

## QUESTÕES ÉTICAS E JURÍDICAS EM SAÚDE REPRODUTIVA

Infecção por vírus Zika no Brasil e obrigações de direitos humanos

Debora Diniz<sup>1</sup> | Sinara Gumieri<sup>2</sup> | Beatriz Galli Bevilacqua<sup>3</sup> | Rebecca J. Cook<sup>4</sup> |

Bernard M. Dickens<sup>4\*</sup>

1 Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasil.

2 Anis Instituto de Bioética, Brasília, Brasil.

3 Ipas, Rio de Janeiro, Brasil.

4 Faculdade de Direito, Faculdade de Medicina e Centro Associado de Bioética, Universidade de Toronto, Toronto, Canadá.

\* Correspondência - Bernard Dickens. Faculdade de Direito, Universidade de Toronto, Toronto, Canadá. E-mail:

bernard.dickens@utoronto.ca

Esta é a tradução do texto final do seguinte artigo: Debora Diniz, Sinara Gumieri, Beatriz Galli Bevilacqua, Rebecca J. Cook, Bernard M. Dickens, Debora Diniz, Sinara Gumieri, Beatriz Galli Bevilacqua, Rebecca J. Cook, Bernard M. Dickens, "Zika virus infection in Brazil and human rights obligations," publicado originalmente no *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 136.1 (Jan. 2017):105-110, reeditado aqui com permissão da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO).

### Resumo

A declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS) em fevereiro de 2016 de que a síndrome congênita do vírus Zika era uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional foi uma reação ao surto da síndrome no Brasil. Emergências de saúde pública podem justificar uma gama de respostas de direitos humanos, mas, no Brasil, a emergência expôs desigualdades existentes no sistema de saúde nacional. O desejo do governo de conter a síndrome, que está associada à microcefalia entre recém-nascidos, é frustrado pela falta de serviços de saúde reprodutiva. As mulheres de baixa renda, em especial, têm pouco acesso a tais serviços. A crise também evidencia os danos de uma legislação de acesso ao aborto restritiva e a potencial violação dos direitos humanos em relação à saúde das mulheres e com base em convenções da ONU sobre os Direitos das Crianças e sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Algumas sugestões foram propostas para que o governo possa solucionar as imensas desigualdades de

acesso à saúde entre a população brasileira, bem como colaborar com outros países nos quais a síndrome congênita do vírus Zika está se espalhando.

## PALAVRAS-CHAVE

Direitos das crianças; Síndrome congênita do vírus Zika; Direitos de pessoas com deficiência; Direitos humanos; Saúde pública; Direitos das mulheres; Infecção por Zika.

## 1 | INTRODUÇÃO

Em 1º de fevereiro de 2016, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (2005), a Organização Mundial da Saúde (OMS), em consonância com sua constituição, declarou a propagação do vírus infeccioso Zika uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional, em função do número de crianças nascidas com a síndrome congênita do vírus Zika a partir de mães por ele infectadas. Esta síndrome inclui uma ampla gama de malformações, incluindo a microcefalia, que pode levar a complicações neurológicas de grau moderado a grave. No início de fevereiro de 2016, o vírus Zika foi registrado em 33 países<sup>1</sup> - principalmente nas Américas e no Caribe – e a propagação da infecção é esperada<sup>2</sup>.

O Zika não é exatamente novo em áreas quentes e úmidas, particularmente naquelas com problemas ambientais de infraestrutura e água parada – terreno fértil para mosquitos. Ele é transmitido por mosquitos da família *Aedes* – notadamente *Aedes aegypti* - e foi identificado pela primeira vez em seres humanos na floresta Zika em Uganda, em 1952, com surtos subsequentes na África, Ásia, no Pacífico e nas Américas<sup>3</sup>. As tentativas de eliminar as infecções virais transmitidas pelo *Aedes aegypti* nas Américas já duram mais de um século<sup>4</sup>. Os sintomas da infecção pelo vírus Zika são frequentemente leves (entre eles, febre baixa, erupções cutâneas e coceira por 2 a 7 dias), auto-limitantes, e, quando tratados, o são ambulatorialmente<sup>5</sup>. No entanto, a síndrome de Guillain-Barré, uma infecção de caráter respiratório e efeito paralisante substancialmente mais grave<sup>6</sup>, tem sido associada ao vírus Zika<sup>7</sup>.

A incidência crescente da infecção pelo vírus Zika<sup>8</sup> causou alarme no Brasil, onde se concentra principalmente entre jovens mulheres pretas e pardas de baixa renda vivendo em regiões economicamente menos desenvolvidas do país<sup>9</sup>, incluindo regiões urbanas densamente povoadas e áreas remotas do sertão. O elevado número de casos

no país, que desencadeou uma preocupação internacional e levou à declaração da OMS de Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional<sup>10</sup>, tem implicações para a saúde das mulheres, bem como o bem-estar imediato e a longo prazo das crianças por elas concebidas<sup>11</sup>. Em março de 2016, o Ministério da Saúde do Brasil publicou diretrizes com recomendações no que tange ao planejamento familiar por meio dos cuidados de pré-natal assim como com os bebês. No entanto, tais diretrizes não reconhecem as dificuldades práticas que muitas mulheres brasileiras (em especial as mulheres de baixa renda nas regiões menos desenvolvidas) enfrentam para obter informações e acesso a meios de contracepção eficazes, e ignoram a ameaça à saúde pública nos casos de aborto inseguro<sup>12</sup> associada à lei absolutamente restritiva de direito ao aborto e sua forte criminalização no país<sup>13</sup>. Os desafios de implementar as recomendações e as sugestões do Ministério vão muito além dos aspectos médicos<sup>14</sup> e levantam sérias questões em relação aos direitos humanos e às obrigações legais de um país para alcançar a equidade no acesso à saúde, que se tornaram o mote de uma ação ajuizada perante o Supremo Tribunal Federal<sup>15</sup>.

## 2 | RESPOSTAS DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA E DIREITOS HUMANOS

As reivindicações de direitos humanos remontam à Revolução Francesa e à publicação de *Os Direitos do Homem* por Thomas Paine, em 1791, e outra menos citada, *Uma Reivindicação pelos Direitos da Mulher* por Mary Wollstonecraft, em 1792. No entanto, o fundamento moderno das reivindicações legais de direitos humanos aparece nas respostas internacionais aos atentados contra indivíduos e populações que antecederam e ocorreram durante a Segunda Guerra Mundial, na forma de uma série de convenções internacionais de direitos humanos acordadas sob os auspícios da Organização das Nações Unidas (ONU), criada em 1945. Com base na proteção dos direitos dos indivíduos contra governos, incluindo as autoridades militares, as reivindicações modernas incluem os direitos de populações e subgrupos, abrangendo os aliados de direitos que sofrem privações injustas relacionadas a baixos salários, e barreiras no acesso à educação e igualdade de oportunidades.

As medidas clínicas de saúde são buscadas no nível individual, tipificado na relação médico-paciente, mas a saúde pública é garantida (ou negligenciada) em nível governamental. As respostas às emergências de saúde pública são de responsabilidade

governamental, na melhor das hipóteses com a colaboração de agências e indivíduos do setor privado, mas, se necessário, podem acontecer em oposição aos desejos de grupos privados e interesses individuais, como em casos de ordens governamentais de vacinação compulsória e desapropriação de propriedade privada. A ética da saúde pública difere da bioética clínica - centrada na autonomia e nos interesses pessoais. Por esse motivo, autoridades em ética em saúde pública escreveram um ensaio pioneiro sobre sua gênese realçando que “À medida que iniciamos o processo de moldar uma ética em saúde pública, fica claro que a bioética é o lugar errado para começar”<sup>16</sup>. Da mesma forma, a legislação de saúde pública que cumpre as reivindicações de direitos humanos difere, em alguns aspectos, da legislação privada. Esta pode abordar questões como contratos privados, danos pessoais, bem como propriedade e transferência de propriedade, ao passo que a saúde pública requer o emprego de recursos governamentais e restrições que podem desagradar líderes religiosos, assim como outras preferências institucionais, como atenuar ou suspender leis que limitem o direito ao aborto.

A ação ajuizada perante o Supremo Tribunal Federal (ADI 5581) contra as ações governamentais inadequadas à emergência do Zika soma reivindicações pelos direitos humanos das mulheres a serviços e escolhas de saúde reprodutiva, com reivindicações de direitos humanos dos indivíduos que cuidam de crianças afetadas por complicações neurológicas e associadas, e também com reivindicações em nome das próprias crianças deficientes. As autoras da ação explicaram: "Estamos defendendo o direito das mulheres de ter acesso a informações e cuidados pré-natais abrangentes, incluindo, se infectadas, o direito de interromper a gravidez. Também defendemos o fortalecimento da proteção social e das políticas para as mulheres e famílias com crianças afetadas”<sup>17</sup>.

Na ação, direitos humanos da população em geral foram considerados violados em função de campanhas de educação pública inadequadas sobre a transmissão do vírus Zika, incluindo a transmissão sexual, assim como em função da indisponibilidade de métodos contraceptivos no sistema público de saúde. O desenvolvimento de políticas de planejamento familiar e cuidados de saúde reprodutiva é urgente. Ele deve seguir as normas internacionais e o consenso médico acerca dos melhores métodos contraceptivos disponíveis, incluindo os métodos reversíveis de longa duração. Busca-se também o direito de interromper a gravidez para as mulheres grávidas infectadas que

estejam sofrendo de ansiedade intensa em relação ao seu futuro e o dos seus filhos, prejudicando, dessa forma, sua saúde.

A ação aborda igualmente a incapacidade governamental de fornecer suporte financeiro adequado, incluindo licença-maternidade cumulável com o direito constitucional ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) para as crianças com deficiência, e também requer meios práticos de acesso a serviços de estimulação precoce para crianças com síndrome congênita do vírus Zika. A base da ação são as alegações de que as recomendações do Ministério da Saúde sobre a prevenção da gravidez não cumprem inteiramente as obrigações governamentais de direitos humanos para a proteção da saúde e que maior proteção é necessária para evitar a discriminação por deficiência, e também para enfrentar as desvantagens socioeconômicas e raciais, particularmente a cor da pele. Há evidências de que 80% dos recém-nascidos com síndrome congênita do vírus Zika nasceriam de mães pretas ou pardas<sup>18</sup>. Observa-se que “a epidemia reflete a desigualdade existente na sociedade brasileira”<sup>19</sup>.

### 3 | SAÚDE REPRODUTIVA E SEXUAL DAS MULHERES

Ao reagir a emergências, tanto as reais quanto as assim percebidas, os governos são cobrados pelas obrigações de direitos humanos que voluntariamente assumiram no âmbito dos acordos internacionais. No contexto da saúde, por exemplo, a vacinação obrigatória, a identificação de contatos e a notificação obrigatória de doenças a agências governamentais – que envolvem quebra de sigilo e quarentena forçada de indivíduos expostos a infecções – afetam o equilíbrio entre a proteção dos direitos humanos individuais e a busca do bem comum. Em contrapartida, os governos podem alegar incertezas científicas para se recusarem a agir diante de uma ameaça aparente por medo de serem acusados de agir precipitadamente sem provas suficientes. As respostas à infecção pelo vírus Zika, que se mostraram prejudiciais e mesmo catastróficas em partes do Brasil, foram cercadas pela incerteza científica dos efeitos do vírus<sup>20</sup>, a extensão das lesões dele resultantes<sup>21</sup> e os meios mais adequados para evitá-lo<sup>22</sup>. No entanto, o princípio da precaução, que surgiu para abordar os graves riscos para a saúde pública e ambiental na ausência de consenso científico, apoia intervenções preventivas para evitar danos potenciais, tais como danos físicos e mentais e a discriminação social injusta.

A recusa e obstrução a serviços de saúde sexual e reprodutiva, em particular para as populações vulneráveis, podem constituir violações de direitos humanos. O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que monitora o cumprimento do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU, diz que “A saúde sexual, como definida pela OMS, é um estado de bem-estar físico, emocional e social em relação à sexualidade”<sup>23</sup>. O conceito de saúde reprodutiva foi definido no Programa de Ação resultante da Conferência Internacional das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento de 1994, e inclui os direitos dos indivíduos a “serviços de saúde adequados que permitam às mulheres passar pela gravidez e pelo parto de forma segura e oferecer aos casais a maior chance de ter um bebê saudável”<sup>24</sup>. O dever do Estado de cumprir esse direito vai além da prevenção da morbimortalidade materna e infantil evitável, e também inclui medidas apropriadas para prevenir os efeitos físicos e mentais do vírus Zika sobre as mulheres e seus filhos.

A incidência de infecção por Zika no Brasil parece seguir a experiência comum de epidemias de doenças infecciosas, suscitando preocupações de igualdade social e justiça por meio de leis aplicáveis em qualquer país. Observou-se que “uma vez que as doenças infecciosas afetam principalmente os pobres e destituídos de poder, o tema das doenças infecciosas está intimamente ligado ao tema da justiça. A desnutrição, a água suja, as condições de moradia precárias, as más condições de trabalho, a falta de educação, a falta de saneamento e higiene e a falta de serviços de saúde decentes aumentam as chances de que as pessoas que sofrem com a pobreza também padeçam de doenças infecciosas”<sup>25</sup>. Essa observação, de uma perspectiva global, é claramente palpável no microcosmo brasileiro<sup>19</sup>, não apenas no epicentro demográfico da infecção por Zika, mas também em áreas periféricas<sup>9</sup>. O governo é, portanto, instado a tomar as medidas necessárias, de acordo com as obrigações de direitos humanos que voluntariamente assumiu em sua Constituição e nas convenções internacionais para efetivar um conjunto de direitos à saúde reprodutiva.

De acordo com o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais explicou que, tal como o direito à saúde em geral, “o direito à saúde sexual e reprodutiva implica um conjunto de liberdades e direitos. As liberdades incluem o direito de tomar decisões e fazer escolhas livres e responsáveis, sem violência, coerção e discriminação, sobre questões relativas ao corpo e à saúde sexual e reprodutiva. Os direitos incluem o livre acesso a toda uma gama de serviços de saúde, bens, serviços e informações que

asseguem a todas as pessoas o pleno gozo do direito à saúde sexual e reprodutiva nos termos do artigo 12 do Pacto”<sup>23</sup>. O artigo 12 reconhece “o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental”. Os direitos relevantes podem ser ordenados de acordo com prioridades diferentes, mas incluem o direito aos cuidados de saúde da mesma forma como os demais na comunidade, estar livre de tratamento ou punição desumana e degradante, incluindo negligência quanto ao tratamento indicado, e direitos à proteção especial e assistência a mulheres grávidas antes, durante e depois do parto, para crianças com deficiência e suas famílias.

#### 4 | DIREITOS DE SAÚDE REPRODUTIVA

A princípio, os direitos de saúde reprodutiva devem ser garantidos tanto para o controle quanto para a promoção da reprodução, mas dado que o Ministério da Saúde brasileiro emitiu suas diretrizes recomendando que as mulheres em risco de infecção por Zika evitassem a gravidez, somente o controle será abordado aqui. A legislação brasileira não impede que as mulheres façam uso de métodos contraceptivos, mas falha em garantir às mulheres marginalizadas seu acesso adequado. Nos termos do artigo 12, (item 1), da Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, os Estados comprometem-se a “assegurar... o acesso aos serviços de saúde, incluindo os relacionados ao planejamento familiar”, e de acordo com o artigo 12 (item 2), “garantir... serviços adequados em relação à gravidez, ao parto e ao puerpério, oferecendo serviços gratuitos quando necessário”<sup>26</sup>. Pelo fato de que “até agora não houve relatos (no Brasil) de mulheres ricas dando à luz bebês com Zika”, a ação ajuizada perante o Supremo Tribunal Federal defende “o fortalecimento da proteção social e de políticas para mulheres e famílias... incluindo benefícios imediatos de transferência de renda”<sup>17</sup> para auxiliar as mulheres pobres a obter serviços de planejamento familiar e serviços relacionados, inclusive os custos de transporte a prestadores de serviços.

A política do Ministério da Saúde parece ser dirigida à redução do nascimento de bebês com síndrome congênita do vírus Zika. Dessa forma, é perverso que as mulheres e os prestadores de serviços de saúde que pretendam agir de forma consistente com tal propósito público corram risco de enfrentar persecução penal e punição se tentarem interromper gestações no contexto da epidemia. Em 2012, o Supremo Tribunal Federal do Brasil decidiu que a lei penal proibitiva sobre o direito ao aborto

não é aplicável às gestações em casos de anencefalia<sup>27</sup>, nas quais os fetos não têm perspectivas de sobrevivência fora do útero. Antes da decisão de 2012, em um processo que visava à autorização judicial de tal interrupção da gravidez envolvendo a segunda gravidez de uma mulher de 19 anos chamada Gabriela, o caso levou tanto tempo para ser julgado que, “(cinco) dias antes de os Ministros julgarem o caso, Gabriela entrou em trabalho de parto e deu à luz um feto anencefálico a termo... declarado morto sete minutos após o nascimento”<sup>27</sup>. No entanto, “um grupo católico organizado contra o aborto queria impedir que o procedimento acontecesse e lutou contra sua autorização até o Supremo Tribunal Federal”<sup>27</sup>. Pode-se imaginar que o argumento de que as obrigações de direitos humanos exigem a limitação ou suspensão da lei penal que proíbe o direito ao aborto atrairá a mesma oposição no tribunal e enfrentará a mesma falta de apoio político.

É provável que a indiferença dos políticos, quando não a simpatia pela oposição religiosa ao aborto legal e seguro, seja mantida enquanto eles e suas famílias não forem afetados. As mulheres de baixa renda têm de enfrentar gestações perigosas e restrições legais à sua interrupção, ao passo que “mulheres de classe média e alta, que têm meios de procurar uma clínica privada, podem contar com uma ampla rede de serviços de aborto e pós-aborto – clandestinas em muitos casos, mas também algumas já bem estabelecidas – geralmente sem ter de se preocupar com autoridades policiais ou judiciais... Essa disparidade é um elemento-chave para manter intacta a oposição generalizada ao aborto, uma vez que uma mudança na legislação é muito menos importante para os segmentos politicamente e economicamente mais influentes da sociedade, dado que eles, em grande medida, recebem os serviços de aborto apropriados de que necessitam... e evitam consequências negativas para sua posição social, moral e religiosa”<sup>27</sup>.

O caso apresentado perante o Supremo Tribunal Federal pode servir para alertar os segmentos influentes da sociedade brasileira para as implicações econômicas de cuidar de um grande número de cidadãos com deficiência, bem como o aumento de taxas de morbimortalidade causadas por abortos inseguros. O aborto ilegal e inseguro é uma prática comum entre as mulheres brasileiras. Aos 40 anos de idade, uma em cada cinco mulheres já fez pelo menos um aborto<sup>28</sup>. O aborto inseguro está entre as cinco principais causas de morte materna no Brasil<sup>29</sup>, e a perspectiva de um aumento induzido por Zika poderia persuadir a opinião pública e o Judiciário a acomodar uma reforma legal que favoreça procedimentos seguros e legais. O Supremo Tribunal

Federal tem a oportunidade de corrigir a generalizada desigualdade socioeconômica. Essa iniquidade transcendeu décadas e continentes e ofereceu às mulheres mais ricas imunidade de fato contra as leis que proíbem o aborto, mas levou mulheres de baixa renda ao aumento da pobreza, ao cuidado de filhos que não podem sustentar ou aos riscos de abortos inseguros que causem lesões ou morte <sup>30</sup>.

## 5 | NECESSIDADES ESPECIAIS DAS CRIANÇAS

Dois dos mais recentes acordos internacionais sobre direitos humanos da ONU se emparelham ao condicionar as obrigações dos Estados de atender às necessidades especiais de crianças com síndrome congênita do vírus Zika, a saber, a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas Com Deficiência (CDPD), ambas ratificadas pelo Brasil. A CDC aplica-se a “todo ser humano com menos de dezoito anos de idade, a não ser que, em conformidade com a lei aplicável à criança, a maioridade seja alcançada antes” (artigo 1º), significando que as mães menores de 18 anos seriam “crianças” a não ser que se tornem maiores perante a lei local em função de casamento ou parto. A partir do nascimento da criança, o Estado compromete-se a respeitar e assegurar os seus direitos “sem distinção alguma, independentemente de raça, cor, sexo, idioma, crença, opinião política ou de outra índole, origem nacional, étnica ou social, posição econômica, deficiência, nascimento ou qualquer outra condição da criança, de seus pais ou de seus representantes legais” (artigo 2º, item 1), e “assegurar ao máximo a sobrevivência e o desenvolvimento da criança” (artigo 6º, item 2).

A vinculação à CDPD é feita por meio do artigo 23 da CDC, que exige que a criança com deficiência física ou mental desfrute de uma vida plena e decente em condições que garantam sua dignidade, favoreçam sua autonomia e facilitem sua participação ativa na comunidade. De acordo com o artigo 23, item 2, o Estado deve “reconhecer o direito da criança deficiente de receber cuidados especiais e, de acordo com os recursos disponíveis e sempre que a criança ou seus responsáveis reúnam as condições requeridas, estimular e assegurar a prestação da assistência solicitada, que seja adequada ao estado da criança e às circunstâncias de seus pais ou das pessoas encarregadas de seus cuidados.” De acordo com o item 3 do artigo 23, essa assistência “será gratuita sempre que possível, levando-se em consideração a situação econômica dos pais ou das pessoas que cuidem da criança, e visará a assegurar à criança deficiente

o acesso efetivo à educação, à capacitação, aos serviços de saúde, aos serviços de reabilitação, à preparação para o emprego e às oportunidades de lazer, de maneira que a criança atinja a mais completa integração social possível e o maior desenvolvimento individual factível...”. As limitações se referem à “prestação da assistência solicitada” (artigo 23, item 2), pois implica que os cuidadores responsáveis pelo pedido de ajuda disponham ou adquiram as informações, capacidade – inclusive de ler e escrever –, e a persistência para apresentar tal pedido específico, bem como que as ordens administrativas acerca da necessidade e da adequação da assistência possam reproduzir a indiferença política às reivindicações das populações pobres e desfavorecidas já observadas acima.

É razoável que a obrigação de direitos humanos de prestar assistência à criança que necessite de cuidados especiais esteja “de acordo com os recursos disponíveis”. (artigo 23, item 2). Contudo, não está assegurado que, sem a intervenção de uma ordem judicial de instâncias superiores, as necessidades das crianças afetadas por Zika e as de suas famílias sejam tratadas de forma prioritária na alocação de recursos públicos em relação à prestação de serviços de saúde ao restante da população nas áreas em que a infecção pelo vírus do Zika foram mais frequentes no Brasil. Uma medida de oferta de cuidados especiais poderia ser o cumprimento do direito à saúde geral da criança, que, de acordo com o artigo 24 (item 1) da CDC é “o direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde”. Para implementar esse direito, o Estado deve, entre outros, “reduzir a mortalidade infantil; assegurar a prestação de assistência médica e cuidados sanitários necessários a todas as crianças, dando ênfase aos cuidados básicos de saúde; combater as doenças e a desnutrição dentro do contexto dos cuidados básicos de saúde mediante, *inter alia*, a aplicação de tecnologia disponível e o fornecimento de alimentos nutritivos e de água potável; assegurar às mães adequada assistência pré-natal e pós-natal; desenvolver a assistência médica preventiva, a orientação aos pais e a educação e serviços de planejamento familiar”. (artigo 24, item 2).

A CDPD explica que seu propósito é “promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência”, que “têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas”. (artigo 1º). A explicação de “deficiência” da CDPD não é exaustiva. A Suprema Corte dos Estados Unidos, por exemplo, determinou

que a recusa de um indivíduo em tratar uma pessoa vivendo com HIV assintomático “incapacitou” a pessoa de “participar na sociedade em igualdade de condições com os outros”<sup>31</sup>. Portanto, a CDPD proibiria a discriminação não somente de pessoas com síndrome congênita do vírus Zika, mas também de pessoas cujos corpos permanecem infectados pelo vírus Zika<sup>5</sup>, satisfazendo o critério de terem um impedimento de “longo prazo”. Há a recomendação, por exemplo, de que “o uso de preservativos pode...ser necessário por 4 meses para prevenir a transmissão sexual” do vírus Zika<sup>32</sup>.

Na CDPD, “discriminação” tem ampla definição. Significa “qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nos âmbitos político, econômico, social, cultural, civil ou qualquer outro. Abrange todas as formas de discriminação, inclusive a recusa de adaptação razoável” (artigo 2º). Esta definição confere à CDPD um alcance abrangente para condenar todas as formas de discriminação por motivo de deficiência, mas dá especial atenção às mulheres e crianças com deficiência. O Estado “tomará todas as medidas apropriadas para assegurar o pleno desenvolvimento, o avanço e o empoderamento das mulheres, a fim de garantir-lhes o exercício e o gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais estabelecidos na presente Convenção” (artigo 6.º, item 2). Os direitos das mulheres têm especial importância quando elas são as cuidadoras primárias das crianças. Do mesmo modo, os Estados devem tomar “todas as medidas necessárias para assegurar às crianças com deficiência o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, em igualdade de oportunidades com as demais crianças” (artigo 7 item 1).

Os cuidados de saúde reprodutiva de indivíduos incapacitados por infecção pelo vírus Zika são abordados nos dispositivos que tratam do respeito pelo lar e pela família e da saúde. O Estado deve garantir que sejam reconhecidos os seus direitos de “decidir livre e responsabilmente sobre o número de filhos e o espaçamento entre esses filhos, e de ter acesso a informações adequadas à idade e a educação em matéria de reprodução e de planejamento familiar, bem como os meios necessários para exercer esses direitos”. (artigo 23 item 1). Do mesmo modo, o Estado deve oferecer “às pessoas com deficiência programas e atenção à saúde gratuitos ou a custos acessíveis da mesma variedade, qualidade e padrão que são oferecidos às demais pessoas, inclusive na área de saúde sexual e reprodutiva e de programas de saúde pública destinados à população

em geral” e prestará tais “serviços de saúde às pessoas com deficiência, o mais próximo possível às comunidades, inclusive na zona rural (artigo 25). As crianças são protegidas quando, por exemplo, as mulheres dispõem de meios adequados de espaçar os seus nascimentos.

Os custos que qualquer governo incorreria para cumprir as obrigações legais assumidas no âmbito do CDC e da CDPD poderiam constituir um argumento econômico cínico para contribuintes ricos e, por exemplo, agências internacionais de financiamento e fundações privadas de serviços de saúde a favor do planejamento familiar progressista e do aborto para as populações de baixa renda que talvez os defensores conscienciosos das políticas sintam vergonha de defender.

## 6 | EQUIDADE NA SAÚDE

Por trás das preocupações éticas e legais relativas à síndrome congênita do vírus Zika devido à infecção materna por Zika, das obrigações de direitos humanos no Brasil (e frequentemente em outros lugares), e da ação ajuizada perante o Supremo Tribunal Federal, estão as disparidades entre as condições de saúde e acesso a serviços de saúde nos diferentes setores da população. Tais questões não são exclusivas do vírus Zika<sup>33</sup>, mas têm especial destaque no Brasil, onde as desigualdades sociais no acesso a serviços de saúde reprodutiva seguros, incluindo o aborto <sup>27</sup>, são tão acentuadas. As desigualdades em saúde costumam estar relacionadas a “diferenças de saúde que não só são desnecessárias e evitáveis, mas também injustas e perversas”<sup>34</sup>, agora entendidas como disparidades de saúde que são perversas precisamente porque são evitáveis e, portanto, desnecessárias <sup>33</sup>. As estratégias de planejamento familiar podem evitar nascimentos de recém-nascidos com complicações de saúde, mas a prevenção da infecção por Zika em si continua sendo um trabalho em desenvolvimento, por exemplo, por meio do controle de mosquitos ou sua manipulação genética <sup>35</sup> ou do desenvolvimento de uma vacina <sup>22</sup> ou de uma medicação antiviral adequada<sup>36</sup>.

O tema da equidade em saúde, incorporando a compreensão em evolução dos determinantes sociais da saúde, gerou uma literatura moderna vasta e sofisticada<sup>37</sup>, mas uma conclusão generalizada que associa a saúde precária com a pobreza individual, familiar e comunitária é claramente sustentada pelas evidências do Brasil. Observa-se que “a epidemia de Zika deu ao Brasil uma oportunidade única para analisar a desigualdade e os direitos reprodutivos e mudar a forma como o país trata as mulheres.

Pedir às mulheres que evitem a gravidez sem oferecer a informação necessária, a educação, os contraceptivos ou o acesso ao aborto não é uma política de saúde razoável”<sup>19</sup>. Como foi explicado acima, esse fracasso também viola obrigações éticas e legais de direitos humanos. Fica claro o argumento de que o apoio, condicionamento ou mesmo tolerância de um governo à desigualdade de acesso à saúde na sua população é em si uma violação de direitos humanos<sup>33</sup>. Esta demanda transcende questões acerca dos cuidados clínicos com a infecção ou das necessidades individuais de recém-nascidos afetados e coloca a preocupação com a justiça no âmbito da saúde pública<sup>38</sup>.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores não têm conflitos de interesse.

## Referências Bibliográficas

---

<sup>1</sup> Maurice J. The Zika virus public health emergency: 6 months on. (A emergência de saúde pública do Zika vírus: 6 meses depois) *Lancet*. 2016; 388:449–450.

<sup>2</sup> Sun LH. Zika outbreaks most likely to hit eight countries in Asia, Africa. (Surtos de Zika com maior probabilidade de atingir oito países da Ásia e África) *The Washington Post*. 2 de setembro de 2016.

<sup>3</sup> Langer A, Caglia JM, Menendez C. Sexual and reproductive rights in the time of Zika in Latin America and the Caribbean. (Direitos sexuais e reprodutivos em tempos de Zika na América Latina e no Caribe) *Stud Fam Plann*. 2016; 47:179–181

<sup>4</sup> Webb Jr JLA. *Aedes aegypti* suppression in the Americas: historical perspectives. (A eliminação do *Aedes aegypti* nas Américas: perspectivas históricas). *Lancet*. 2016; 388:556–557

<sup>5</sup> Chang C, Ortiz K, Ansari A, Gershwin ME. The Zika outbreak of the 21st century. (O surto de Zika do século XXI). *J Autoimmun*. 2016; 68:1–13, página 7.

<sup>6</sup> Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome. (Síndrome de Guillain-Barré). *Lancet*. 2016;388:717–727.

<sup>7</sup> Cao-Lormeau V-M, Blake A, Mons S, et al. Guillain-Barré syndrome outbreak associated with Zika virus infection in French Polynesia: a case-control study. (Surto de síndrome de Guillain-Barré associado à infecção pelo vírus Zika na Polinésia Francesa: estudo de caso-controlado). *Lancet*. 2016;387:1531–1539.

<sup>8</sup> Franca GVA, Schuler-Faccini L, Oliveira WK, et al. Congenital Zika virus syndrome in Brazil: a case series of the first 1501 livebirths with complete investigation. (Síndrome do vírus Zika no Brasil: uma série de *cases* dos primeiros 1501 partos de nascidos vivos com investigação completa.) *Lancet*. 2016;388:891–904.

<sup>9</sup> Diniz D. Zika- Do Sertão Nordeste à Ameaça Global. Brasília: Civilização Brasileira/Record; 2016.

<sup>10</sup> Heukelbach J, Werneck GL. Surveillance of Zika virus infection and microcephaly in Brazil. (Acompanhamento da infecção pelo vírus Zika e microcefalia no Brasil). *Lancet*. 2016;388:846–847

<sup>11</sup> Driggers RW, Ho C-Y, Korhonen EM, et al. Zika virus infection with prolonged maternal viremia and fetal brain abnormalities. (Zika com viremia materna prolongada e anomalias cerebrais fetais.) *New England Journal of Medicine*. 2016;374:2142–2151.

- 
- <sup>12</sup> Baum P, Fiastro A, Kunselman S, et al. Garantindo uma resposta do setor de saúde com foco nos direitos das mulheres afetadas pelo vírus Zika. *Caderno de Saúde Pública*. 2016;32:e00064416. E-publicação 03 de junho de 2016. doi: 10.1590/0102-311X00064416.
- <sup>13</sup> Lopes da Costa A. Inquisição contemporânea: Uma história de perseguição criminal, exposição da intimidade e violação de direitos no Brasil. *SUR- Int J Human Rights*. 2013;19:175–191.
- <sup>14</sup> Haug CJ, Kieny MP, Murgue B. The Zika challenge. (O desafio Zika). *N Engl J Med*. 2016;374:1801–1803.
- <sup>15</sup> Boseley S. Zika emergency pushes women to challenge Brazil’s abortion law. (A emergência do Zika leva as mulheres a questionar a lei do aborto no Brasil.) *The Guardian*. 19 de julho de 2016.
- <sup>16</sup> Bayer R, Fairchild AL. The genesis of public health ethics. *Bioethics*. (A gênese da ética da saúde pública. Bioética). 2004;18:473–492, página 492.
- <sup>17</sup> Diniz D. Editorial: Zika virus, women and ethics. (Zika vírus, mulheres e ética). *Dev World Bioeth*. 2016;16:62–63
- <sup>18</sup> Maisonnave F. Oito em cada dez bebês com danos do zika nascem de mães negras. *Folha de São Paulo*, September 12, 2016.
- <sup>19</sup> Diniz D. The Zika virus and Brazilian women’s right to choose. (O vírus Zika e o direito de escolha das mulheres brasileiras). *New York Times*, 8 de fevereiro de 2016. Opinion Page.
- <sup>20</sup> Rasmussen SA, Jamieson DJ, Honein MA, Petersen LR. Zika virus and birth defects: reviewing the evidence for causality. (Vírus Zika e defeitos congênitos: revisão das provas de causalidade). *N Engl J Med*. 2016;374:1981–1987.
- <sup>21</sup> Victora CG, Schuler-Faccini L, Matijasevich A, Ribeiro E, Pessoa A, Barros FC. Microcephaly in Brazil: how to interpret the reported numbers? (Microcefalia no Brasil: como interpretar os números registrados?) *Lancet*. 2016;387:621–624.
- <sup>22</sup> Barreto ML, Barral-Netto M, Stabeli R, et al. Zika virus and microcephaly in Brazil: a scientific agenda. (Vírus Zika e microcefalia no Brasil: uma pauta científica). *Lancet*. 2016;387:919–921.
- <sup>23</sup> Comitê das Nações Unidas para os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, Comentário Geral n.º 22 sobre o direito à saúde sexual e reprodutiva. E/c.12/GC/22, 2016.
- <sup>24</sup> Nações Unidas. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 5-13 de Setembro de 1994, A/CONF.171/13/ Rev.1 (Programa de Ação da CIPD), parágrafo 7.2.
- <sup>25</sup> Selgelid MJ. Justice, infectious diseases and globalization. (Justiça, doenças infecciosas e globalização). In: Benatar S, Brock G, eds. *Global Health and Global Health Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011:89–96, página 89.
- <sup>26</sup> Cook RJ, Undurraga V. Article 12. In: Freeman MA, Chinkin C, Rudolf B, eds. *The UN Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women: A Commentary*. (A Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres: Comentário). Oxford: Oxford University Press; 2012:311–333.
- <sup>27</sup> Barroso LR. Bringing abortion into the Brazilian public debate: legal strategies for anencephalic pregnancy. (Introdução do aborto no debate público brasileiro: estratégias legais para a gravidez anencefálica). In: Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM, eds. *Abortion Law in Transnational Perspective: Cases and Controversies*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2014: 258–278. Em espanhol, *El Aborto en el Derecho Transnacional: Casos y Controversias*. Mexico City: Fondo de Cultura Económica, Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE); 2016:332–353.
- <sup>28</sup> Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil; uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciê. saúde coletiva* [online]. 2010;15 (Suppl.1):959–966.
- <sup>29</sup> Galli B. Negative impacts of abortion criminalization in Brazil: systematic denial of women’s reproductive autonomy and human rights. (Impactos negativos da criminalização do aborto no Brasil: negação sistemática da autonomia reprodutiva e dos direitos humanos das mulheres.) *U Miami L Rev*. 2011;65:969–980, páginas 970–971.

<sup>30</sup> Jenkins A. *Law for the Rich: A Plea for the Reform of the Abortion Law*. (Lei para os ricos: um apelo para a reforma da lei do aborto). London: Victor Gollancz; 1961.

<sup>31</sup> *Bragdon v Abbott*, 524 United States Reporter 624 (Suprema Corte dos Estados Unidos 1998).

<sup>32</sup> de Laval F, Matheus S, Maquart M, et al. Prospective Zika virus disease cohort: systematic screening. (Coorte prospectiva de doença por vírus Zika: rastreamento sistemático). *Lancet*. 2016;388:868 (Letter).

<sup>33</sup> Erdman JN. Human rights in health equity: cervical cancer and HPV vaccines. (Direitos humanos na equidade na saúde: câncer cervical e vacinas contra o HPV). *Am J Law Med*. 2009;35:365–387.

<sup>34</sup> Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. (Os conceitos e princípios de equidade e saúde). *Int J Health Serv*. 1992;22:429–445.

<sup>35</sup> Tierney L. Zika's Achilles heel spotted with help from CRISPR. (Calcanhar de Aquiles de Zika observado com a ajuda de CRISPR). *BioNews* 857. June 27, 2016.

<sup>36</sup> Maurice J. WHO reveals its shopping list for weapons against Zika. (OMS revela sua lista de compras de armas contra Zika). *Lancet*. 2016;387:733.

<sup>37</sup> Yamin AE. *Power, Suffering, and the Struggle for Dignity: Human Rights Frameworks for Health and Why They Matter*. (O sofrimento e a luta pela dignidade: Estruturas de direitos humanos para a saúde e por que elas são importantes). Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2016.

<sup>38</sup> Braveman PA, Kumanyika S, Fielding J, et al. Health disparities and health equity: the issue is justice. (Disparidades em saúde e equidade na saúde: a questão é justiça). *Am J Public Health*. 2011;101(Suppl.1):S149–S155.