira no sentido

de que a procura por apoio psicológico fosse muito maior do que a capacidade existente.

Por fim, o estudo também conclui que mulheres de nível socioeconômico mais elevado eram muito mais sensíveis às mensagens de saúde pública para adiamento da gravidez do que as mulheres de nível socioeconômico mais baixo. A explicação para tanto é que estas últimas “não foram suficientemente empoderadas nem têm acesso suficiente às informações, recursos e serviços para tomarem decisões” (PNUD/IFRC, 2017, p. 42).

Assim, a avaliação faz 06 recomendações, agrupadas em 03 linhas de raciocínio, dentre as quais aqui destaca-se a quarta recomendação contida na segunda linha de raciocínio:

Em segundo lugar, há um profundo desafio de equidade no cerne da epidemia de Zika. O impacto é desproporcional sobre os países mais pobres da região, bem como sobre os grupos mais pobres e vulneráveis, especialmente as mulheres pobres em comunidades periurbanas.

[...]

R4. Promover políticas públicas que apoiem a igualdade de gênero e promovam a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, tendo como alvo as comunidades afetadas. (PNUD/IFRC, 2017, p. 49 e 50)

De acordo com esta proposta, o acesso das mulheres a serviços de saúde sexual e reprodutiva abrangentes – respeito pela decisão das mulheres, acesso a informações precisas e completas, à contracepção e aos cuidados de saúde materna, incluindo serviços de planejamento familiar e de diagnóstico pré-natal, é fundamental para respostas efetivas ao Zika, sendo a epidemia uma oportunidade para promoção dos direitos de saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Ademais, a avaliação aponta para a necessidade de se considerar também a gravidez na adolescência na elaboração de estratégias de combate ao Zika, em razão da alta taxa de fecundidade adolescente da região da América Latina e Caribe, sendo a terceira maior do mundo. Bem como, recomenda a atualização das diretrizes de prevenção da transmissão sexual do Zika, sendo que “as mensagens devem ser dirigidas aos homens e mulheres de diferentes faixas etárias, com atenção especial ao alcance das comunidades periurbanas e rurais de baixa renda” (PNUD/IFRC, 2017, p. 50).

Diante de todo o exposto, a avaliação apresenta a sua conclusão final no sentido de que “o Zika está afetando grupos e mulheres de baixa renda de forma

desproporcional”, e para que “os governos possam eliminar a lacuna de acesso e utilização dos serviços de saúde para esses grupos vulneráveis de baixa renda, é essencial tratar das questões mais amplas de desigualdade social” (PNUD/IFRC, 2017, p. 53). Para tanto são necessários programas de bem-estar social, planejamento fiscal em prol dos pobres e gastos mais eficazes na saúde, melhores programas de proteção social, e promoção da saúde e direitos sexuais e reprodutivos.

## 2.2. Zika em Alagoas: a urgência dos direitos

Em maio de 2017 foi publicado o relatório “Zika em Alagoas: a urgência dos direitos”, produzido pela Anis – Instituto de Bioética, Brasília/DF, Brasil e financiado pela Wellcome Trust, 206021/Z/16/Z “Care, health and stigma among families affected by the Congenital Zika Syndrome”. A pesquisa foi coordenada por Debora Diniz, antropóloga, professora da Universidade de Brasília e pesquisadora da Anis – Instituto de Bioética.

De acordo com o relatório, Alagoas é o primeiro estado a ter um estudo de caso abrangente, tendo sido a pesquisa de campo realizada em dezembro de 2016. Para tanto, uma equipe de pesquisadores percorreu mais de 800 km, nas regiões do Agreste, Sertão, Alto Sertão e Litoral, 21 municípios visitados e 54 mulheres com crianças confirmadas ou descartadas pelos critérios vigentes no momento do nascimento ou por atendimentos de puericultura foram entrevistadas por meio de conversa narrativa orientada e perguntas semiestruturadas. A viagem foi nomeada “Expedição Maria Bonita”.

Paralelamente à coleta de dados em campo, foi feita uma consulta ao Ministério da Saúde e ao Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário sobre detalhes dos casos de Alagoas notificados para a síndrome congênita do zika, solicitando informações desagregadas relativas à cor, idade das mulheres e cidade de residência, bem como dados sobre a cobertura do Benefício de Prestação Continuada às crianças afetadas pelo vírus zika. Contudo, de acordo com o relatório, as respostas apresentadas pelos ministérios demonstraram fragilidade, e, assim, tais dados foram

utilizados apenas periféricamente para contraste com os dados coletados obtidos na pesquisa de campo.

O relatório se refere a 49 famílias, posto que 05 casos foram descartados pela equipe. Desse total, “39 (80%) delas com crianças com alterações compatíveis com a Síndrome Congênita de Zika e 10 (20%) como em investigação para zika ou para outras alterações congênitas ainda sem diagnóstico conclusivo ou descartadas pelos critérios adotados em Alagoas” (DINIZ, 2017, p. 24).

O silêncio sobre as mulheres do Estado de Alagoas intrigou a pesquisadora Débora Diniz, que também é alagoana. Segundo Diniz, para o Ministério da Saúde haveria um paradoxo “entre a intensidade da epidemia nos estados vizinhos e a brandura com que o vírus zika teria atingido as mulheres em Alagoas” (DINIZ, 2017, p. 07). De acordo com a pesquisadora, tal paradoxo não fazia sentido pois o estado possui o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do país, e, sendo a epidemia de Zika um espelho da desigualdade da sociedade brasileira, não haveria razão para Alagoas apresentar dados destoantes dos estados vizinhos. Assim, ela explica que este paradoxo foi uma grande motivação para a realização da pesquisa.

Mais da metade dos municípios percorridos na pesquisa de campo tinha casos oficialmente registrados de crianças afetadas pelo vírus Zika no estado. A equipe visitou casas e hospitais, ouvindo e documentando o que descreveram como “um mapa da precarização de mulheres e crianças afetadas pela epidemia do zika em Alagoas, de suas necessidades e seus direitos para uma vida digna” (DINIZ, 2017, p. 10).

Já no início do relatório, Diniz traz que “as mães da epidemia<sup>8</sup>, como ficaram conhecidas as porta-vozes dos efeitos do zika na gravidez, tinham uma geografia diferente para o centro-sul do país” e descreve as mulheres alagoanas vítimas da epidemia de Zika como “nordestinas, muitas delas sertanejas ou agricultoras” (DINIZ, 2017, p. 07), “majoritariamente adolescentes ou mulheres muito jovens, negras e

---

<sup>8</sup> A expressão “mães da epidemia” inspirou o título do presente estudo.

indígenas, com pouca escolaridade, e integralmente dependentes das políticas sociais cada vez mais frágeis no país” (DINIZ, 2017, p. 10). E, assim, aduz:

Os números, narrativas e imagens aqui apresentados nos permitem assegurar que, se há algum paradoxo em curso na epidemia em Alagoas, é o do silêncio sobre seus efeitos para a vida das famílias, e das mulheres em particular. É já tempo de arrumarmos nossas preocupações e mensagens públicas – eliminar o mosquito vetor é, certamente, uma medida urgente de saúde pública, mas proteger os direitos e as necessidades das mulheres e crianças afetadas pela epidemia é ainda mais emergencial. (DINIZ, 2017, p. 10)

Nesse sentido, o relatório traz que há uma tragédia humanitária em curso, sendo o Nordeste brasileiro o seu epicentro. Dessa forma, o “documento é um apelo para que as mulheres sejam postas no centro das proteções e dos cuidados da epidemia de zika em Alagoas” (DINIZ, 2017, p. 10).

A pesquisa aponta que a doença da febre do Zika é conhecida pela medicina desde a década de 1950, mas que foi com a epidemia do Brasil que se identificou os efeitos do vírus no desenvolvimento do feto. Assim, o Zika se tornou uma angústia não só para as mulheres grávidas, mas também para as mulheres em idade reprodutiva.

O relatório traz dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) 2015 que apontam que em Alagoas as mulheres entram tardiamente no pré-natal e que o estado possui altos índices de gravidez na adolescência. Segundo a pesquisa, além da fragilidade das mulheres alagoanas em razão da desigualdade educacional, racial e regional, somam-se particularidades relacionadas à assistência ao parto. Em muitos municípios, inclusive na maioria dos que foram afetados pela epidemia, este é realizado por parteiras<sup>9</sup> sem treinamentos específicos para a correta identificação de casos de SCZ.

Assim sendo, para revelar as peculiaridades da epidemia em Alagoas, Diniz procurou apresentar um “retrato da sobrevivência”, dizendo:

As mulheres da epidemia de zika em Alagoas são a face da desigualdade da sociedade brasileira: são jovens, negras e indígenas, cuja maioria delas vivenciou a primeira gravidez ainda na adolescência, são pouco escolarizadas e fora do mundo do trabalho. Quase todas são integralmente

---

<sup>9</sup> De acordo com o relatório, o “termo “parteiras” refere-se às técnicas de enfermagem ou enfermeiras que realizam o parto em ambiente hospitalar” (DINIZ, 2017, p. 20).

dependentes de políticas públicas de saúde, assistência social e educação para cuidar de si e de seus filhos afetados pela síndrome congênita do zika. Em todos os indicadores que apresentaremos, as mulheres da epidemia de zika estão em pior situação que as mulheres de mesmo perfil em Alagoas e em muito pior situação que as mulheres do restante do país. É o mapa da sobrevivência em extrema precarização da vida. (DINIZ, 2017, p. 32/33)

Ainda nesse contexto, segue apresentando uma gama de dados estatísticos sobre idade, cor e renda dessas mulheres. No tocante à idade, segundo o relatório, 51% das mulheres entrevistadas pela equipe durante a expedição engravidou e foi afetada pela epidemia ainda na adolescência, com idades variando entre 14 e 19 anos. Em alguns casos, os filhos afetados ou em investigação para a SCZ são o segundo, sexto ou sétimo filho. Assim, concluiu-se que “três em cada quatro mulheres cuidadoras de uma criança afetada ou em investigação para a síndrome congênita do zika engravidou na adolescência” (DINIZ, 2017, p. 33).

Quanto ao quesito cor, a pesquisa traz que essas mulheres são majoritariamente negras, 80% delas, o que representa uma taxa superior à nacional, que é de 53%, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2015. Aqui Diniz acrescenta que “Alagoas é terra de quilombolas e de nações indígenas” (DINIZ, 2017, p. 34) e que, inclusive, uma das mulheres entrevistadas era do povo Xucuru-Cariri.

A pesquisa fez também um cruzamento de dados entre idade e cor, e deste foi possível extrair outras características do perfil dessas mulheres como o nível de escolaridade. Dessa forma, 6% das mulheres eram analfabetas e entre as adolescentes, 52% não possuíam ensino fundamental completo.

Com relação à vida profissional, a pesquisa traz que o impacto no trabalho foi igualmente sentido por todas as mulheres e que 53% delas exercia trabalho remunerado antes da gravidez, sendo que, dentre estas, menos de um quarto retornou ao trabalho, não tendo sido a escolaridade um indicador determinante para este retorno, posto que somente uma das mulheres com educação superior retornou ao trabalho. Segundo Diniz, a maioria delas trabalhava em empregos domésticos, na agricultura, no comércio ou na educação.

Nesse sentido, a pesquisa aponta que todas as famílias sofreram perdas no padrão de vida em razão do decréscimo de renda com a saída da mulher do trabalho pago, bem como do aumento das despesas com transporte e medicamentos. Contudo, Diniz assevera que “a saída da mulher do trabalho pago tem efeitos negativos imediatos para a economia familiar, mas também para vários domínios de sua vida” (DINIZ, 2017, p. 43). Assim, para a pesquisadora, a consequência mais importante dessa saída é que a mulher se transforma em cuidadora em tempo integral, e, por conseguinte, garantidora do bem-estar da criança e do recebimento de seu “salário”, que muitas vezes acaba sendo uma fonte de renda para a família também. Em razão dos limites legais impostos quanto à renda familiar para recebimento de benefícios assistenciais, o recebimento do “salário da criança especial” é dependente da permanência da mulher em casa como cuidadora.

Neste ponto, a situação das mães adolescentes é ainda mais grave, segundo o relatório. De acordo com os relatos das mulheres entrevistadas, os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) orientam no sentido de que menores de 18 anos não podem ser titulares dos benefícios, salvo quando dependentes de um adulto. Assim, Diniz escreve:

É na interseção entre as diferentes políticas e idealizações sobre como deve ser a vida vivida que a precarização das mães adolescentes se agudiza: fora da escola, não são elegíveis ao Bolsa Família em sua família de origem com filhas, uma vez que o critério de inclusão no programa é matrícula na escola; cuidadoras solitárias em tempo integral, não retornam à escola, pois o critério para recebimento do benefício, para adolescente entre 16 e 17 anos, é de 75% de frequência às aulas; mães adolescentes sem qualquer registro de emancipação civil não são assistidas como sujeitos de direitos para os benefícios da assistência de seus filhos com a síndrome congênita do zika. (DINIZ, 2017, p. 46)

Nesse contexto, o relatório aponta que há “um desaparecimento da mulher cuidadora com direitos ou necessidades, e a emergência de uma figura de excessiva maternagem – seja para o cuidado da criança ou para a sobrevivência familiar”. Como cuidadora, a mulher cidadã deixa de existir para “as políticas sociais de transferência de renda ou para políticas contributivas de aposentadoria” e o período afastada do trabalho pago, somado à baixa escolaridade, “terão efeitos permanentes de exclusão” para a maioria das mulheres (DINIZ, 2017, p. 43 e 45).

Contudo, o estudo traz que há ainda um outro agravante, diante das incertezas envolvendo a Síndrome de Zika, é nos cuidados diários com a criança com SCZ, através da observação cotidiana de sinais e sintomas ainda desconhecidos, que “a ciência médica mais necessita das mulheres cuidadoras como primeiras observadoras dos sinais e sintomas da síndrome congênita do zika” (DINIZ, 2017, p. 47).

Dessa forma, a pesquisa conclui que a situação constatada em Alagoas é apenas uma parte do cenário geral de abandono em que se encontram as mulheres vítimas da epidemia de Zika e que os dados e as narrativas retratadas no relatório demonstram a desigualdade social brasileira já existente antes mesmo da epidemia. Conclui ainda que as mulheres mais afetadas pela epidemia foram as mais vulneráveis socialmente, e resume dizendo que elas são “adolescentes ou mulheres muito jovens, negras e indígenas, com pouca escolaridade e fora do mundo do trabalho” (DINIZ, 2017, p. 66).

Diniz faz também o alerta de que as mulheres e suas famílias não podem ser esquecidas pelo poder público, o que, para ela, poderá facilmente acontecer, sobretudo diante da declaração do fim da emergência em saúde pública em razão da epidemia do Zika. Segundo a pesquisadora, essas mulheres são “sobreviventes de uma epidemia” que poderia ter sido evitada não fosse a abundância do mosquito vetor no país e as condições sanitárias e de higiene em que vivem essas mulheres e suas famílias, obrigando-as a reservar água em recipientes inapropriados para tanto, o que contribui para a proliferação do mosquito. Assim, são “famílias desassistidas pelas políticas de proteção social” (DINIZ, 2017, p. 68).

Por fim, o relatório pede que “seja mantida a portaria da situação de emergência em saúde pública para a epidemia do vírus zika no Estado de Alagoas” e faz recomendações para o combate a novas epidemias, tratamento e acompanhamento das mulheres e crianças vítimas da epidemia de 2015, dentre outros. Tais recomendações são dirigidas à Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas, à Secretaria de Estado da Assistência e Desenvolvimento Social de Alagoas, à Secretária de Educação do Estado de Alagoas, às instituições públicas de ensino superior em atividade no estado de Alagoas, à Secretaria de Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente, à Superintendência de Transporte e Trânsito de Maceió,

ao Instituto Nacional de Seguro Social, ao Ministério de Desenvolvimento Social e Agrário, ao Ministério da Saúde e à Secretaria de Estado da Mulher e dos Direitos Humanos de Alagoas, as quais aqui destaca-se pela pertinência com o presente objeto de estudo:

- Articular junto às demais pastas ações para ampliação acesso à informação sobre os riscos da epidemia às mulheres em idade reprodutiva, com enfoque na promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, planejamento familiar e políticas de assistência às mulheres cuidadoras de crianças afetadas pela síndrome do vírus zika;
- Promover ações educativas e políticas eficazes para a inclusão dos direitos das mulheres e meninas no centro dos esforços de garantia de direitos violados pela epidemia de vírus zika;
- Promover debates sobre os efeitos da síndrome congênita do zika nas crianças, com objetivo de promover políticas de combate à discriminação por deficiência e de inclusão das crianças na vida social. (DINIZ, 2017, p. 77).

### 2.3. ESQUECIDAS E DESPROTEGIDAS – O impacto do vírus Zika nas meninas e mulheres no Nordeste do Brasil

Quase um ano depois que os médicos deram o alarme para a epidemia, a Human Rights Watch realizou pesquisa para entender os impactos desta nos direitos humanos de mulheres e meninas e em crianças com a Síndrome de Zika. Com relatório publicado em julho de 2017, a pesquisa se deu em dois estados da Região Nordeste do Brasil, Pernambuco e Paraíba, tendo sido realizada a maioria das entrevistas nas cidades do Recife, em Pernambuco, e de Campina Grande, na Paraíba, embora, muitos dos entrevistados residam em outras partes dos dois estados.

As entrevistas foram semiestruturadas e abordaram temas relacionados à saúde reprodutiva, acesso a informações e serviços e condições ambientais no contexto da epidemia do vírus Zika. Foram entrevistadas 96 mulheres e meninas<sup>10</sup> de 15 a 63 anos, sendo que 44 estavam grávidas ou tinham tido filhos recentemente, e 28 com crianças com síndrome de Zika; 09 homens, de 19 a 62 anos, que vivem em comunidades afetadas pelo surto de Zika, 04 dos quais eram parceiros de mulheres e

---

<sup>10</sup> Segundo o relatório, “a palavra “criança” refere-se a qualquer pessoa com idade inferior a 18 anos, e “menina” se refere a uma criança do sexo feminino”. (HRW, 2017, p. 19)

meninas entrevistadas para o relatório; 25 prestadores de serviços de saúde; e outros 28 especialistas, como promotores públicos, defensores públicos, pesquisadores acadêmicos e representantes de organizações não-governamentais (ONGs). A HRW também entrevistou autoridades de saúde e saneamento, totalizando 181 pessoas entrevistadas.

O estudo faz recomendações às autoridades de saúde, às envolvidas em infraestrutura e investimentos nas áreas de meio ambiente, água e esgoto, e às de todos os setores em geral das esferas federais, estaduais e municipais, bem como a outras ONGs internacionais atuantes nas áreas correlatas.

O relatório se inicia com uma contextualização do surgimento do vírus Zika no Brasil, trazendo que, os primeiros casos confirmados de infecção pelo vírus em 2015 colocaram o país no epicentro de uma nova epidemia. De acordo com o relatório, à epidemia, se seguiu uma crise de saúde pública que agravou as condições de vida de comunidades marginalizadas, ao mesmo tempo em que a própria crise foi agravada e amplificada em razão de acesso inadequado a água e saneamento, disparidades raciais e socioeconômicas em relação ao acesso a serviços de saúde e restrições aos direitos sexuais e reprodutivos. O estudo aponta que a epidemia e a resposta nacional e internacional a ela chamaram novamente a atenção para estes antigos desafios de saúde pública e direitos humanos no Brasil.

Ainda na contextualização da epidemia, a HRW traz que o clima úmido e tropical do Brasil contribuiu para a proliferação do mosquito *aedes aegypti*, e assim para a rápida disseminação do vírus Zika, e que as mudanças climáticas provavelmente elevarão a propagação de mosquitos transmissores de doenças em geral nas próximas décadas. Nesse sentido, o estudo aborda o Plano Nacional de Adaptação à Mudança do Clima (PNA) do governo federal brasileiro que reconhece que ““questões de raça e gênero” são “fatores que contribuem” para a vulnerabilidade social e que certos grupos socioeconômicos são desproporcionalmente impactados pela mudança climática””, bem como “a importância de utilizar critérios “sensíveis ao gênero” para desenvolver medidas de adaptação” (HRW, 2017, p. 25). Contudo, o relatório faz crítica ao fato de o PNA não incluir uma análise de gênero em sua

Estratégia de Povos e Populações Vulneráveis e de não reconhecer que as mulheres enfrentam maiores riscos de doenças transmitidas por vetores, como o Zika.

O estudo aponta ainda que os impactos de longo prazo do surto de Zika recaíram desproporcionalmente sobre mulheres jovens, solteiras e meninas negras<sup>11</sup>, sendo que cerca de 25%<sup>12</sup> das mulheres e meninas que tiveram bebês com microcefalia entre novembro de 2015 e setembro de 2016 tinham menos de 20 anos de idade. A Região Nordeste do Brasil é apontada como responsável por mais de 75% dos casos confirmados de bebês nascidos com a síndrome congênita de Zika desde o princípio da epidemia. Segundo o estudo, dentre essas mães adolescentes e jovens, 35 eram meninas de 10 a 14 anos. Nesse quesito o relatório destaca que meninas menores de 14 anos no Brasil são consideradas abaixo da idade do consentimento sexual, independentemente da idade de seus parceiros, o que se configura como estupro de vulnerável de acordo com o Código Penal Brasileiro.

O relatório lembra que mulheres e meninas no Brasil têm direitos constitucionais e legais garantidos de acesso à contracepção gratuita através do Sistema Único de Saúde (SUS), mas que, apesar disso, um estudo demográfico e de saúde nacional publicado em 2008 demonstrou que quase metade das gestações no país não é planejada ou é indesejada, o que indica uma necessidade de contracepção ainda não atendida. A HRW traz ainda que, de acordo com um estudo de 2016, “mulheres mais jovens, solteiras e meninas negras sem trabalho remunerado e com menos escolaridade eram mais propensas a relatar uma gravidez não intencional” (HRW, 2017, p. 31). O relatório diz, ainda, que as adolescentes podem ter uma maior necessidade de contracepção não atendida que outros segmentos da população.

O estudo enumera as respostas dadas à epidemia, e aqui destaca-se que o governo federal investiu recursos significativos na garantia de serviços para as populações afetadas, incluindo a aquisição de repelentes e testes de Zika e de gravidez, para mulheres grávidas inscritas no Bolsa Família<sup>13</sup>, bem como na

---

<sup>11</sup> De acordo com a HRW, mais de 75% das mulheres e meninas se identificam como “preta” ou “parda”.

<sup>12</sup> De acordo com a HRW, essa porcentagem foi obtida com base em “dados não publicados do Ministério da Saúde, obtidos por meio de um pedido de informação feito pelo jornal Estadão” (HRW, 2017, p. 25).

<sup>13</sup> Programa de transferência de renda do governo federal para famílias em situação de pobreza.

construção e reforma de centros especializados em reabilitação, para pessoas com deficiência. Neste ponto, a HRW encontrou falhas nas respostas dadas pelas autoridades brasileiras que “causam impactos nocivos e diversificados em mulheres e meninas e deixam a população em geral vulnerável a contínuos e futuros surtos de doenças graves transmitidas por mosquitos” (HRW, 2017, p. 41).

Quanto aos resultados encontrados pela pesquisa, a HRW traz que ao invés de planejar investimentos em infraestrutura de água e saneamento, as autoridades têm estimulado esforços domésticos<sup>14</sup> para combater a proliferação de mosquitos, sobrecarregando mulheres e meninas, que majoritariamente são as responsáveis pelas tarefas domésticas. Ademais, os papéis tradicionais de gênero na sociedade geralmente também atribuem às mulheres e meninas a responsabilidade principal pela prevenção da gravidez não planejada. Nesse sentido, o estudo traz que algumas mulheres e meninas não têm acesso a informações e serviços abrangentes de saúde reprodutiva no SUS, e, sendo o aborto crime no Brasil, mulheres e meninas grávidas acabam por recorrer a procedimentos clandestinos e muitas vezes inseguros para interromper uma gravidez indesejada.

Assim, mulheres e meninas carregam o ônus de prevenir a infecção por Zika e a transmissão ao feto durante a gravidez, a gravidez não planejada, e, ainda, a proliferação do mosquito transmissor em sua comunidade. Além disso, um outro achado da pesquisa é que elas também assumem predominantemente o cuidado primário dos bebês com síndrome congênita de Zika, muitas vezes sem o apoio necessário para tanto. Outro grande problema encontrado foi a falta de acesso às informações ou aos serviços de que precisam para se proteger do vírus.

Nesse sentido, a Human Rights Watch ouviu algumas defensoras dos direitos das mulheres que disseram que o foco do governo em intervenções domésticas para conter a proliferação do mosquito vetor teve um “efeito nocivo ou estigmatizante sobre mulheres e meninas, pois cria a impressão de que elas são culpadas por não conseguir controlar a população de mosquitos” (HRW, 2017, p. 57). O relatório cita

---

<sup>14</sup> A HRW ressalta que tais esforços são fundamentais para uma resposta emergencial de controle de vetores e as autoridades agiram corretamente ao enfatizar essas necessidades de forma imediata, mas que eles são inúteis e onerosos no médio e longo prazo.

Paula Viana, secretária executiva do Grupo Curumim<sup>15</sup>, que disse em entrevista à HRW: “Não há campanhas governamentais sobre os direitos das mulheres sobre a questão de Zika. É tudo sobre o mosquito. A mensagem para as mulheres é que você tem que limpar sua casa e não engravidar” (HRW, 2017, p. 57).

Dessa forma, para a ONG:

O Brasil deve desenvolver ações conjuntas para reduzir o número de casos de gravidez não planejada, fornecendo às mulheres e meninas informações e serviços abrangentes de saúde reprodutiva, incluindo opções contraceptivas de longo prazo, e identificar e resolver quaisquer problemas e obstáculos na distribuição e acesso aos mesmos. Também deve garantir que mulheres e meninas tenham autonomia reprodutiva e acesso ao aborto seguro e legal, para que não necessitem recorrer a procedimentos clandestinos que colocam suas vidas em risco para interromper uma gravidez não planejada e não desejada. Restrições legais excessivas ao acesso ao aborto dificultam uma resposta que respeite os direitos. (HRW, 2017, p. 58)

Neste ponto, a HRW faz também uma abordagem sobre direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Dentro dessa perspectiva, o estudo conclui que as mulheres e meninas que mais sofrem com as restrições legais ao acesso ao aborto são, novamente, as pobres e marginalizadas, que não têm condições de pagar por procedimentos seguros e acabam por recorrer a métodos inseguros de aborto ou sendo obrigadas a levar adiante uma gravidez que não desejam. Nesse sentido, com base num estudo de julho de 2016 publicado no *The New England Journal of Medicine* que analisou os pedidos de aborto em 19 países latino-americanos recebidos pela *Women on Web*<sup>16</sup> e detectou um aumento de 108% nos pedidos de aborto no Brasil após o anúncio feito pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) relacionado aos riscos do vírus Zika, a HRW concluiu que a “ansiedade e a incerteza em relação ao surto do vírus Zika podem ter aumentado a demanda por abortos ilegais no Brasil” (HRW, 2017, p. 66).

Nesse sentido, a ONG traz que a maioria das mulheres grávidas e meninas entrevistadas para a pesquisa disseram que os prestadores de serviços de saúde repassaram apenas informações básicas sobre a epidemia de Zika e as incentivaram a usar repelente, e que só um número bem pequeno recebeu informações básicas

---

<sup>15</sup> Organização feminista em Pernambuco.

<sup>16</sup> Organização sem fins lucrativos que oferece medicação para aborto em países onde os serviços de aborto seguro são altamente restritos.

sobre a transmissão sexual de Zika. Assim, a organização afirma que o governo brasileiro deve garantir que as mulheres grávidas e seus parceiros tenham informações e serviços completos para a prevenção da transmissão do vírus Zika durante a gravidez, inclusive por via sexual.

O estudo traz que os principais cuidadores de crianças afetadas pelo vírus são muitas vezes mulheres e meninas que tiveram suas vidas profundamente afetadas pela chegada de uma criança com deficiência, e que, por isso, o governo brasileiro deve fornecer apoio contínuo às crianças e suas famílias com serviços a curto e longo prazos para que estas possam viver com dignidade. No entanto, algumas mães entrevistadas pela ONG disseram que “têm de lutar pelo acesso aos serviços que seus filhos necessitam devido à centralização dos prestadores de serviços de saúde em áreas urbanas, transporte irregular e burocracia governamental” (HRW, 2017, p. 83). Além disso, também enfrentam problemas para acessar benefícios financeiros do governo que ajudam a cobrir as necessidades de seus filhos, considerando que muitas delas tiveram que parar de trabalhar ou estudar para cuidar de seus bebês.

Ademais, quase todas as mães de crianças com síndrome de Zika entrevistadas pela HRW relataram ter sofrido alguma forma de preconceito ou estigmatização social e disseram não ter recebido informações ou apoio psicológico suficientes. Ainda de acordo com os relatos, algumas delas, inclusive, receberam a notícia da “anomalia no desenvolvimento de seus filhos pela primeira vez no momento do parto, e a experiência que tiveram com a forma como os médicos e enfermeiras as trataram provocou um profundo impacto psicossocial em muitas delas” (HRW, 2017, p. 90), não tendo, em geral, recebido informações completas sobre o diagnóstico nem apoio psicológico ou aconselhamento para lidar com a notícia.

Também os pais das crianças com síndrome de Zika entrevistados para o estudo relataram enfrentar dificuldades emocionais e psicológicas e que necessitavam de mais apoio. Algumas mulheres disseram sentir que seus parceiros não tinham acesso adequado a apoio psicossocial. Algumas não achavam que este era suficiente, mas que estava disponível para a maioria. Contudo, enquanto muitas mães se articularam em busca de apoio, seja através de apoio psicológico ou social profissional, um grupo de apoio ou redes sociais informais ou, simplesmente,

mantendo contato constante com outras mães, os pais não tiveram a mesma iniciativa e nem se conectaram entre si da mesma maneira.

Em sua pesquisa, a ONG alerta para a responsabilidade das autoridades públicas em evitar reforçar estereótipos negativos de gênero em políticas e programas de apoio às crianças com síndrome de Zika e às famílias. Nesse sentido, diz:

Homens e meninos têm um papel importante tanto em combater a disseminação da doença como em assegurar que as crianças com síndrome de Zika tenham o melhor acesso a serviços e boa qualidade de vida. As autoridades brasileiras em todos os níveis devem tomar medidas para garantir que as políticas destinadas a prevenir a gravidez não planejada, prevenir Zika e outras infecções sexualmente transmissíveis, e cuidar de crianças com síndrome de Zika não reforcem práticas de gênero nocivas sobre as responsabilidades masculina e feminina nos relacionamentos e na família. (HRW, 2017, p. 94)

Todavia, os pais e as mães de crianças com síndrome de Zika entrevistados(as) para o estudo disseram que os desafios logísticos e financeiros dificultam o acompanhamento destes pais aos compromissos quase diários em várias unidades de saúde de seus filhos. “Os prestadores de serviços de saúde disseram à Human Rights Watch que, de forma esmagadora, são as mulheres e meninas que levam seus bebês com síndrome de Zika” (HRW, 2017, p. 97), confirmando os relatos.

Por fim, a ONG aponta para as obrigações de direitos humanos<sup>17</sup> do governo brasileiro relacionadas às respostas à epidemia: Acesso a serviços de saúde reprodutiva (Direito à informação, Acesso ao aborto legal e seguro); Direitos à água e ao saneamento; Direitos das pessoas com deficiência, incluindo apoio para suas famílias e cuidadores. E sintetiza:

Descobrimos que o surto do vírus Zika no Brasil impactou desproporcionalmente as mulheres e as meninas e agravou antigos problemas de direitos humanos, incluindo o acesso inadequado à água e ao saneamento, as disparidades raciais e socioeconômicas no acesso à saúde e as restrições aos direitos sexuais e reprodutivos. (HRW, 2017, p. 03)

Em vez de planejar investimentos adicionais em infraestrutura de água e saneamento para controlar a proliferação de mosquitos, a resposta do governo federal e estadual ao surto de Zika focou bastante em incentivar os

---

<sup>17</sup> O Brasil é parte de tratados internacionais que abordam o acesso a serviços de saúde reprodutiva, incluindo o aborto seguro e legal, os direitos à água e ao saneamento e outros direitos sociais, econômicos e culturais e os direitos das crianças e adolescentes — incluindo o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Direitos Culturais (PIDESC), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, em inglês), a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) e o Protocolo de San Salvador. (HRW, 2017, p. 102)

esforços a nível doméstico, especificamente a limpeza de recipientes de armazenamento de água, a eliminação de água parada nas casas e a pulverização para a erradicação de mosquitos. Mulheres e meninas são muitas vezes responsáveis por essas tarefas de controle vetorial em suas casas. Em uma fase de emergência, o controle de vetores com foco doméstico é fundamental, mas é um método insustentável de controle vetorial no longo prazo. Os esforços das mulheres e das meninas para controlar a proliferação de mosquitos em casa são onerosos e, muitas vezes, inúteis sem a necessária atenção do Estado às falhas estruturais nos serviços de água e esgotamento. (HRW, 2017, p. 04)

O risco de infecção por Zika durante a gravidez e as consequências resultantes provavelmente levarão ainda mais mulheres a buscar abortos inseguros e clandestinos. (HRW, 2017, p. 05)

Assim, a Human Rights Watch traz que uma resposta à epidemia de Zika baseada nos direitos humanos “deve preencher as lacunas no cumprimento dos direitos a água e saneamento, dos direitos reprodutivos das mulheres e meninas e dos direitos das pessoas com deficiência” (HRW, 2017, p. 41 e 42).

### CAPÍTULO 3: Problematização do perfil à luz da questão social

Antes de proceder à análise do perfil das mulheres mães de crianças com a SCZ à luz da questão social, é válido registrar rapidamente o que é a questão social com base nos ensinamentos de autores já consagrados no estudo do tema, quais sejam, Marilda Villela Iamamoto, Maria Carmelita Yazbek, José Paulo Netto e Potyara A. P. Pereira<sup>18</sup>. Assim, haverá uma melhor compreensão da discussão aqui proposta.

Para José Paulo Netto, a questão social é um ponto central e “praticamente consensual” na “agenda contemporânea” do Serviço Social, muito embora o significado desta expressão ainda não seja homogêneo e haja diversas compreensões e atribuições de sentido em torno dela. De acordo com Netto:

Todas as indicações disponíveis sugerem que a expressão “questão social” tem história recente: seu emprego data de cerca de cento e setenta anos. Parece que começou a ser utilizada na terceira década do século XIX e foi divulgada até a metade daquela centúria por críticos da sociedade e filantropos situados nos mais variados espaços do espectro político. A expressão surge para dar conta do fenômeno mais evidente da história da Europa Ocidental que experimentava os impactos da primeira onda industrializante, iniciada na Inglaterra no último quartel do século XVIII: trata-se do fenômeno do pauperismo. (NETTO, 2001, p. 42)

Segundo o autor, o uso da expressão questão social para designar esse pauperismo, relaciona-se com seus “desdobramentos sócio-políticos”. Netto entende a questão social no marco da tradição teórico-política marxista, assim, para ele esta “é constitutiva do desenvolvimento do capitalismo”, sendo determinada pela exploração, traço próprio da relação capital/trabalho. Nesse sentido, ele elenca como algumas das manifestações imediatas da questão social: “forte desigualdade, desemprego, fome, doenças, penúria, desamparo frente a conjunturas econômicas adversas etc.” (NETTO, 2001, p. 43 e 44).

Já para Potyara Pereira, “a *questão social* não é sinônimo da contradição entre capital e trabalho e entre forças produtivas e relações de produção [...] mas, de embate político, determinado por essas contradições” (PEREIRA, 2001, p. 54). Assim, Pereira entende que para se falar em *questão social*, é necessário haver antes um processo de politização, como ocorreu na Europa no século XIX com os problemas da alienação

---

<sup>18</sup> Foram consultados artigos dos referidos autores publicados na revista *Temporalis*, nº 3, Ano II (janeiro a junho de 2001), da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS).

do trabalho e da pauperização do proletariado. Dessa forma, a autora considera que os problemas atuais, como desemprego estrutural, aprofundamento da desigualdade social, globalização da pobreza, acirramento do racismo e das lutas étnicas, desmonte dos direitos sociais, são produtos da mesma contradição que gerou essa *questão social* constituída no século XIX, mas que, por ainda não terem sido suficientemente politizados, não podem ser considerados traços dessa mesma questão.

Nesse sentido, para Pereira a *questão social* é particular e historicamente situada, se constituindo em “um estágio mais avançado, conflituoso e consciente do movimento de reação das classes subalternas à dominação social capitalista” (PEREIRA, 2001, p. 60). É preciso um embate político acerca de um problema para que este seja traduzido em uma questão social.

Marilda Iamamoto por sua vez, traz 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” (IAMAMOTO, 2001, p. 10). Nessa perspectiva, a questão social se dá a partir de disputas de interesses de classes, sendo “parte constitutiva das relações sociais capitalistas” e “apreendida como expressão ampliada das desigualdades sociais” (IAMAMOTO, 2001, p. 10). Segundo a autora, a produção e reprodução da questão social na contemporaneidade assume “expressões historicamente particulares”.

Nesse sentido, Iamamoto explica:

A questão social expressa portanto *disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais*, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal. (IAMAMOTO, 2001, p. 17) (Grifo nosso).

Maria Carmelita Yazbek analisou “a pobreza e a exclusão social como algumas das resultantes da questão social que permeiam a vida das classes subalternas em nossa sociedade” (YAZBEK, 2001, p. 33). Por subalternas a autora entende sem protagonismo, sem poder, traduzindo a exploração e a dominação. Para a autora:

Pobreza, exclusão e subalternidade configuram-se, pois como indicadores de uma forma de inserção na vida social, de uma condição de classe e de outras condições reiteradoras da desigualdade (como **gênero, etnia, procedência** etc.), expressando as relações vigentes na sociedade. São produtos dessas relações, que produzem e reproduzem a desigualdade no plano social,

político, econômico e cultural, definindo para os pobres um lugar para os pobres. (YAZBEK, 2001, p. 34) (Grifo nosso).

Assim, segundo Yazbek, as consequências da questão social estão presentes justamente na vida das classes subalternas, as quais são desprovidas de poder, trabalho e informação.

Feitas essas ponderações preliminares sobre a questão social, é importante registrar que para realizar a análise aqui proposta, filiar-se-á às concepções de Lamamoto e Yazbek acerca do tema.

Conforme o já citado relatório da HRW, o surto do vírus Zika no Brasil impactou desproporcionalmente as mulheres e as meninas e agravou antigos e conhecidos problemas de direitos humanos e cidadania, incluindo o acesso à água e ao saneamento, as disparidades raciais e socioeconômicas no acesso à saúde e as restrições aos direitos sexuais e reprodutivos.

Ainda de acordo com a organização, a resposta das autoridades brasileiras à epidemia de Zika se concentrou no combate ao mosquito, no acesso a serviços para populações afetadas e no desenvolvimento tecnológico, educação e pesquisa conforme previsto na Lei nº 13.301 de junho de 2016. No entanto, autoridades em todos os níveis não abordaram problemas sistêmicos relacionados aos serviços públicos de água e saneamento básico que exacerbaram a crise de Zika e de outras doenças, como a dengue.

Segundo a HRW, as crianças nascidas com microcefalia e outras complicações do vírus Zika precisarão de apoio e cuidados de longo prazo, sendo os principais cuidadores muitas vezes mulheres, que não têm recebido a assistência necessária do governo e da sociedade para suportar a carga econômica e psicossocial de cuidar de uma criança afetada pelo vírus.

Essa situação tende a se agravar diante da adoção de medidas de austeridade fiscal pelas autoridades brasileiras que podem diminuir o financiamento da saúde pública, educação e outros serviços que permitiriam às crianças com síndrome de Zika e seus cuidadores uma melhor qualidade de vida a longo prazo. Como já mencionado, em dezembro de 2016, o Congresso Nacional aprovou a Emenda

Constitucional nº 95, que congelou as despesas públicas por um período de 20 anos. Esse congelamento certamente irá atingir com mais força a camada mais pobre e mais vulnerável da população, aumentando os níveis de desigualdade em uma sociedade já extremamente desigual.

Em maio de 2017, o governo brasileiro decretou o fim da emergência nacional de saúde pública relacionada ao vírus Zika. Contudo, as condições que permitiram que o surto se alastrasse no país permanecem em grande parte sem solução, deixando a população vulnerável a futuros surtos, ameaçando a saúde pública.

Lamentavelmente, o Brasil é responsável pela esmagadora maioria dos casos de síndrome congênita de Zika em todo o mundo. Segundo dados do Ministério da Saúde apresentados na pesquisa da HRW, entre 2015 e abril de 2017, foram confirmados 2.698 casos de síndrome de Zika em lactentes e mais de 3.000 permanecem sob investigação.

Em dados<sup>19</sup> atualizados do Ministério da Saúde, no cumulativo de casos desde o início da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, entre 08/11/2015 a 03/03/2018, foram notificados 15.656 casos suspeitos de alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, dos quais 1.988 (12,7%) foram excluídos<sup>20</sup>, e 2.867 (18,3%) permaneciam em investigação quando da divulgação desses dados. Quanto aos casos com investigação concluída, 7.003 (44,7%) foram descartados<sup>21</sup>, 3.107 (19,8%) foram confirmados, 412 (2,6%) foram classificados como prováveis para relação com infecção congênita durante a gestação e 279 (1,8%) como inconclusivos.

A maioria dos casos notificados concentra-se na Região Nordeste do país (60,1%), seguindo-se as Regiões Sudeste (24,2%) e Centro-Oeste (7,3%). Os cinco

---

<sup>19</sup> Boletim Epidemiológico de Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, até a Semana Epidemiológica 09 de 2018.

<sup>20</sup> De acordo com Diniz (2017), descartados são os casos que passaram por avaliação médica e não correspondem aos sinais e sintomas da síndrome congênita do zika e excluídos são erros de digitação ou repetição de registros.

<sup>21</sup> Ibidem.

estados com maior número de casos notificados são Pernambuco (16,7%), Bahia (16,2%), São Paulo (9,2%), Rio de Janeiro (7,2%) e Paraíba (7,2%).

Assim, totalizam 4.120 casos notificados em 2015, 8.600 em 2016, 2.632 em 2017 e 304 em 2018. Entre 08/11/2015 a 03/03/2018, os casos confirmados de recém-nascidos e crianças, exceto os que evoluíram para óbito, somam-se 2.691. As crianças confirmadas estiveram concentradas na Região Nordeste com 1.790 casos.

Embora tenha havido uma diminuição no número de notificações desde o pico da epidemia em 2015, vê-se que os dados são realmente alarmantes e que o Nordeste definitivamente foi a região do Brasil mais atingida. Não é tanto, que dos três estudos aqui analisados, dois se concentraram na região. Esses dados são nada menos que o reflexo da desigualdade social brasileira.

Ademais, os estudos foram unânimes em afirmar que a epidemia atingiu desproporcionalmente mulheres e meninas, cujo perfil pode ser sintetizado, com base nos resultados apresentados, da seguinte maneira: jovens; negras e indígenas; nordestinas; solteiras; de baixa renda; periféricas aos grandes centros urbanos; com baixa escolaridade; sem emprego formal ou sem nenhum tipo de ocupação no mercado de trabalho; dependentes das políticas sociais do Estado.

Nesse sentido, em razão do perfil encontrado, os estudos também foram unívocos ao recomendar a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e meninas e o planejamento familiar, bem como de políticas públicas que promovam a igualdade de gênero, além de investimento nos sistemas de água, saneamento e esgoto. No tocante às consequências econômicas, o estudo promovido pelo PNUD em parceria com a IFRC é mais enfático quanto a isto, trazendo estimativas dos custos da epidemia a curto e longo prazos em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), com projeções do impacto na economia e no orçamento público.

Diante do exposto, tomando, pois, a questão social nos moldes do que ensina lamamoto e Yazbek, ou seja, que esta expressa desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, permeadas por relações de gênero, aspectos étnico-

raciais e processos de formações regionais, aqui considera-se que este perfil é a própria personificação da questão social brasileira.

O fato da Região Nordeste possuir o pior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)<sup>22</sup> do país e ter sido a região que mais sofreu com a epidemia, não é mera coincidência. A pobreza que atinge a região em razão de seu processo de formação diferenciado de outras regiões do país, como a sudeste, foi terreno fértil para a eclosão da epidemia nas proporções colossais em que esta se deu.

Ademais, tendo sido mulheres e meninas negras e pobres, atingidas desproporcionalmente pela epidemia de 2015, restam evidenciados mais dois fatores importantes mediatizadores da questão social brasileira nessa tragédia humanitária: a relação de gênero e o aspecto étnico-racial. Uma reportagem publicada no *site* oficial da Organização das Nações Unidas (ONU) em março de 2016, aborda relatório sobre a conjuntura brasileira, apresentado ao Conselho de Direitos Humanos da Organização e publicado naquele mesmo ano. Segundo a reportagem, o relatório, elaborado pela especialista independente da Organização sobre minorias, Rita Izsák, alertou que no Brasil, a violência, a criminalização e a pobreza “continuam a ter uma cor”, ou seja, afetam também de forma desproporcional a população negra do país.

Segundo a especialista, o “mito da democracia racial”<sup>23</sup> no Brasil coloca obstáculos a uma abordagem franca do racismo na sociedade, levando à crença de que a situação da população negra seria causada apenas por fatores de classe/econômicos. De acordo com Izsák, esta população responde por 70,8% dos 16,2 milhões de brasileiros vivendo em extrema pobreza e por 80% dos analfabetos do país, sendo que 64% dos afrodescendentes não completaram a educação básica.

---

<sup>22</sup> O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida calculada pelo PNUD a partir de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano, quais sejam, longevidade, educação e renda, assim como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), porém, adequando a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais. Segundo dados de 2016, a Região Nordeste possui o pior IDHM do país, 0,663, enquanto o IDH do Brasil é 0,754. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-o-idhm.html>> e <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home.html>>. Acesso em: 28/05/2018.

<sup>23</sup> “Democracia racial” é um termo usado para descrever relações raciais no Brasil, que denota a crença de que o país escapou do racismo e da discriminação racial. O conceito foi apresentado inicialmente pelo sociólogo Gilberto Freyre, na sua obra *Casa-Grande & Senzala*, publicada em 1933. Disponível em: <<https://www.infoescola.com/sociologia/democracia-racial/>>. Acesso em: 29/05/2018.

De acordo com reportagem publicada em 2015 pela Empresa Brasileira de Comunicação (EBC), a população que se identifica como preta ou parda, segundo dados divulgados naquele mesmo ano pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na Síntese de Indicadores Sociais, representa apenas 17,4% do total da parcela mais rica<sup>24</sup> do país, sendo que mais de 79% deste grupo são de pessoas brancas. Este dado evidencia qual é a parcela de participação da população negra no capital do país.

A situação das mulheres brasileiras negras também preocupou Rita Izsák, que concluiu em seu relatório que em comunidades marginalizadas, como favelas e periferias, meninas e mulheres negras estão particularmente mais suscetíveis a diferentes formas de abuso, incluindo violência sexual e doméstica. Neste ponto, chega-se ao complexo inter cruzamento desses dois fatores já complexos e profundos por si só, raça e gênero, com a pobreza. Nesse sentido, pertinente se faz uma ponderação mais atenciosa do tema, porém sem pretensões de esgotamento deste, tanto em razão de sua profundidade, quanto pelo tempo que deve ser despendido com justeza, não sendo, assim, o presente trabalho de conclusão de curso o meio mais apropriado para tanto.

Laís Abramo (2010), diretora da Divisão de Desenvolvimento Social da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (Cepal), traz que sistematicamente as mulheres, os negros e especialmente as mulheres negras, em que se entrecruzam esses dois fatores, aparecem nos piores números do mercado de trabalho. Segundo Abramo, a discriminação de gênero e raça são padrões basilares da desigualdade social brasileira, sendo o Brasil um país extremamente desigual. Para ela, “para avançar significativamente na redução dessa desigualdade social, é fundamental enfrentar, ao mesmo tempo, e não como uma tarefa futura, a desigualdade de gênero e de raça” (ABRAMO, 2010, p. 162).

Abramo, aponta, ainda, que a situação entre as jovens mulheres negras é ainda pior, posto que boa parcela delas, nem estuda, nem está no mercado de trabalho, devido “à incidência da maternidade precoce e ao fato de que, muitas vezes, são

---

<sup>24</sup> De acordo com a reportagem, este grupo é formado por pessoas que moram em domicílios cuja renda média é de R\$ 11,6 mil por habitante.

essas jovens que têm de ficar em casa cuidando dos irmãos ou dos parentes idosos doentes para que a mãe vá ao mercado de trabalho” (ABRAMO, 2010, p. 165).

Segundo dados do estudo “Retrato das desigualdades de gênero e raça”<sup>25</sup> do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) sobre a distribuição percentual da população feminina por cor/raça, segundo situação de pobreza<sup>26</sup> e localidade de 2015, cerca de 71,2% da população feminina negra no Brasil vive em situação de extrema pobreza, pobreza ou vulnerabilidade.

Com relação à Região Nordeste do país, em dezembro de 2017 a ONU fez o alerta de que mulheres nordestinas negras estão entre grupos mais vulneráveis a violência e pobreza. Segundo os dados apresentados na ocasião, cerca de 75% da população do Nordeste é negra, sendo que 43,4% das pessoas estão em situação de pobreza e 13% têm renda inferior a dois dólares por dia. Assim, a especialista da ONU Mulheres, Nadine Gasman, afirma que “não há desenvolvimento possível para o Brasil enquanto as mulheres negras continuarem como grupo que tem ficado para trás no acesso a direitos, condições decentes de sobrevivência e tomada de decisão”, e acrescenta que levantamentos recentes evidenciam a situação de vulnerabilidade das mulheres negras nordestinas.

Nesse sentido, em 2004, Abramo já alertava que as políticas públicas desenvolvidas para tentar combater a pobreza não consideram devidamente nem a dimensão de gênero, nem a de raça desse fenômeno, e assim, ela pode parecer heterogênea, mas não é. Nesse sentido, a autora traz:

A pobreza não é neutra. A pobreza tem sexo, tem cor, tem endereço. Isso significa que os fatores ligados à condição da família, ao ciclo de vida, ao sexo, à idade, à raça e à etnia, determinam formas diferenciadas de vivenciar a pobreza, e que determinados grupos da população são mais vulneráveis e têm uma dificuldade maior de superá-la. (ABRAMO, 2004, p. 18)

---

<sup>25</sup> O Retrato das desigualdades de gênero e raça tem por objetivo disponibilizar informações sobre a situação de mulheres, homens, negros e brancos no Brasil, apresentando indicadores oriundos da PNAD, do IBGE, sobre diferentes campos da vida social, de 1995 a 2015.

<sup>26</sup> Ibidem. Segundo o estudo, “pobreza” foi definida com base no Programa Brasil sem Miséria.

Segundo Abramo (2004), na mensuração da pobreza frequentemente são utilizados indicadores que levam em conta o rendimento familiar, ficando a família como unidade de análise, ao passo que e as diferenças que existem no seu interior, entre elas a de sexo, não são devidamente consideradas.

De acordo com Cássia Carloto e Silvana Mariano (2009), “sexo e cor são também definidores das desigualdades sociais” e a “presença mais notável de mulheres negras entre as pessoas pobres é reflexo de um processo histórico de (re)produção” dessas desigualdades (CARLOTO e MARIANO, 2009, p. 902). Assim, para elas a pobreza brasileira tem sim sexo e cor. As autoras fazem esta discussão no contexto do Programa Bolsa Família (PBF), que, para elas, com suas regras de seletividade e exigências de condicionalidades, de certa forma expressa a extensão da pobreza no Brasil e o papel que a sociedade espera que seja assumido pela mulher, ilustrando, enfim, o “quadro de desigualdades” no país.

Para Carloto e Mariano, tais condicionalidades interferem “diretamente na relação entre as mulheres, brancas e negras, e o Estado”, o modo como as mulheres estão sujeitas a obrigações impostas por este gera “efeitos para o tempo e o trabalho femininos” (CARLOTO e MARIANO, 2009, p. 902). Nesse sentido, as autoras colocam:

Tais obrigações se expressam no cumprimento de atividades e responsabilidades estipuladas pelas políticas sociais, com destaque para as políticas de desenvolvimento e, mais recentemente, para as de combate à pobreza. **O Estado cobra das mulheres pobres a execução de tarefas relacionadas ao cuidado de crianças, adolescentes, idosos, doentes e pessoas com deficiência.** (CARLOTO e MARIANO, 2009, p. 902) (Grifo nosso).

Ao exigir que exerçam esse papel, o Estado gera para as mulheres pobres “responsabilidades ou sobrecarga de obrigações relacionadas à reprodução social” (CARLOTO e MARIANO, 2009, p. 902). Dessa forma, as autoras consideram que tais obrigações demandam muito das mulheres, se constituindo em um dos fatores que promovem a desigualdade entre homens e mulheres, bem como entre as classes sociais, pois disponibiliza menos tempo para as mulheres se dedicarem ao trabalho remunerado.

As autoras lembram, que desde a década de 1990 programas focalizados de transferência de renda têm sido utilizados como estratégia de políticas de combate à pobreza, sendo os principais o Benefício de Prestação Continuada e o PBF, o primeiro sem e o segundo com condicionalidades. Para elas, ao priorizar o repasse de renda às mulheres, as transferências condicionadas de renda as envolvem em uma teia de obrigações para com o Estado, possuindo um claro marcador de gênero.

No caso das mães das crianças com SCZ, beneficiárias do BPC, embora a lei não faça condicionalidades expressas diretamente a estas mulheres, ao estabelecer um limite de renda familiar para recebimento do benefício, o Estado acaba por relegar, indiretamente, as mulheres ao papel de cuidadora também, frente à divisão sexual do trabalho vigente na sociedade e ao contexto econômico no qual estas mulheres estão inseridas. Ocorre que em razão da precarização do trabalho, com a informalidade e os baixos salários, muitas dessas mães não auferem uma boa renda com o seu trabalho pago, e, assim, na maioria dos casos não compensa financeiramente manter o seu trabalho em detrimento do recebimento do benefício. Nesse sentido, devendo a família permanecer dentro do limite de renda familiar imposto pela lei para recebimento do benefício, quando há necessidade de se fazer algum sacrifício para manter-se dentro deste limite, este certamente será feito pela mulher.

Assim, Carloto e Mariano acreditam que condicionalidades como as do PBF:

demonstram parte da problemática relacionada à cidadania das mulheres, em especial das mulheres negras. Devemos, ainda, tomar em consideração que a divisão sexual do trabalho, as responsabilidades com as tarefas de reprodução, sobretudo quanto às atribuições domésticas, e a quase interdição dos espaços de poder às mulheres, notadamente as negras, são fatores que contribuem para obstar a conquista das mulheres no campo da cidadania. (CARLOTO e MARIANO, 2009, p. 903)

De tal maneira, as autoras trazem que as atividades reprodutivas desempenhadas pelas mulheres pobres funcionam como um recurso aditivo aos programas de combate à pobreza com transferência condicionada de renda, tornando-os mais eficientes. Assim, estas contrapartidas acabam por “mobilizar as mulheres para o cumprimento das obrigações, as quais são primordialmente consideradas ‘femininas’” (CARLOTO e MARIANO, 2009, p. 905).

Todavia, Márcia Lima (2012) traz que transformações recentes na sociedade brasileira, sobretudo quanto às políticas afirmativas, levantaram um novo debate, qual seja, a “necessidade de políticas específicas para combater a desigualdade racial, portanto, um debate sobre raça e classe” (LIMA, 2012, p. 235). Tais políticas são baseadas em estudos sobre desigualdades raciais, cuja tese principal é a de que “preconceito e discriminação raciais estão intimamente associados à competição por posições na estrutura social, refletindo sobre diferenças entre os grupos de cor na apropriação de posições na hierarquia social” (LIMA, 2012, p. 235 e 236). Segundo Lima, pesquisas recentes demonstram a existência de “forte rigidez social” no Brasil, que por sua vez se torna “rigidez racial” nas tentativas de aquisição ou manutenção de posições sociais. Quanto à relação entre raça e pobreza, Lima traz que os estudos apontam que “há mais negros (pretos e pardos) entre os pobres, da mesma forma que há maior proporção de pobres no grupo negro do que no grupo branco” (LIMA, 2012, p. 236). Nesse ponto, a autora chama a atenção para o fato de que, apesar das recentes e significativas mudanças nas situações de pobreza, essas diferenças entre os grupos ainda perduram, comprovando a “rigidez racial” acima mencionada.

No tocante à igualdade de gênero, mais recentemente, iniciativas, como a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável lançada pela ONU em 2015, têm fomentado o debate a nível mundial. Dentre os 17 Objetivos e 169 metas a serem alcançados pela campanha, tem-se o Objetivo nº 5 a Igualdade de Gênero com as seguintes metas:

Objetivo 5. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas

5.1 Acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas em toda parte

5.4 Reconhecer e valorizar o trabalho de assistência e doméstico não remunerado, por meio da disponibilização de serviços públicos, infraestrutura e políticas de proteção social, bem como a promoção da responsabilidade compartilhada dentro do lar e da família, conforme os contextos nacionais

5.6 Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão

Um outro objetivo da Agenda é também a erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões, sendo este considerado o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável. Obviamente, este é o Objetivo nº 1 Erradicação da pobreza, com as seguintes metas:

Objetivo 1. Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares

1.1 Até 2030, erradicar a pobreza extrema para todas as pessoas em todos os lugares, atualmente medida como pessoas vivendo com menos de US\$ 1,90 por dia

1.2 Até 2030, reduzir pelo menos à metade a proporção de homens, mulheres e crianças, de todas as idades, que vivem na pobreza, em todas as suas dimensões, de acordo com as definições nacionais

1.3 Implementar, em nível nacional, medidas e sistemas de proteção social adequados, para todos, incluindo pisos, e até 2030 atingir a cobertura substancial dos pobres e vulneráveis

1.4 Até 2030, garantir que todos os homens e mulheres, particularmente os pobres e vulneráveis, tenham direitos iguais aos recursos econômicos, bem como o acesso a serviços básicos, propriedade e controle sobre a terra e outras formas de propriedade, herança, recursos naturais, novas tecnologias apropriadas e serviços financeiros, incluindo microfinanças

1.5 Até 2030, construir a resiliência dos pobres e daqueles em situação de vulnerabilidade, e reduzir a exposição e vulnerabilidade destes a eventos extremos relacionados com o clima e outros choques e desastres econômicos, sociais e ambientais

1.a Garantir uma mobilização significativa de recursos a partir de uma variedade de fontes, inclusive por meio do reforço da cooperação para o desenvolvimento, para proporcionar meios adequados e previsíveis para que os países em desenvolvimento, em particular os países menos desenvolvidos, implementem programas e políticas para acabar com a pobreza em todas as suas dimensões

1.b Criar marcos políticos sólidos em níveis nacional, regional e internacional, com base em estratégias de desenvolvimento a favor dos pobres e sensíveis a gênero, para apoiar investimentos acelerados nas ações de erradicação da pobreza

Contudo, tais objetivos, sobretudo a erradicação da pobreza, ainda que tomada sob um viés mais econômico como se vê na meta 1.1 acima transcrita, parecem quase que impossíveis de serem plenamente alcançados no contexto do sistema capitalista.

De acordo com Iamamoto (2008), “na raiz do atual perfil assumido pela questão social encontram-se as políticas governamentais favorecedoras da esfera financeira e do grande capital produtivo – das instituições e mercados financeiros e empresas

multinacionais” (IAMAMOTO, 2008, p. 28), dificultando o avanço de medidas progressistas. A autora traz que a expansão monopolista agudiza as desigualdades econômicas, sociais e regionais, posto que “favorece a concentração social, regional e racial de renda, prestígio e poder” (IAMAMOTO, 2008, p. 32).

Por fim, registra-se que Diniz traz que “as grandes epidemias já foram descritas como “armadilhas da pobreza”” (DINIZ, 2017, p. 68). Ela explica que, segundo Winford H. Masanjala:

“Armadilha da pobreza é definida como qualquer mecanismo retroalimentado que faz com que a pobreza persista. As armadilhas de pobreza não se referem apenas a dificuldade de contornar situações de baixa renda, mas a uma situação em que a evolução da riqueza ou do bem-estar dos membros de uma família está diretamente ligada às condições econômicas e sociais. De tal modo que, dependendo das condições de pobreza já vividas, os indivíduos poderão viver “trancados” na pobreza ou riqueza, se não indefinitivamente, por longos períodos de tempo. Uma característica da armadilha da pobreza é que os resultados “bons” e “ruins” se reforçam, de modo que pequenas intervenções ou eventos não resultarão em consequências a longo prazo” (MASANJALA, 2006, p. 58<sup>27</sup> apud DINIZ, 2017, p. 68. Tradução livre.).

Para a pesquisadora, a expressão descreve a situação das famílias dos estados nordestinos afetados. Segundo ela, as mulheres vítimas da epidemia de Zika de 2015 já eram “vulneráveis pela desigualdade social, pelos regimes históricos de exploração racial e regional [...]. Nenhuma delas está no topo da estratificação social da sociedade brasileira” (DINIZ, 2017, p. 68).

---

<sup>27</sup> Fonte indicada por Débora Diniz do trecho destacado: HIV/AIDS, Household Income, and Consumption Dynamics in Malawi. Em: Gillespie, Stuart (Org.). AIDS, Poverty, and Hunger: Challenges and Responses. Highlights of the International Conference on HIV/AIDS and Food and Nutrition Security, Durban, South Africa, 14-16, 2005. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute. (DINIZ, 2017, p. 68)

#### CAPÍTULO 4: Breves considerações sobre o papel da política social

Diante de todo o exposto, vê-se que a epidemia de Zika de 2015 atingiu, sobretudo, famílias já vulnerabilizadas pela desigualdade social. Para Débora Diniz (2017), em razão de suas consequências trágicas, a epidemia jamais terá um fim para as mães de crianças com síndrome congênita de Zika. De acordo com a pesquisadora, “o dia seguinte do “fim da epidemia” pode ter efeitos perversos para o esquecimento como uma doença do passado. Para elas [as mães], a ideia clássica de que uma epidemia teria início, meio e fim é uma fábula” (DINIZ, 2017, p. 68). As suas consequências permanecerão.

Dessa forma, medidas sérias devem ser tomadas para a amenização dessas consequências, bem como para que novas epidemias sejam evitadas. Contudo, assim como a epidemia do vírus Zika em si, as medidas inócuas adotadas pelas autoridades brasileiras constituem violações de diversos direitos sociais, e a solução definitiva para a questão perpassa pelo investimento em políticas públicas em várias frentes, como saúde e assistência social. De acordo com Potyara Pereira (2008), a política pública é gênero do qual a política social é espécie, e estas visam concretizar direitos sociais conquistados pela sociedade e incorporados nas leis. Assim, os direitos sociais só têm aplicabilidade por meio de políticas públicas, as quais são operacionalizadas através de programas, projetos e serviços, pensados estrategicamente com base em estudos e pesquisas.

Para a autora a “identificação das políticas públicas com os direitos sociais decorre do fato de esses direitos terem como perspectiva a equidade, a justiça social, e permitem à sociedade exigir atitudes positivas, ativas do Estado para transformar esses valores em realidade” (PEREIRA, 2008, p. 102). Dessa forma, a participação do Estado no campo de atuação das políticas públicas é considerada fundamental.

Ainda de acordo com Pereira, os direitos sociais dependem de recursos para serem efetivados e isso impõe desafios reais às políticas públicas que devem concretizá-los. Nesse sentido, estes desafios são potencializados diante das medidas de austeridade fiscal que vêm sendo implantadas no país.

Para Yamamoto (2008), a política social brasileira tem um marco determinante no governo de Fernando Henrique Cardoso em razão do acirramento neoliberal experimentado no país naquele período, que se traduziu na “ortodoxia monetarista” dentre outras. Para a autora, essas mesmas tendências da política econômica se reafirmaram no governo de Lula da Silva, servindo como pressuposto também para programas sociais.

De acordo com Antônio Carvalho e Paulo Buss (2009), as políticas públicas para a saúde desenvolveram-se de maneira organizada e sistemática a partir do século XVII. Nesse período surgiu o cuidado público com a saúde como política de proteção contra riscos sociais e ambientais, ou seja, surge a compreensão da determinação social na saúde e na doença.

Segundo os autores, a partir da década de 1970 consolidou-se um modelo explicativo mais abrangente do processo saúde-doença, o modelo do campo da saúde. De acordo com tal modelo, pode-se dizer que as condições de saúde dependem de quatro conjuntos de fatores: do patrimônio biológico do indivíduo; das condições sociais, econômicas e ambientais nas quais o indivíduo é criado e vive; do estilo de vida adotado pelo indivíduo; dos resultados das intervenções médico-sanitárias.

Nesse sentido, essa concepção parte do reconhecimento de que a saúde e a doença não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, “mas são influenciados pelas relações sociais e econômicas que engendram formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, renda, lazer e ambiente adequado, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida”. (CARVALHO e BUSS, 2009, p. 151) Dessa forma, para Carvalho e Buss, a dinâmica dessas relações entre os determinantes da saúde-doença caracteriza o perfil sanitário da população e, por isso, deve subsidiar a implementação de políticas de saúde.

Os autores trazem que a partir da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada no Canadá, consolidou-se o movimento da promoção da saúde, que considera como foco da ação sanitária os determinantes gerais sobre a saúde. Dessa maneira, a saúde é entendida como produto de uma gama de fatores

relacionados “à qualidade de vida, como padrões adequados de alimentação e nutrição, **habitação e saneamento**, trabalho, educação, ambiente físico limpo, **ambiente social de apoio a famílias e indivíduos**, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde” (CARVALHO e BUSS, 2009, p. 155) (Grifo nosso).

De acordo com Carvalho e Buss, na América Latina tais ideias encontraram uma realidade de pobreza e desigualdade, impondo um foco maior nas questões estruturais, priorizando os processos comunitários voltados para mudanças sociais. Contudo, embora as estratégias da promoção da saúde tenham logrado avanços no controle de algumas doenças crônicas e agudas, ainda existem enormes desigualdades. Nesse sentido, fala-se em iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos, ou seja, “desigualdades de saúde que, além de sistemáticas e relevantes, são evitáveis, injustas e desnecessárias, segundo a definição de Margareth Whitehead (2004)” (CARVALHO e BUSS, 2009, p. 157). Nesse sentido, fala-se em iniquidades em saúde, ou seja, desigualdades de saúde entre grupos e indivíduos de uma mesma localidade. Estas iniquidades são um dos traços mais marcantes da situação de saúde no Brasil, cujos determinantes se relacionam com as formas de organização da vida social.

Nessa perspectiva é pertinente retomar as ponderações feitas por Laís Abramo (2004) a respeito da relação entre a discriminação (de gênero e raça), a pobreza e a exclusão social. Segundo Abramo, muitas vezes essa discussão é feita separadamente, olvidando a forte relação entre as diversas formas de discriminação e os fenômenos de exclusão social, “que dão origem à pobreza e são responsáveis pela superposição de diversos tipos de vulnerabilidade e pela criação de poderosas barreiras adicionais para que as pessoas e os grupos discriminados possam superar a pobreza e a exclusão social” (ABRAMO, 2004, p. 18). Dessa forma, tem-se que as desigualdades sociais perpassam diversas dimensões, que se transcendem e impactam a vida do indivíduo em todos os aspectos, inclusive em sua saúde.

Assim, de acordo com Carvalho e Buss, o fator mais importante para explicar a situação de saúde de um país é a maneira como sua riqueza se distribui. A desigualdade na distribuição de renda não é somente prejudicial à saúde dos grupos

mais pobres, mas também à saúde da sociedade em seu conjunto. No caso do Brasil, a situação é duplamente grave, pois além de apresentar graves iniquidades na distribuição da riqueza, há grandes setores de sua população vivendo em situação de pobreza sem acesso a mínimas condições e bens essenciais à saúde.

Para lidar adequadamente com o processo saúde-doença, os autores afirmam que é preciso enfrentar as determinações econômicas e sociais com ações que envolvam mudanças no sistema de atenção à saúde e intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais por meio de políticas públicas intersetoriais. Nesse sentido, torna-se obrigatória a ação coordenada dos diversos setores e instâncias governamentais. Contudo, eles apontam que deve ser dada prioridade a “políticas de desenvolvimento, voltadas para a distribuição mais equânime dos recursos socialmente produzidos, subordinando a economia ao bem-estar social” (CARVALHO e BUSS, 2009, p. 160). Entretanto, o que se vê atualmente no Brasil é o congelamento dos gastos públicos, priorizando a economia em detrimento do bem-estar social.

Vale ressaltar que, como ensina Vicente de Paula Faleiros (1990), as políticas sociais não são formas estáticas de relação entre Estado e sociedade. Em períodos de crise, a agenda neoliberal sempre prevalece, propondo a extinção das medidas sociais e a volta ao mercado de trabalho, sem proteção do Estado, justamente no momento em que a população encontra-se mais vulnerável.

Iamamoto (2008) afirma que, em razão de tais políticas neoliberais na economia sob a órbita do capital, as múltiplas expressões da questão social “tornam-se objeto de ações filantrópicas e de benemerência e de “programas focalizados de combate à pobreza”, que acompanham a mais ampla privatização da política social pública” (IAMAMOTO, 2008, p. 36). Dessa forma, a responsabilidade do Estado é repassada para a sociedade civil.

Regina Célia Miotto (2010) traz que numa proposta protetiva, a proteção social se efetiva através da garantia de direitos sociais universais, pois somente através deles é possível consolidar a cidadania e alcançar a equidade e a justiça social. De acordo com Esping-Andersen (2000) apud Miotto (2010, p. 171), pode-se dizer que a

cidadania social vincula-se a dois processos, quais sejam, ao de desmercadorização e ao de “desfamiliarização”.

O processo de desmercadorização consiste na possibilidade que o indivíduo e a família têm de se manter sem depender do mercado. Já o processo de “desfamiliarização”, significa o abrandamento da responsabilidade familiar em relação a provisão de bem-estar social. Saraceno (1996) apud Miotto (2010, p. 171) afirma que “a presença do Estado na garantia dos direitos sociais torna possível a autonomia dos indivíduos em relação à autoridade familiar e da família em relação à parentela e a comunidade”. Além disso, a presença do Estado também pressupõe a diminuição dos encargos familiares.

Nessa perspectiva, Miotto traz que as políticas sociais são pensadas no sentido de socializar os custos enfrentados pela família antes que a sua capacidade se esgote. Ou seja, o Estado deve agir previamente e não posteriormente, para evitar situações de riscos sociais e violações de direitos. Para a autora, essa diferenciação entre propostas de ação estatal dá a dimensão do tensionamento de projetos no âmbito da política social: de um lado o receituário do projeto neoliberal para a sociedade; e do outro a garantia da cidadania social plena.

Contudo, retomando o postulado por Carloto e Mariano, tem-se o seguinte:

[...] no caso de ações como o PBF, as preocupações quanto à pobreza são dirigidas à família. O próprio direito ao recurso transferido é tipificado em termos de benefício à família, e não a indivíduos. Como consequência, as demandas feministas por atenção prioritária à situação das mulheres vão se transformando em familismos, que, no processo de tradução político-cultural, substituíram a demanda por empoderamento das mulheres por demandas que visam ao fortalecimento das famílias. A defesa da família como foco de preocupação é uma característica constitutiva de políticas de combate à pobreza como o PBF. Na medida em que a defesa da família é operacionalizada com foco nas funções femininas, logo essas políticas familistas reforçam a associação da mulher à maternidade. (CARLOTO e MARIANO, 2009, p. 905)

Dessa forma, constata-se que a política social brasileira de combate à pobreza ainda se encontra nos moldes do receituário neoliberal, agindo somente no esgotamento das famílias, ou seja interferindo posteriormente, bem como reforçando estereótipos machistas, criados pelo patriarcado capitalista, como o da “mulher cuidadora”, ainda que numa tentativa de empoderamento feminino. Assim, vê-se que

há uma linha bastante tênue entre esta tentativa e o reforço negativo de estereótipos que merece aperfeiçoamento.

De acordo com os estudos aqui apresentados, viu-se que os impactos de longo prazo do surto de Zika recaíram desproporcionalmente sobre mulheres e meninas, e mesmo diante deste quadro, o Estado não tomou para si a responsabilidade como deveria, tomando medidas de cunho mais imediato e até mesmo ineficazes, numa perspectiva neoliberal de corte de gastos sociais e cerceamento de direitos, bem como de sobrecarregando as famílias e, por conseguinte, o segmento feminino da população. A título de exemplo, segundo a HRW, o Estado deixou a maior parte do esforço diário de erradicação de mosquitos com as famílias, responsabilizando sobretudo mulheres e meninas, que são muitas vezes encarregadas das tarefas de controle vetorial em suas casas. No fim de 2015 foi lançada a campanha “Sábado de faxina — não dê folga para o mosquito da dengue”, pedindo à população que limpasse suas casas uma vez por semana. Um ano depois, o Ministério da Saúde lançou uma nova campanha com a mesma abordagem e um dia de limpeza diferente (sexta-feira).

No entanto, sem uma política de saneamento básico que garanta acesso a um abastecimento contínuo de água e a uma infraestrutura de esgotamento sanitário adequado, o acúmulo de água parada nas comunidades é inevitável. Dessa forma, os esforços das mulheres e das meninas para controlar a proliferação de mosquitos em casa são muitas vezes inúteis, tornando-se uma cruel responsabilização destas.

Ademais, ainda conforme os estudos, a análise do nexos entre o surto de Zika e a saúde reprodutiva aponta que o sistema público de saúde brasileiro pode não estar fornecendo informações e serviços completos de saúde reprodutiva para algumas mulheres e meninas. Além disso, a criminalização do aborto no Brasil e o risco de infecção por Zika durante a gravidez, com suas terríveis consequências, provavelmente levarão ainda mais mulheres a buscar abortos inseguros e clandestinos. Dessa forma, muitas mulheres e meninas não receberam em suas consultas pré-natais informações abrangentes sobre como prevenir a transmissão de Zika durante a gravidez, evidenciando que a política de saúde urge de melhorias quanto aos direitos sexuais femininos.

Nessa perspectiva, para Diniz “proteger a saúde reprodutiva depende da garantia de direitos”, diversamente do estado constante de desamparo vivenciado pelas mulheres com seus filhos vitimados pela epidemia, sendo imprescindível para tanto o “reconhecimento de que cuidar da saúde reprodutiva das mulheres é cuidar da saúde pública” (DINIZ, 2016, p. 142).

Enfim, dentro da atual lógica capitalista de organização socioeconômica, Josiane Santos aduz que “a pobreza, tomada como expressão máxima da questão social, somente pode ser entendida quando considerada a partir da incapacidade de reprodução social autônoma dos sujeitos” (SANTOS, 2012, p. 134). Nesse mesmo raciocínio, Faleiros (1990) traz que dentro dessa lógica os sujeitos são levados a sobreviver de forma independente através de um emprego e as situações sociais são transformadas em problemas individuais.

Todavia, Santos ressalta ainda que a “pauperização remete a outros indicadores sociais, como acesso a saneamento básico, habitação, educação, que determinam, por sua vez, os indicadores de saúde e assim por diante” (SANTOS, 2012, p. 134). Nesse sentido, a autora aponta para a importância da intervenção do Estado no cerne da questão social.

A pobreza e as demais expressões da questão social não podem ser consideradas “problemas individuais” e o Estado deve intervir em prol do elo mais fraco da relação contraditória entre o capital e o trabalho, a classe trabalhadora. Dentro das amarras do sistema capitalista, a principal ferramenta para a intervenção estatal é a política social. O perfil encontrado nos estudos das mulheres e meninas vítimas da epidemia de Zika de 2015 traz em si um universo de expressões da questão social, com vastas possibilidades de intervenção dentro da política social, com aspectos como étnico-raciais, pobreza, gênero, formação regional a serem abordados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme já exposto, no fim de 2014, autoridades de saúde no Nordeste brasileiro começaram a relatar casos de uma doença caracterizada por exantema e febre. Em maio de 2015, as autoridades de saúde confirmaram a transmissão local do vírus Zika no país, declarando no final deste mesmo ano emergência de saúde nacional à medida que os casos de microcefalia aumentavam. Em 2016, o Ministério da Saúde informou a existência de milhares de casos prováveis e de casos confirmados do vírus. Também em 2016, a OMS declarou emergência global de saúde pública em resposta à disseminação de Zika. E em 2017, o governo brasileiro decretou o fim da emergência nacional de saúde pública relacionada ao vírus Zika. Após o surto de 2015 no Brasil, o vírus foi associado a complicações neurológicas graves, nomeadas de síndrome congênita de Zika, em razão do nascimento de milhares de bebês com desenvolvimento atípico do cérebro acometidos pela doença através da transmissão vertical do vírus.

Mesmo que suas histórias desapareçam dos jornais, os milhares de crianças nascidas no Brasil com síndrome congênita de Zika precisarão de apoio e cuidados no longo prazo. Os principais cuidadores destas crianças são na maioria das vezes mulheres e meninas cujas vidas são profundamente alteradas após o nascimento de filhos com deficiência, precisando também de apoio do governo e da sociedade para o desempenho desta árdua tarefa, contudo, de acordo com os estudos aqui apresentados vê-se que estas têm se dedicado sem receber o apoio total de que precisam.

Os estudos aqui apresentados apontaram ser de extrema importância a garantia dos direitos humanos fundamentais de mulheres e meninas no combate à doença e a novas epidemias, e para tanto o governo deve garantir que elas tenham acesso a informações e serviços abrangentes de saúde reprodutiva, incluindo autonomia total para interromper gestações. Contudo, os achados são de que o sistema público de saúde brasileiro pode não estar fornecendo informações e serviços completos de saúde reprodutiva para algumas mulheres e meninas. Para a organização, quando as autoridades de saúde não comunicam informações claras sobre a transmissão sexual do vírus, muitas pessoas percebem a prevenção da

transmissão de Zika durante a gravidez como responsabilidade exclusiva das mulheres grávidas. Além disso, a criminalização do aborto no Brasil e o risco de infecção por Zika durante a gravidez, com suas terríveis consequências, levaram muitas mulheres a buscarem a alternativa do aborto, o aumento de pedidos de ajuda feito a ONGs baseadas na *internet* que fornecem gratuitamente medicações para tanto foi uma demonstração disso, e provavelmente levarão ainda mais mulheres a buscar abortos inseguros e clandestinos.

Ainda de acordo com os estudos, a resposta das autoridades brasileiras à epidemia de Zika se concentrou no combate ao mosquito, no acesso a serviços para populações afetadas e no desenvolvimento tecnológico, educação e pesquisa conforme previsto na Lei nº 13.301 de junho de 2016. No entanto, autoridades em todos os níveis não abordaram problemas sistêmicos relacionados aos serviços públicos de água e saneamento básico que exacerbaram a crise de Zika e de outras doenças, além dos cortes com gastos públicos que dificultam a implementação de algumas medidas previstas.

O Estado não tomou para si a responsabilidade como deveria, deixando maior parte do esforço diário de erradicação de mosquitos com as famílias, responsabilizando sobretudo mulheres e meninas, que são muitas vezes encarregadas das tarefas de controle vetorial em suas casas. No fim de 2015 foi lançada a campanha “Sábado de faxina — não dê folga para o mosquito da dengue”, pedindo à população que limpasse suas casas uma vez por semana. Um ano depois, o Ministério da Saúde lançou uma nova campanha com a mesma abordagem e um dia de limpeza diferente (sexta-feira).

Contudo, sem acesso a um abastecimento contínuo de água e a uma infraestrutura de esgotamento sanitário adequado, o acúmulo de água parada nas comunidades é inevitável. Dessa forma, os esforços das mulheres e das meninas para controlar a proliferação de mosquitos em casa são muitas vezes inúteis, tornando-se uma cruel responsabilização destas.

Assim, tem-se que os impactos de longo prazo do surto de Zika recaíram desproporcionalmente sobre mulheres e meninas, cujo perfil foi aqui sintetizado, com

base nos resultados apresentados, da seguinte maneira: jovens; negras e indígenas; nordestinas; solteiras; de baixa renda; periféricas aos grandes centros urbanos; com baixa escolaridade; sem emprego formal ou sem nenhum tipo de ocupação no mercado de trabalho; dependentes das políticas sociais do Estado.

Problematizando esse perfil à luz da questão social, tendo sido mulheres e meninas, negras e pobres, atingidas desproporcionalmente pela epidemia, viu-se que dois importantes fatores mediatizadores da questão social brasileira de destacaram nessa tragédia humanitária: a relação de gênero e o aspecto étnico-racial. Além disso, também restou demonstrado que estes fatores são influenciadores das situações de pobreza.

Quanto às desigualdades raciais, Lima (2012) considera que existem mudanças recentes para sua redução, destacando o papel das ações afirmativas e das políticas sociais, sobretudo as de transferência de renda para tanto. Contudo, para a autora esses avanços ainda são tímidos, frente à gigantesca desigualdade racial existente, sendo necessário ainda muito trabalho para se alcançar uma sociedade realmente mais igualitária nesse sentido. É forçoso registrar que esta opinião é partilhada pelo presente estudo.

Para Laís Abramo (2010), há uma relação muito clara entre o combate à discriminação e a promoção da igualdade, nesse sentido ela cita a Convenção da Organização Internacional do Trabalho nº 111, da qual o Brasil é signatário, que traz que “a discriminação é justamente a negação da igualdade de oportunidade”. Assim, todos os países que ratificam a Convenção têm a obrigação de desenvolver políticas de promoção da igualdade.

No tocante à questão de gênero, Carloto e Mariano trazem que a política de assistência social brasileira identifica a família apenas pela mulher, desconsiderando o homem. Dessa forma, para as autoras, esta passa a ser “considerada com base nas funções maternas, o que fixa e essencializa o sujeito mulher”, e esses “processos de fixação e ‘essencialização’ de identidades, de homens e mulheres, constituem-se em sérios obstáculos para uma sociedade democrática” (CARLOTO e MARIANO, 2009, p. 907). Ainda de acordo com as autoras, a fixação de papéis sexuais, como a

delegação de tarefas reprodutivas às mulheres em programas da assistência social como o PBF, reforça a lógica da subordinação feminina, minimizando a responsabilidade dos homens e maximizando a responsabilização das mulheres com os papéis de cuidado.

Nesse mesmo raciocínio, Abramo considera também fundamental tratar a questão das responsabilidades familiares, sendo para ela “impossível que haja igualdade [...] se não houver uma redefinição dos papéis masculinos e femininos em relação à esfera reprodutiva ou à esfera do cuidado” (ABRAMO, 2010, p. 160).

Nesse sentido, mais recentemente, iniciativas, como a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável lançada pela ONU em 2015, já aqui mencionadas, têm fomentado o debate sobre a igualdade de gênero a nível mundial. Dentre os 17 Objetivos e 169 metas a serem alcançados pela campanha, tem-se o Objetivo nº 5 a Igualdade de Gênero.

Além disso, um outro objetivo da Agenda (Objetivo nº 1) é também a erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões, sendo este considerado o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável.

Contudo, tais objetivos, sobretudo a erradicação da pobreza, ainda que tomada sob um viés mais econômico, parecem quase que impossíveis de serem plenamente alcançados no contexto do sistema capitalista. Como já posto aqui, a questão social tem seu berço no capitalismo, sendo “parte constitutiva das relações sociais capitalistas” e “apreendida como expressão ampliada das desigualdades sociais” (IAMAMOTO, 2001, p. 10). Nessa perspectiva, a questão social se dá a partir de disputas de interesses de classes, assim, enquanto houver estratificação da sociedade, haverá expressões da questão social, especialmente a sua expressão máxima, a pobreza.

Segundo Yazbek, “violência da pobreza é parte de nossa experiência diária” e “a reprodução ampliada da questão social é reprodução ampliada das contradições sociais” (YAZBEK, 2001, p. 35 e 39). A autora traz ainda que dentro dessa lógica

“aparece com força a defesa de alternativas privatistas para a questão social, envolvendo a família”, numa “visão de política social apenas para complementar o que não se conseguiu via mercado, família ou comunidade” (YAZBEK, 2001, p. 37).

De acordo com Ivanete Boschetti (2016), a “transferência de atividades públicas de proteção social para as famílias e a sociedade civil, o que provoca o crescimento constante de atribuições e responsabilidade das famílias e de associações, em nome da participação e solidariedade familiar e comunitária” (BOSCHETTI, 2016, p. 125), é uma das tendências nos países de capitalismo periférico.

Para Boschetti, com a promoção de contrarreformas, o objetivo do Estado não é mais proteger a classe trabalhadora, mas sim limitar o aumento das despesas públicas por meio da restrição ou redução de direitos, como ocorreu com a Emenda Constitucional nº 95 que limita por 20 anos os gastos públicos. Conforme a autora, após a previdência social, a saúde pública tem sido o segundo alvo das contrarreformas. Lamentavelmente, esta tem sido a triste realidade do sistema de proteção social brasileiro.

Entretanto, como apontado por Lima, o Brasil tem experimentado transformações importantes que têm contribuído para os debates das desigualdades em geral. Para a autora, “tais transformações estão associadas a mudanças de caráter estrutural, mas há também ênfase sobre o esforço de enfrentamento das desigualdades via políticas sociais” (LIMA, 2012, p. 233), sendo a ampliação e reformulação destas de extrema importância para um novo cenário social (Barros et al., 2000 apud LIMA, 2012, p. 233).

Assim, ainda que as medidas apresentadas nos debates, nacionais e internacionais, e adotadas no combate às desigualdades sociais, raciais e de gênero não sejam medidas revolucionárias, posto que não são questionadoras do modo de produção capitalista, fonte destas desigualdades, elas são ao mesmo tempo extremamente positivas para combater-las.

Dessa forma, no tocante ao combate ao Zika, ainda que algumas medidas possam vir a sobrecarregar as comunidades, posto que ao conclamá-las à prevenção da doença, o Estado pode se sentir autorizado a responsabilizá-las por isso, ou até

de forma contraditória, mesmo após reconhecer que mulheres e meninas foram atingidas desproporcionalmente pela epidemia, ressaltar a participação da mulher no sucesso deste combate, como ocorreu no estudo do PNUD/IFRC, que em uma de suas recomendações escreveu que “o sucesso exigirá mudança de comportamento, participação ativa da comunidade e envolvimento de um amplo leque de partes interessadas, **incluindo mulheres** e organizações religiosas” (PNUD/IFRC, 2017, p. 10) (Grifo nosso), elas também têm potencial para render bons frutos. Esse é o caso do Coletivo de Mulheres do Calafate, uma organização de base comunitária e feminista fundada por Marta Leiro em 1992, em Salvador-BA.

No Calafate, o tema Zika surgiu entre as mulheres quando muitos casos do vírus foram reportados na comunidade. Na época, as reações preconceituosas na comunidade ao primeiro caso de síndrome congênita de Zika, revoltou as companheiras do Coletivo, que resolveram se unir ao Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e a outras ONGs na iniciativa “Atuando em contextos de Zika: direitos reprodutivos de grupos em situação de vulnerabilidade” para levar informação à população da comunidade sobre a doença e maneiras de prevenção. E, assim, surgiu o projeto “Se Tem mulher tem luta - todas contra a zika”.

Finalmente, cabe aqui reforçar que dentro das amarras do sistema capitalista, a política social, mesmo que carente de aperfeiçoamentos, é ainda a principal ferramenta para a intervenção estatal, sobretudo nessa tragédia humanitária que foi a epidemia de Zika de 2015. As mulheres e meninas vítimas da epidemia e seus filhos e filhas com SCZ precisarão de apoio vitalício para suportar a carga do árduo cotidiano imposto pela doença. O perfil destas encontrado nos estudos aqui apresentados traz em si um universo de expressões da questão social, com vastas possibilidades de intervenção dentro da política social, mas sempre tendo como horizonte a importância de que as respostas do Estado ao surto de Zika não relevem os homens e meninos ou reforcem os estereótipos de gênero sobre saúde e cuidados, assoberbando mulheres e meninas já tão castigadas com os estigmas sociais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMO, Laís. DISCRIMINAÇÃO E AÇÕES AFIRMATIVAS NO BRASIL. In Revista TST, vol. 76, nº 4, p. 159 a 167. Brasília: TST, out/dez 2010.

\_\_\_\_\_. PERSPECTIVA DE GÊNERO E RAÇA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS. In: Mercado de Trabalho, p. 17 a 21. Brasília: IPEA, 2004.

ALMEIDA, Tatiana. Se Tem mulher, tem luta! Todas contra a zika. Disponível em: <<https://unfpabrazil.exposure.co/se-tem-mulher-tem-luta>>. Acesso em: 04/06/2018.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8742compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm)>. Acesso em: 06/09/2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/lei/L13301.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13301.htm)>. Acesso em: 06/09/2017.

\_\_\_\_\_. Boletim Epidemiológico: Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e doença aguda pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 15 de 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/16/2018-020.pdf>>. Acesso em: 28/05/2018.

\_\_\_\_\_. Boletim Epidemiológico: Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas até a Semana Epidemiológica 09 de 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/16/BE-2018-019.pdf>>. Acesso em: 28/05/2018.

Brasil: Violência, pobreza e criminalização 'ainda têm cor', diz relatora da ONU sobre minorias. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/brasil-violencia-pobreza-e-criminalizacao-ainda-tem-cor-diz-relatora-da-onu-sobre-minorias/>>. Acesso em: 28/05/2018.

BOSCHETTI, Ivanete. *Assistência Social e Trabalho no Capitalismo*. São Paulo: Cortez, 2016.

CARLOTO, Cássia Maria; e MARIANO, Silvana Aparecida. *GÊNERO E COMBATE À POBREZA: PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA*. In: *Revista Estudos Feministas*, p. 901-908, 17(3): 312. Florianópolis: setembro-dezembro/2009.

CARVALHO, Antônio Ivo de; e BUSS, Paulo Marchiori. *Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção*. In: *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, p. 141-166. 2009

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

\_\_\_\_\_. *Zika em Alagoas: a urgência de direitos*. 84 p. Brasília: Letras livres, 2017.

FALEIROS, Vicente de Paula. *O que é política social*. Coleção Primeiros Passos. 4ª ed. Brasília: Brasiliense, 1990.

IAMAMOTO, Marilda. *A questão social no capitalismo*. In: *Temporalis*, Ano 2, nº 3 (jan-jun/2001), p. 09-32. Brasília: ABEPSS/Graflines, 2001.

\_\_\_\_\_. *Estado, classes trabalhadoras e política social no Brasil*. In: BOSCHETTI et al. (org.) *Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas*, p. 13-43. São Paulo: Cortes, 2008.

LIMA, Márcia. "Raça" e pobreza em contextos metropolitanos. In: *Tempo Social, revista de sociologia da USP*, v. 24, n. 2, p. 233-254. São Paulo: novembro/2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (organizadora); DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 21ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MIOTO, Regina Célia. *Família, trabalho com famílias e Serviço Social*. In: *Serv. Soc. Rev.*, v. 12, nº 2, p. 163-176. Londrina: jan./jun. 2010.

Mesmo com maior participação, negros ainda são 17,4% no grupo dos mais ricos. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-12/negros-aumentam-participacao-entre-os-1-mais-ricos-no-brasil>>. Acesso em: 28/05/2018.

Mulheres nordestinas negras estão entre grupos mais vulneráveis a violência e pobreza, alerta ONU. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/mulheres-nordestinas-negras-estao-entre-grupos-mais-vulneraveis-a-violencia-e-pobreza-alerta-onu/>>. Acesso em: 31/05/2018.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da “questão social”. In: *Temporalis*, Ano 2, nº 3 (jan-jun/2001), p. 41 a 50. Brasília: ABEPSS/Grafline, 2001.

OBJETIVO 1. Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/ods5/>>. Acesso em: 04/06/2018.

OBJETIVO 5. Igualdade de gênero. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/ods5/>>. Acesso em: 04/06/2018.

PEREIRA, Potyara A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, I. et al. (Orgs.). *Política social no capitalismo: tendências contemporâneas*, p. 87-107. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. Questão social, Serviço Social e direitos de cidadania. In: *Temporalis*, Ano 2, nº 3 (jan-jun/2001), p. 51 a 62. Brasília: ABEPSS/Grafline, 2001.

PNUD, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras*. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/IDH/undp-br-macrorregioesbrasileiras-2016.pdf>>. Acesso em: 28/05/2018.

PNUD, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e IFRC, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. *UMA AVALIAÇÃO DO IMPACTO SOCIOECONÔMICO DO VÍRUS ZIKA NA AMÉRICA LATINA E CARIBE: Brasil, Colômbia e Suriname como estudos de caso*. Nova Iorque: PNUD, 2017.

Retrato das desigualdades de gênero e raça. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/retrato/apresentacao.html>>. Acesso em: 31/05/2018.

SANTOS, Josiane Santos. “Questão Social”, particularidades no Brasil. Coleção Biblioteca Básica de Serviço Social. Vol. 6. São Paulo: Cortez, 2008.

Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 22/04/2018.

WURTH, Margaret; BIEBER, João; e KLASING, Amanda. Esquecidas e desprotegidas: o impacto do vírus Zika nas meninas e mulheres no Nordeste do Brasil. Human Rights Watch. Disponível em: <<https://www.hrw.org/pt/report/2017/07/12/306265>>. Acesso em: 04/09/2017.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. In: Temporalis, Ano 2, nº 3 (jan-jun/2001), p. 33 a 40. Brasília: ABEPSS/Grafline, 2001.