



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE DIREITO
GRADUAÇÃO EM DIREITO**

REBECA AMARAL CARDOSO DA CUNHA

**A EPIDEMIA DO VÍRUS ZIKA E A ATUAÇÃO ESTATAL BRASILEIRA:
UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA**

FORTALEZA

2017

REBECA AMARAL CARDOSO DA CUNHA

A EPIDEMIA DO VÍRUS ZIKA E A ATUAÇÃO ESTATAL BRASILEIRA:
UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Monografia apresentada ao Curso de Direito da
Universidade Federal do Ceará, como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em
Direito.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Correia Chagas.

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C98e Cunha, Rebeca Amaral Cardoso da.
A epidemia do vírus Zika e a atuação estatal brasileira : uma questão de saúde pública / Rebeca Amaral Cardoso da Cunha. – 2017.
91 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Direito, Curso de Direito, Fortaleza, 2017.

Orientação: Profa. Dra. Márcia Correia Chagas.

1. Zika. 2. Saúde Pública. 3. Bioética. 4. Políticas Públicas. 5. Direitos Humanos. I. Título.

CDD 340

REBECA AMARAL CARDOSO DA CUNHA

A EPIDEMIA DO VÍRUS ZIKA E A ATUAÇÃO ESTATAL BRASILEIRA:
UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Monografia apresentada ao Curso de Direito da
Universidade Federal do Ceará, como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em
Direito.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Correia Chagas.

Aprovada em: __/__/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Márcia Correia Chagas (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a M.^a Brena Késsia Simplicio do Bonfim
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Mestranda Fernanda Estanislau Alves Pereira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

À minha família, meu primeiro lugar no mundo, em especial aos meus pais, por terem doado a vida, o sangue e o suor para que eu pudesse estudar e me formar em uma universidade pública.

Ao Thales, meu companheiro no amor e na vida, por ser uma pessoa tão doce e gentil e por ter ficado ao meu lado no solitário processo de construção deste trabalho.

À Thaynara, pelo nosso encontro, que mais parece ser de outras vidas, por permanecer comigo, me ajudando a seguir, a me reerguer, a me estabelecer, e por me permitir cuidá-la em troca.

À Kol, Larissa, Lorena e Luiza por todas as aventuras e angústias vividas nos corredores e, principalmente, fora da Faculdade de Direito. Fico feliz por termos vivido os nossos melhores anos juntas.

À Alice e Renata, amigas de longa data que o tempo não conseguiu afastar, pela força que cada contato nosso me proporciona, por serem um lar para mim.

Aos meus colegas do Gabinete do Des. Paulo Ponte, por todos os ensinamentos (e lanches no meio da manhã), pelo ambiente de trabalho leve e tranquilo, bem como pela compreensão e suporte às minhas atividades acadêmicas, sobretudo nestes últimos meses.

Ao CAJU, por ter me mostrado a existência de caminhos mais humanos no Direito, pelos quais quero seguir e ajudar a construir.

À Prof^a Márcia, pela orientação tão atenciosa e precisa, pela serenidade e por todos os conselhos e sugestões.

À mestrande e amiga Fernanda e à Prof^a Brena, por aceitarem prontamente o convite para compor a banca examinadora, tão representativa para mim.

“Chorou, mas estava invisível, e ninguém percebeu o choro”.

(Graciliano Ramos em *Vidas Secas*)

RESUMO

A epidemia do vírus zika, vivenciada pela população brasileira nos anos de 2015 e 2016, enquanto um problema de saúde pública, evidenciou as desigualdades existentes no país. Atingindo principalmente a região Nordeste, a doença transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti* marcou profundamente a vida das mulheres grávidas e em idade reprodutiva. Após o fim da epidemia, as famílias das milhares de crianças nascidas com a síndrome congênita do zika, conhecida apenas como microcefalia, persistem na luta por direitos frente ao Poder Público. Nesse contexto, mediante pesquisa qualitativa bibliográfica e documental, destacando-se a ADI/ADPF 5581, em trâmite no STF, o presente trabalho teve como objetivo analisar em que medida as deficiências no acesso às ações em saúde pública, cuja responsabilidade é atribuída ao Estado brasileiro, influenciaram na dimensão adquirida pela epidemia em questão, sobretudo, tendo em vista o perfil socioeconômico de grande parte das pessoas atingidas. Constatou-se que as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, bem como as falhas históricas em políticas públicas contribuíram para que a história contada sobre a epidemia do vírus zika tivesse cor, gênero, classe social e localização geográfica delimitados. Apontou-se que a ausência de comprometimento estatal com questões persistentes em saúde pública, como o controle do mosquito transmissor do vírus e o oferecimento de um programa eficaz de planejamento familiar, significaria ter de lidar com repetidos surtos de zika, como tem acontecido com a dengue. Ademais, abordaram-se os direitos das crianças com deficiência, que precisam ser efetivamente reconhecidos e garantidos pelo Estado.

Palavras-chave: Vírus Zika. Saúde Pública. Políticas Públicas. Bioética. Direitos Humanos.

ABSTRACT

The Zika virus outbreak, experienced by the Brazilian population in 2015 and 2016, as a public health problem, has evidenced the existing inequalities in the country. Mostly affecting the Northeast, the disease transmitted by the mosquito *Aedes aegypti* profoundly marked the lives of pregnant women and women of reproductive age. After the end of the outbreak, the families of the children born with congenital Zika syndrome, known only as microcephaly, persist in the fight for rights against the Brazilian authorities. In this context, using qualitative based methodology, with bibliographic and documentary research, especially about the ADI/ADPF 5581, in process in STF, this work aims to analyze if the deficiencies in the access to the actions in public health, whose responsibility is attributed to the Brazilian State, has influenced the dimension acquired by the epidemic in question, mainly considering the socio-economic profile of the people affected. It was found that inequalities in access to health services, as well as historical failures in public policies, has contributed to the history of the Zika virus outbreak was narrated with specific race, gender, social class and geographical location. It was showed out that the absence of State commitment to persistent public health issues, such as controlling the mosquito and offering an effective family planning program, would mean dealing with repeated outbreaks of Zika, as has happened with dengue. Furthermore, it was analysed the rights of children with disabilities, which need to be effectively recognized and guaranteed by the government.

Keywords: Zika Virus. Public Health. Public Policies. Bioethics. Human Rights.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AGU	Advocacia-Geral da União
ANADEP	Associação Nacional dos Defensores Públicos
Art.	Artigo, artigos
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CDPD	Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências
COES	Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
CP	Código Penal
DIU	Dispositivo intrauterino
EPD	Estatuto das Pessoas com Deficiência
ESPPI	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
HRW	<i>Human Rights Watch</i>
IAB	Associação Internacional de Bioética
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
NEP	Núcleo de Estimulação Precoce
OHCHR	Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PEAa	Plano de Erradicação do <i>Aedes aegypti</i>
PGR	Procuradoria-Geral da República
PIACD	Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue
PNCD	Programa Nacional de Controle da Dengue

Pronaedes	Programa Nacional de Apoio ao Combate às Doenças Transmitidas pelo Aedes
RESP	Registro de Eventos em Saúde Pública
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SCZ	Síndrome Congênita do Zika
SE	Semana epidemiológica
SER	Secretaria Executiva Regional
SGB	Síndrome de Guillain-Barré
SIMDA	Sistema de Monitoramento Diário de Agravos
SISNASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SNC	Sistema nervoso central
SNIS	Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TFD	Tratamento fora de domicílio
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	PERSPECTIVAS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	14
2.1	Reivindicação coletiva do direito à saúde	15
2.1.1	<i>Movimento Sanitário Brasileiro</i>	19
2.2	O papel do direito sanitário na saúde pública	22
2.3	As políticas públicas de saúde como a materialização de um direito	25
2.3.1	<i>Vigilância em saúde e epidemiologia</i>	28
3	A ÉTICA SANITÁRIA E A BIOÉTICA DIANTE DAS CONTRADIÇÕES NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA	32
3.1	Ética e saúde pública: uma aproximação necessária	33
3.2	Princípios bioéticos em saúde pública	37
3.2.1	<i>Bioética da proteção</i>	41
3.2.2	<i>Bioética de intervenção</i>	42
3.3	Responsabilidade pessoal, social e política	45
3.4	Equidade, acesso à saúde e o reflexo da desigualdade	48
4	ADI/ADPF 5581 E A CRÍTICA À RESPOSTA BRASILEIRA À EPIDEMIA DO VÍRUS ZIKA	52
4.1	Aspectos jurídicos da ADI/ADPF 5581	53
4.2	As sucessivas falhas das políticas públicas brasileiras e a crise causada pelo vírus zika	61
4.2.1	<i>Estabelecimento do Aedes aegypti no território brasileiro</i>	63
4.2.1.1	<i>Direito à água e direito ao saneamento básico</i>	65
4.2.2	<i>Infecção por zika durante a gravidez</i>	67
4.2.2.1	<i>Direito à informação</i>	68
4.2.2.2	<i>Direito ao planejamento familiar</i>	70
4.2.3	<i>Síndrome congênita do zika</i>	73

4.2.3.1	<i>Direito à seguridade social</i>	74
4.2.3.2	<i>Direito das pessoas com deficiência</i>	76
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
	REFERÊNCIAS	81
	ANEXO A – ZIKA: CASOS POR SEMANA SEGUNDO A REGIONAL DE RESIDÊNCIA, FORTALEZA, 2016	88
	ANEXO B – CONCENTRAÇÃO DE RENDA EM CADA REGIONAL DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, 2017	89
	ANEXO C – CASOS NOTIFICADOS DE MICROCEFALIA E/OU ALTERAÇÕES DO SNC NO BRASIL, 08/11/2015 A 31/12/2016	90
	ANEXO D – DIFERENÇAS NA COBERTURA DE ÁGUA E ESGOTO EM CADA ESTADO BRASILEIRO, 2015	91

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2014, os postos de saúde de muitas capitais e cidades do interior do Nordeste brasileiro começaram a receber os primeiros pacientes com os seguintes sintomas: febre, erupção cutânea, dor nas articulações e vermelhidão nos olhos. A doença até então desconhecida, associada inicialmente a uma “dengue fraca”, espalhava-se rapidamente pela região, intrigando as autoridades governamentais e a comunidade científica.

Em abril de 2015, foi finalmente identificado o agente causador do surto misterioso. O improvável vírus zika, cujas origens remontam a uma floresta de mesmo nome na Uganda, é transmitido principalmente por mosquitos da família *Aedes*. Inúmeras são as especulações sobre como o vírus chegou ao território brasileiro, mas o fato é que diante da abundância do mosquito *Aedes aegypti*, vetor de transmissão do agente infeccioso em comento, o país acabou fornecendo condições favoráveis para a sua rápida disseminação.

Poucos meses depois, em outubro do mesmo ano, um novo surto. Muitas mulheres que tinham sido infectadas pelo vírus zika no início da gestação deram luz a crianças com microcefalia e outras malformações fetais, além disso, alguns adultos também infectados desenvolveram sintomas da síndrome paralisante de Guillain-Barré. As suspeitas de causalidade entre o adoecimento por zika e as numerosas ocorrências de alterações neurológicas obrigaram o Ministério da Saúde a declarar Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), sendo acompanhado posteriormente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que decretou situação de emergência global, posto que o vírus fora registrado em 33 países, sobretudo nas Américas e no Caribe.

O Informe Epidemiológico nº 57 do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COES), responsável pelo monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil, expôs que, até 31 de dezembro de 2016, foram 10.867 notificações ao Ministério da Saúde, sendo 7.023 ocorrências apenas na região Nordeste. Dessas, 2.366 foram investigadas e confirmadas tendo como causa a transmissão vertical do vírus zika, isto é, da mãe para o feto, ao passo que 3.183 casos ainda permaneciam em investigação. Os demais eventos foram descartados após análises mais específicas.

Em 30 de julho de 2017, o Ministério da Saúde declarou o encerramento da ESPIN, dada a redução da ocorrência de microcefalias no Brasil desde a semana epidemiológica nº 20 do ano de 2017, no mês de abril. Um ano após a explosão da “ameaça mundial”, segue em trâmite no Supremo Tribunal Federal (STF) a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI)

cumulada como Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 5581, que questiona a legislação e a atuação estatal brasileiras durante o estado epidêmico, suscitando vários direitos fundamentais violados, em especial os direitos das mulheres grávidas e das crianças que nasceram com a síndrome congênita do zika (SCZ).

Nesse contexto, o objetivo principal do presente trabalho é analisar em que medida as deficiências no acesso às ações em saúde pública, de responsabilidade do Estado brasileiro, influenciaram na dimensão adquirida pela epidemia do vírus zika em 2015 e 2016, sobretudo, tendo em vista o perfil socioeconômico de grande parte das pessoas atingidas.

Quanto aos objetivos específicos, busca-se compreender aspectos gerais de saúde pública, a fim de demonstrar de onde vem e como se consigna o dever estatal na promoção de políticas públicas de saúde para a coletividade. Outrossim, procura-se investigar, com auxílio dos discursos bioéticos, por que o acesso à saúde é tão desigual, apontando os desafios enfrentados pelos cidadãos e pelas autoridades governamentais no âmbito da saúde pública. Por fim, objetiva-se evidenciar se a epidemia do vírus zika pode ser considerada como reflexo dessas questões estruturais envolvendo o direito à saúde.

No que concerne à metodologia utilizada para a elaboração deste estudo, os procedimentos pautaram-se em pesquisa bibliográfica e documental, mediante o uso de livros, artigos, periódicos, trabalhos científicos, relatórios disponíveis em meios eletrônicos, portarias e protocolos emitidos por órgãos públicos e produções específicas sobre o vírus zika, bem como a observação do andamento processual da ADI/APDF 5581 no STF, além de análise da legislação pátria e de documentos internacionais relacionados à saúde pública. Quanto à forma de abordagem, a pesquisa foi qualitativa, por meio da interpretação dos fenômenos, sem lançar mão de técnicas estatísticas.

Este trabalho está organizado em três capítulos. No primeiro, são abordadas as perspectivas da saúde pública do Brasil, reconstruindo brevemente os caminhos percorridos para reivindicação coletiva do direito à saúde, aludindo-se a declarações e pactos internacionais de direitos apenas como pano de fundo para a compreensão desses percursos, que, na realidade brasileira, culminaram na criação de um sistema de saúde universal. Além disso, elegeu-se o estudo do direito sanitário, ramo das ciências jurídicas que cuida da saúde pública, como referencial para a compreensão de que as políticas públicas atuam como a materialização do direito fundamental à saúde.

No segundo capítulo, busca-se desvendar qual o papel da ética nas questões sanitárias. Para tanto, questiona-se o principialismo bioético clássico e apontam-se duas correntes bioéticas voltadas especificamente às contradições em saúde pública na América

Latina: a bioética da proteção e a bioética de intervenção. A partir de conceitos como a responsabilidade social, coletiva e política e a equidade, são suscitados problemas relacionados à desigualdade no acesso à saúde.

Finalmente, no terceiro capítulo, analisa-se os aspectos jurídicos da ADI/ADPF 5581, relatando as teses arguidas nas manifestações processuais, abordando, em seguida, as sucessivas falhas nas políticas públicas brasileiras que teriam resultado na crise causada pela epidemia do vírus zika.

2 PERSPECTIVAS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988).

A análise da epidemia do vírus zika, vivenciada pela população brasileira nos anos de 2015 e 2016, bem como das suas consequências a curto, médio e longo prazo, sugeriria inicialmente a compreensão do papel constitucional de garantidor do direito à saúde *lato sensu* atribuído ao Estado. Entretanto, denota-se mais interessante para este trabalho o exame das principais nuances da matéria que trata dos meios de instrumentalização e efetivação de tal direito, de maneira universal e igualitária, por meio das políticas sociais e econômicas às quais se refere a Constituição Federal; que seria, portanto, o estudo de aspectos gerais da Saúde Pública no Brasil.

O conceito moderno de saúde pública, muitas vezes, perpassa discursos imprecisos, dado seu caráter multidisciplinar, que ultrapassa a barreira dos saberes médicos e chega a áreas como as ciências jurídicas, quando se torna, como será visto adiante, um dos objetos explorados pelo direito sanitário. Entretanto, de uma simples leitura, é possível depreender que o termo se refere a uma abordagem coletiva da saúde.

Nesse sentido, a definição trazida por Aith (2006, p. 56) aponta que, diferentemente da medicina clínica que cuida de indivíduos inseridos em um contexto específico (a doença), a saúde pública se preocupa com as coletividades dentro do quadro dos dispositivos públicos para a promoção e preservação do direito à saúde.

A expressão saúde pública designa, assim, ao mesmo tempo uma realidade epidemiológica (o estado de saúde de uma população), um modo de gestão (frequentemente associada à atividade estatal para a Administração da saúde), uma área de atividade (caracterizada pela especialização profissional e institucional) e um campo do conhecimento humano (uma disciplina com conhecimentos específicos, regras que lhe são próprias, manuais e revistas especializadas). (AITH, 2006, p. 56).

Desta feita, partindo do pressuposto que a saúde pública se interessa pelo coletivo e constitui um modo de gestão, vinculado à necessidade de intervenção estatal, buscar-se-á neste capítulo evidenciar como deve atuar o Estado Brasileiro, dentro das limitações administrativas e legais que impõem a prestação de um serviço público – neste caso, a saúde. Assim, tão somente, será viável a compreensão das críticas feitas à resposta estatal à epidemia do vírus zika no país.

2.1 Reivindicação coletiva do direito à saúde

Embora as reivindicações da saúde como um direito humano e, por conseguinte, a própria noção contemporânea de saúde pública estejam ligadas ao estabelecimento do Estado de direito, as ações coletivas em saúde datam de períodos bem mais distantes. Rosen (1994, p. 40) conta que os romanos, tendo assumido o legado cultural e científico construído pelos gregos, inovaram sobretudo como engenheiros e administradores, construindo um sistema de esgoto, de suprimento de água e outras instalações sanitárias que posteriormente serviram de inspiração para as civilizações modernas.

Séculos mais tarde, durante a extensa Idade Média, vieram as grandes epidemias que devastaram a Europa: “lepra”, peste bubônica, varíola, difteria, sarampo, influenza, tuberculose, escabiose, etc. Segundo Rosen (1994, p. 58), o homem medieval vivia constantemente com medo da pestilência, de modo que teve de desenvolver pessoalmente suas medidas de proteção, que englobavam ideias médicas e religiosas.

A principal ação de saúde pública desse período, que ainda é utilizada na atualidade, foi a quarentena, a qual consistia no isolamento e observação dos enfermos. Como a autoridade pública era a Igreja Católica, foi esta quem liderou inicialmente esse processo, usando como princípio orientador o conceito de contágio disposto no Levítico, Velho Testamento. De modo descontextualizado, tendo em vista a dessemelhança dos momentos históricos, os textos bíblicos foram utilizados pela Igreja como forma de exclusão imediata dos doentes, no caso de uma grave enfermidade.

Ressalte-se, portanto, que apesar das pestes serem capazes de atingir a todos, a política de segregação dos doentes beneficiava sobretudo a nobreza e o alto clero, demonstrando que os maiores atingidos pelas epidemias eram as massas, os desfavorecidos e os miseráveis, estando a fome e a falta de saneamento diretamente vinculadas ao adoecimento. Além disso, a força do discurso religioso e a ideia de que as doenças se tratavam de castigos divinos contribuíram para o sentimento de conformismo e a não reivindicação de melhorias.

Foi durante o Renascimento e o estabelecimento do Estado moderno que surgiu “a preocupação das cidades em prestar cuidados aos doentes pobres em seus domicílios ou em hospitais, aumentando o poder das cidades em matéria de higiene” (DALLARI, Sueli Gandolfi, 2003, p. 39). A retomada do conceito grego *hygieia*, que significa “o estado daquele que está de bem com a vida” construiu novas concepções de saúde, que favoreciam a limpeza e a realização de exercícios físicos, cujo acesso, contudo, permanecia restrito aos ricos.

Dallari, S. G. (2003, p. 41) expõe que, já no século XVII, sob a influência do iluminismo e do racionalismo, foi sistematizado o conceito de polícia médica. Rejeitando-se as explicações sobrenaturais para as enfermidades, o ideal iluminista promoveu o papel do Estado no controle do exercício das práticas médicas e farmacêuticas, em combate ao charlatanismo. Outrossim, exigiu-se a intervenção estatal no que fosse possível para prevenir as doenças contagiosas e diminuir a sua incidência entre o povo.

Emergiram, no século seguinte, as primeiras declarações de direitos em defesa das liberdades individuais e contra as arbitrariedades dos Estados absolutistas. Como exemplo, os burgueses que, ao derrubarem o poder político da nobreza durante a Revolução Francesa de 1789, publicaram a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, influenciados pelo pensamento jusnaturalista, o qual pressupõe a universalidade dos direitos, pertencentes a todos os homens em quaisquer situações, posto que derivam do direito natural.

Nascera, portanto, o que Canotilho (1998, p. 51-52) chamou de constitucionalismo moderno, um movimento político, filosófico e jurídico que questionou os esquemas tradicionais de domínio político, sugerindo uma nova ordenação de fundamentação do poder político. Nessa nova ordem, dispõe Aith (2006, p. 85), destacou-se o surgimento do Estado Liberal, cuja prioridade era a garantia da liberdade individual, pouco preocupado com o bem-estar coletivo, caracterizando-se pelo absentéismo¹. A burguesia, então detentora do poder econômico, pregava uma atitude passiva do Estado, apenas a fim de manter os direitos dos que já os possuíam, pouco importando quem não tinha nenhum direito a conservar.

[...]. Em suma, as atividades do Estado relacionadas à vigilância sanitária, durante a implantação do liberalismo, eram em tudo coincidentes com os interesses da burguesia vitoriosa: valorizando sobremaneira o individualismo dominante, limitá-lo apenas naquilo estritamente necessário à preservação da segurança individual, com o mais absoluto respeito à lei – condição do Estado de Direito. (DALLARI, S. G., 2003, p. 41-42).

Entretanto, a sociedade não mais caminhava para a irresignação característica do período medieval, ao passo que, com o advento da Revolução Industrial e do consequente processo de urbanização, ocorreram as primeiras reivindicações do direito à saúde de uma coletividade. Dallari, S. G. (1988, p. 389) conta que, devido à proximidade entre os operários e industriais, uma vez que agora todos viviam nas cidades, aqueles passaram a almejar o padrão de vida destes. O empresariado, diante da organização dos trabalhadores, chegou à egoísta percepção de que, de fato, seria importante mantê-los saudáveis para que não restasse prejudicada a produção industrial e o seu posterior lucro. Além disso, notara que, por morar

¹ “*Laissez faire, laissez passer*”.

próximo às habitações operárias, também estava suscetível de ser contaminado pelas enfermidades de seus empregados.

Diante de tais conclusões, prossegue Dallari, S. G., os burgueses chegaram a outra: o melhor a fazer seria responsabilizar o Estado pela saúde do povo. Isso por que a noção de povo era limitada aos operários, uma vez que ele mesmo – o empresário – era capaz de financiar seus cuidados individuais de saúde. Contudo, ele também fazia parte do povo ao exigir que o Estado garantisse a ausência de doenças infecciosas na sua região. Dessa forma, tendo em vista que, nessa época, o Estado liberal era um instrumento da burguesia, não houve empecilhos no repasse da responsabilidade de cuidados sanitários do empresariado para o Estado.

As desigualdades estimularam o surgimento, ainda no século XIX, de movimentos pela posituação dos direitos sociais, pelo reconhecimento expresso que todos os homens têm direito a condições dignas de vida. O Estado, tal como estava sendo utilizado, havia se tornado um instrumento de opressão dos trabalhadores e das classes menos favorecidas. Os movimentos do século XIX questionavam a questão da liberdade como sendo um direito apenas destinado ao burguês, [...]. Os direitos individuais conquistados estavam se mostrando como direitos meramente formais, existentes para uma pequena parcela da população e causadores de exclusões sociais gritantes. (AITH, 2006, p. 86).

A tendência no século XX foi, portanto, a conscientização de que não bastava a mera afirmação de direitos sem que estes pudessem se materializar para todas as pessoas. Reivindicava-se que o Estado de direito fosse qualificado também como um Estado social, a fim de “reconhecer a existência de desigualdades materiais que inviabilizavam o gozo dos direitos liberais e de responsabilizar o Estado pelo oferecimento – inicialmente aos trabalhadores e, em seguida, a todos aqueles que necessitassem – daquelas condições que permitissem a igualdade de oportunidades” (DALLARI, S. G., 2003, p. 55). Tais reivindicações resultaram na incorporação dos direitos sociais, dentre eles a saúde, às constituições de diferentes nações, inclusive à brasileira, em 1934.

Entretanto, a drástica experiência da Segunda Guerra Mundial acendeu as discussões, agora em uma escala internacional, sobre a necessidade de proteção dos direitos humanos. Nesse contexto, caminhava-se para a construção de um Estado Democrático de Direito, que, nas palavras de Comparato (2008, p. 215), não era apenas mais “uma opção política entre muitas outras, mas a única solução legítima para a organização do Estado”.

Como afirmação dos ideais democráticos, foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, que se encarregou de redigir um documento que enumerasse

expressamente todos esses direitos humanos – individuais e sociais ou coletivos², culminando na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, a qual, em seu art. 25³, tratou do direito à saúde como um direito humano. O Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 3 de janeiro de 1976, foi além, determinado as medidas que os Estados partes deveriam tomar para que tal direito fosse plenamente efetivado:

Art. 12.

1. Os Estados Partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda a pessoa ao desfrute do mais alto nível possível de saúde física e mental.
2. Entre as medidas que deverão adotar os Estados Partes no Pacto a fim de assegurar a plena efetividade desse direito, figuram as necessárias para:
 - a) A redução da natimortalidade e da mortalidade infantil, e o desenvolvimento saudável das crianças;
 - b) A melhoria em todos os seus aspectos da higiene do trabalho e do meio ambiente;
 - c) **A prevenção e o tratamento das enfermidades epidêmicas, endêmicas, profissionais e de outra natureza, e a luta contra elas;**
 - d) **A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.** (DALLARI, S. G., 2003, p. 46, grifos nossos).

Em novembro de 1986, foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no Canadá, como resposta à crescente demanda por uma concepção de saúde pública no mundo. Na ocasião, foi publicada a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, dirigida à execução do objetivo “Saúde para Todos no Ano de 2000”. As cinco estratégias propostas na Carta de Ottawa foram: “a elaboração de política pública saudável; a criação de meio ambientes que protejam a saúde; o fortalecimento de ação comunitária; o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde” (REZENDE, TRINDADE; 2003; p. 38).

No âmbito das convenções internacionais, Dallari, S. G. (2003, p. 68) indica que o conceito de saúde adotado é bastante amplo, vez que abrange desde o direito subjetivo e individual à assistência médica em caso de enfermidade, até o direito à igualdade, por exemplo, implícito nas ações de saúde de caráter coletivo com vistas a prevenir e tratar epidemias e endemias. Ademais, nota-se que um consenso do que seria saúde pública e da necessidade de formulações de políticas públicas de saúde foi desenhado, historicamente, por meio das

² A I Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada no Teerã, em 1968, proclamou a indivisibilidade dos direitos humanos, ficando estabelecido que “entre as duas ‘categorias’ de direitos - individuais e sociais ou coletivos - não pode haver senão complementaridade e interação, e não compartimentalização e antinomia”. (TRINDADE, 1997, p. 359-360).

³ Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Artigo 25°. 1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a *saúde e o bem-estar*, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade. 2. A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozam da mesma proteção social.

experiências mundiais.

Nesse íterim, a fim de compreender com mais precisão a reivindicação coletiva do direito à saúde na realidade brasileira, para além das tendências da trajetória global, mostra-se interessante tratar das mobilizações que ajudaram a construir o sistema de saúde brasileiro, tal como se encontra hoje, como há de ser visto a seguir.

2.1.1 Movimento Sanitário Brasileiro

No Brasil, os primeiros cuidados com a saúde pública, de acordo com Carvalho (2013, p. 7), remontam a uma época em que a população em geral era atendida por instituições filantrópicas, de modo que a prestação dos “serviços” de saúde fundava-se mais uma vez em um conceito religioso – a caridade. Apenas no final do século XIX e no início do século XX, diante de uma situação epidêmica, ocorrera a mais notável, até então, ação de saúde promovida pelo Poder Público, à margem do discurso liberal: o saneamento básico do estado do Rio de Janeiro e a grande campanha de vacinação contra a varíola. O Estado também intervinha em surtos relacionados a doenças negligenciadas como a doença mental, a hanseníase, a tuberculose e outras.

Segundo Castro (2003, p. 324), durante os primeiros anos do governo de Getúlio Vargas, responsável por inserir o Estado Social de Direito no constitucionalismo brasileiro – a despeito das inúmeras contradições que marcaram esse período, constituíram-se alguns programas públicos e ações destinados a promover a integração social, como parte da estratégia de Vargas para sua posterior política ditatorial, buscando manter o controle sobre o processo político graças à distribuição de renda e de serviços a grupos mobilizados, em especial, aos trabalhadores. Dentre essas medidas, destacam-se: a regulamentação e uniformização da prática da assistência médica e a criação de políticas sociais segmentadas que tratavam da saúde dos trabalhadores vinculada a uma espécie de previdência, qual seja, o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAP), à semelhança das Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP) trazidas pela Lei Eloy Chaves⁴, de 1923.

⁴ Em janeiro de 1923, inspirado pela legislação argentina sobre a previdência social, o Deputado Eloy Chaves, apresentou um Projeto de Lei que propunha a instituição da CAP para os ferroviários, em cada uma das empresas de estrada de ferro, “sem ônus para os cofres públicos”. Este Projeto de lei, foi aprovado pelo Congresso e sancionado pelo Presidente da República, transformando-se no Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecido mais tarde como “Lei Eloy Chaves”. Esta caixa de proteção social foi influenciada pelo modelo previdenciário inglês de seguro e propunha atender: ‘*socorros* médicos em caso de doença em sua *pessoa* ou *pessoa* de sua família, que habite sob o mesmo tecto e sob a mesma economia; a medicamentos obtidos por preço

Em 1953, também durante a Era Vargas, foi criado o Ministério da Saúde, em razão das crescentes discussões sobre “a importância do fortalecimento de estudos e de definição de normas com vistas a uma maior equidade na resolução dos problemas de saúde no Brasil” (REZENDE; TRINDADE, 2003, p. 22). O novo órgão público ficou encarregado, portanto, das atribuições no campo da atenção preventiva em saúde (campanhas de vacinação, por exemplo), atuando segmentada e descontinuamente, ao passo que, na assistência médica, assumiu apenas a criação e manutenção de hospitais para enfermidades crônicas.

Entretanto, Carvalho (2013, p. 8) aponta que foi somente nos porões da ditadura militar, por meio da ação conjunta entre movimentos populares, universitários e partidos políticos progressistas, que se delineou o primeiro projeto brasileiro de um sistema de saúde universal, semelhante ao desenvolvido no cenário europeu pós-guerra, inserido na política do *welfare state*⁵. Isso por que, a despeito do regime militar ter unificado as políticas sociais de Vargas com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), a tendência na ditadura era a de privatização dos poucos serviços de saúde que eram promovidos pelo Estado, mediante a captura da despesa social por grupos privados. Castro (2003, p. 368) aponta que “estes dois atores – grupos privados e movimento sanitário, de certo modo, representam duas forças políticas antagônicas, que passariam a estabelecer tendências opostas de desenvolvimento da política de saúde no Brasil”. Sobre as aspirações do movimento sanitário Rezende e Trindade (2003, p. 37) assentam:

As principais reivindicações eram dirigidas basicamente à construção de uma política de saúde efetivamente democrática, planejada e implementada com a participação da sociedade civil, com base na descentralização, na universalização do acesso às ações e serviços de saúde, na integralidade da atenção e no comando único, como elementos essenciais para a reforma do setor. Para isto, era necessária uma nova concepção de Estado, que se fundasse na cooperação, na integração, na complementaridade e na solidariedade, capaz de responder às necessidades da população, identificadas com critérios epidemiológicos e sociais e por uma nova redefinição das atribuições das três esferas.

A movimentação foi se fortalecendo e culminou em uma grande assembleia, a VIII

especial determinado pelo Conselho de Administração; aposentadoria; e, a pensão para seus herdeiros em caso de morte’. (REZENDE; TRINDADE, 2003, p. 14)

⁵ A expressão inglesa *Welfare State* foi criada da década de 40, ainda que a menção à *Welfare Policy* – Política de Bem-estar, ocorra desde o início do século XX. O Plano Beveridge, foi o primeiro documento a marcar os princípios do *Welfare State*. Esse documento teve repercussão em vários países, que passaram a organizar a política de segurança social com as características apontadas por Beveridge: é um sistema generalizado, que abrange o conjunto da população, seja qual for o seu estatuto de emprego ou o seu rendimento; é um sistema unificado e simples: uma quotização única abrange o conjunto dos ricos que podem causar privações do rendimento; – é um sistema uniforme: as prestações são uniformes seja qual for o rendimento dos interessados; é um sistema centralizado: preconiza uma reforma administrativa e a criação de um serviço público único. (ROSANVALLON, 1981 *apud* NOGUEIRA, 2001).

Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986 em Brasília, considerada um marco na história da saúde pública no Brasil. Contando com a presença de cinco mil pessoas, foram referendados os princípios da Reforma Sanitária, cuja proposta foi entregue aos constituintes, os quais absorveram grande parte das teses ao definir a Ordem Social e, dentro dela, a Seguridade Social. Começava a ser escrito, naquele momento, o direito sanitário brasileiro.

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB), foi instituído o Estado democrático de direito brasileiro e a saúde foi declarada uma política social, sendo um “direito de todos e dever do Estado”, como dispõe em seu artigo 196, epígrafe deste capítulo. Ademais, após duas décadas de gestação, finalmente foi possível implantar o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado nos art. 193 a 200 da CRFB e posteriormente pelas Leis Federais nº 8.080/1990 e 8.142/1992, enunciando: “(a) um comando único; (b) a descentralização e a atribuição aos estados e municípios de primazia na prestação de serviços de saúde; e (c) a co-responsabilidade no financiamento entre as esferas federal, estadual e municipal” (CASTRO, 2003, p. 370).

São princípios e diretrizes do SUS, nos termos do art. 198 da CFRB e no art. 7º da Lei Federal nº 8.080/1990: a universalidade de acesso aos serviços de saúde; a integralidade e igualdade de assistência; a preservação da autonomia dos indivíduos; o direito à informação; a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços; a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; a participação da comunidade; a descentralização político-administrativa; a integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos das esferas do Poder Executivo, a capacidade de resolução e a organização dos serviços em todos os níveis de assistência.

O principal desafio a partir de então, tem sido a efetivação de uma gestão democrática da saúde, atravessando, por exemplo, pela questão da provisão de recursos orçamentários para efetivação de políticas públicas e do próprio sistema de saúde que foi criado. O SUS, assinala Lenaura Lobato (2012, p. 33), foi o resultado de um longo processo social cujo principal objetivo era prover mudanças no modo pelo qual o Brasil garantia a atenção à saúde de seus cidadãos; que, atualmente, por inúmeros aspectos⁶, concretizou muito pouco do que a lei prevê. Por outro lado, a noção mais ampla de direito à saúde está muito mais forte e difundida, influenciando outras áreas sociais, além de contar com um considerável catálogo

⁶ São exemplos de dificuldades enfrentadas pelo SUS, causadas por insuficiências da gestão: subfinanciamento, baixa resolutividade da rede básica de serviços, deficiência na formação dos profissionais de saúde, deficiência na gestão dos sistemas regionais de saúde. (SANTOS, 2007).

normativo, como será visto adiante, pela consolidação do direito sanitário na saúde pública.

2.2 O papel do direito sanitário na saúde pública

Com a Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro assumiu a prestação dos cuidados com a saúde como a prestação de um serviço público, passando a incorporar, portanto, mais uma atividade administrativa ao aparelho estatal. Da mesma forma que a carta constitucional consagrou à saúde o patamar de direito fundamental, estabeleceu, outrossim, princípios que delimitam a atuação da Administração pública, ganhando eminente destaque o princípio da legalidade, bem como os princípios da supremacia do interesse público sobre o privado⁷ e o da sua indisponibilidade⁸, conforme leciona Dallari, S. G. (2003, p. 47). O agente público, destarte, deve ser guiado por um aparato legislativo que busque alcançar o interesse público no que tange inclusive às questões sanitárias, delimitando “os objetivos da atuação do Estado na área da saúde e os meios a serem empregados para atingi-los”.

Os dispositivos constitucionais que tratam do direito à saúde e as normas elaboradas a partir deles remetem, portanto, a um ramo das ciências jurídicas denominado Direito Sanitário, o qual cuida da regulamentação de todas as ações relacionadas com a proteção, promoção e recuperação da saúde, cuja responsabilidade foi conferida ao Estado. Para Aith (2006, p. 110), o direito sanitário é “a leitura jurídica que a sociedade faz sobre a questão da saúde, individual ou coletiva”, sendo resultado da reivindicação de normas jurídicas capazes de materializar a atenção estatal à saúde, ao passo que seus mecanismos condicionam e são condicionados pela relação entre o sistema jurídico e a própria sociedade.

Por ter surgido dentro da lógica dos direitos sociais, o direito sanitário exige uma ação ativa do estado, de natureza tanto reguladora quanto direcionadora, sobretudo quando se trata do amparo à coletividade. Por esse motivo, é comum a classificação do direito sanitário como um ramo especializado do direito público, ou mesmo do direito administrativo. Dallari, S. G. (2003, p. 49) distingue o direito sanitário entre a parte que se interessa pelo direito à saúde, enquanto reivindicação de um direito humano, e aquela que chama de “direito da saúde

⁷ Saindo da era do individualismo exacerbado, o Estado passou a caracterizar-se como *Welfare State* (Estado/Bem-estar), dedicado a atender ao interesse público. Logicamente, as relações sociais vão ensejar, em determinados momentos, um conflito entre o interesse público e o privado, mas, ocorrendo esse conflito, há de prevalecer o interesse público. (CARVALHO FILHO, 2006, p. 25).

⁸ Os bens e interesse públicos não pertencem à Administração nem a seus agentes. Cabe-lhes apenas geri-los, conservá-los e por eles velar em prol da coletividade, esta sim a verdadeira titular dos direitos e interesse públicos. (Idem, p. 26).

pública”, que seria justamente esse conjunto de normas jurídicas destinadas a regular e a direcionar as ações de determinado Estado no trato com a saúde seu povo.

Outra distinção é feita por Fernando Aith (2006, p. 107), quando o autor separa a obrigações estatais relacionadas à saúde pública das obrigações relacionadas à saúde individual de cada cidadão, ambas amparadas pelo direito da saúde pública:

No que se refere às primeiras, o Estado deve adotar antecipadamente todas as condutas necessárias para a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população. **Estamos no campo das ações preventivas, ativas, obrigações expressas do Estado que podemos identificar, planejar e obrigar.** Já quando nos referimos à saúde individual, não há como exigir que o Estado ‘dê’ saúde para todo mundo. O Estado deve garantir, sim, o acesso às ações e serviços necessários para a prevenção, promoção e recuperação da saúde, quando isso se mostrar possível e necessário. Sempre que for preciso, quando a pessoa se sentir doente, ela deve ter acesso aos serviços necessários para a sua recuperação, para o pronto restabelecimento de sua saúde. No entanto, quando esse mesmo indivíduo tiver uma doença irreversível, sem possibilidades de cura, o Estado não poderá mais garantir o Direito à saúde desse indivíduo. (grifo nosso).

Em resumo, embora o direito sanitário, em sua acepção coletiva, esteja muito próximo ao direito administrativo, podendo ser considerado até mesmo uma ramificação dele, muitas outras áreas dispõem, direta ou indiretamente, de aspectos relacionados ao direito à saúde. Temos o próprio direito constitucional, que trata da saúde como um direito fundamental e social; o direito civil que percorre todos os ramos do direito, trazendo instrumentos para a proteção da saúde; o direito tributário, quando se discute sobre o financiamento orçamentário das ações em saúde; o biodireito e a bioética, com os apontamentos sobre responsabilidade social e coletiva diante das condições de saúde; e até mesmo o direito penal, que tipifica criminalmente aqueles comportamentos que atentam contra a saúde individual e coletiva.

Essa interface multissetorial do direito sanitário, segundo Aith (2006, p. 103), está ligada ao fato de que se trata de “um campo jurídico que lida com uma das principais riquezas que um ser humano possui”, isto é, a saúde; que, por sua vez, está intrinsecamente conectada ao direito à vida. Nesse sentido, o autor destaca a existência de um regime jurídico inerente ao direito sanitário, dotado de fontes, princípios e instituições jurídicas próprias, cuja função é de prover orientação sempre que for preciso analisar uma questão relacionada à promoção, proteção e recuperação da saúde no Brasil, ou, noutras palavras, uma questão de saúde pública.

São fontes diretas do direito sanitário, patentemente, a Constituição Federal; os documentos, tratados e convenções internacionais de proteção específica do direito à saúde; a legislação sanitária interna, exemplos: lei orgânica da saúde (leis nº 8.080/90 e 8.142/90), lei de controle sobre o comércio farmacêutico (lei nº 5.991/73), lei que define as ações de vigilância epidemiológica (lei nº 6.259/75), lei das infrações sanitárias (lei nº 6.437/77), leis federais que

instituem as agências de saúde (lei nº 9.782/99 e lei nº 9.961/00), etc; bem como os inúmeros decretos, portarias e a resoluções normativas da lavra das autoridades sanitárias e das agências reguladoras. A fontes indiretas são as já conhecidas: jurisprudência, doutrina e costumes.

Quanto aos princípios, Aith (2006, p. 373) enumera como basilares: o princípio da proteção da dignidade humana, o princípio da liberdade e os princípios da igualdade e da equidade. Desses derivam outros igualmente relevantes, quais sejam, o princípio do consentimento ou da autonomia, o princípio da segurança sanitária e os princípios da informação e da participação da comunidade. O direito sanitário, segundo o autor, é construído sobre os preceitos supracitados, ao passo que todas as normas jurídicas que o compõem devem se vincular a eles, dando-lhes especificidade e auxiliando na articulação entre os diversos componentes desse ramo jurídico.

Ademais, anote-se que o direito sanitário está resignado à função social do Direito, bem como ao seu papel de instrumento transformador da sociedade, refletindo também as dualidades de interesses políticos e econômicos que perpassam a questão da saúde no Brasil. Por isso, quase trinta anos depois da “constituição cidadã”, muito se discute ainda sobre os aspectos sociais e políticos que guarda o direito sanitário brasileiro.

Como disse Dallari, S. G. nos idos de 1988 (p. 330) – embora dolorosamente atual, não basta a existência de um amplo substrato legal que preveja todas as hipóteses de agravos à saúde, bem como a previsão de inúmeros serviços destinados à promoção, proteção e recuperação sanitária, se o Estado não for capaz de atingir um nível de desenvolvimento socioeconômico e cultural que lhe possibilite “dispor de todos os recursos técnicos existentes, atender a todas as necessidades de infraestrutura e possuir uma população educada para a saúde”. Por isso, uma construção normativa juridicamente impecável, com capacidade técnica para avanços sanitários consideráveis, pouco adiantará se o Estado possuir níveis de desigualdade tamanhos, ao ponto de não oferecer sequer serviços básicos como saneamento e educação em saúde à população, por exemplo.

Como já foi visto, o Estado brasileiro tomou para si a responsabilidade de promover, proteger e recuperar a saúde; e o fará por meio das vias técnico-jurídicas disponíveis, dentro das limitações impostas à Administração Pública, manifestamente por meio dos poderes executivo, legislativo e judiciário. Por esse motivo, o direito sanitário também pode ser tratado como uma “expressão jurídica da política pública de saúde” (CASTRO, 2003, p. 323), vez que é por meio dessas ações que a obrigação estatal com a saúde pública se materializa, bem como é pelas políticas públicas que um Estado se aproxima de sua população – ou pelo menos deveria, como será demonstrado no próximo tópico.

2.3 As políticas públicas de saúde como a materialização de um direito

As políticas públicas remetem à noção de proteção social trazida com a instituição dos já mencionados *Welfare States*, os Estados de Bem-Estar Social, no contexto europeu, após a Segunda Guerra Mundial. A percepção e o tratamento da pobreza foram substancialmente alterados, à medida em que se questionava as abordagens meramente assistencialistas mediante a proposição das denominadas políticas de bem-estar social.

Lobato (2012, p. 15) pontua que o Estado passou a ser responsável pela garantia de um mínimo de proteção social pública como direito social básico; e o fazia por meio de uma forte intervenção estatal na economia⁹, no intuito de contrapor-se às crises cíclicas do capitalismo e garantir o pleno emprego, serviços sociais universais e assistência social. A ideia de *Welfare State* foi acolhida pela social-democracia como espécie intermediária entre o socialismo e o liberalismo clássico, influenciando as reivindicações nos países periféricos, inclusive no Brasil, pela criação ou ampliação de seus próprios sistemas de proteção social.

A autora conta que, a partir dos estudos acerca dos sistemas que se estabeleceram mundialmente, foram esquematizados três modelos distintos de proteção social: o modelo residual, o modelo de seguro social e o modelo de seguridade social. O modelo residual ou liberal é caracterizado por ser extremamente seletivo, garantindo benefícios apenas para os mais “pobres entre os pobres”, ficando os demais serviços restritos ao setor privado; o modelo de seguro social ou bismarckiano¹⁰ assegura direitos somente para os que possuem vínculo trabalhista e auferem renda ou que realizem contribuição prévia ao sistema, como um contrato de seguro, reforçando a meritocracia e a exclusão social; já o modelo da seguridade social ou universal orienta-se sobre os princípios de universalidade, solidariedade e igualdade, proporcionando benefícios básicos a todos, sem condicioná-los a contribuição prévia.

O que acontece geralmente é que os países acabam adotando não somente um modelo, ainda que possamos identificar aspectos predominantes, mas a combinação de mais de um modelo, que somada a características peculiares de cada país pode gerar outros padrões e tendências. No Brasil, por exemplo, temos a previdência social que segue o modelo de seguro; a assistência social seguiu historicamente o modelo liberal, mas vem buscando se pautar pelo modelo universal (apesar da existência de programas ainda altamente seletivos) e a saúde segue o modelo universal (apesar da possibilidade de compra de serviços privados via planos de saúde que atuam no sistema de forma complementar). (LOBATO, 2012, p. 20).

⁹ A ação estatal estimulou medidas macroeconômicas que visavam a regulação do mercado, a formação e o controle de preços, a emissão de moedas, a distribuição de renda, o combate à pobreza por meio da provisão de um conjunto de serviços sociais e universais, tendo em vista, por sua vez, a socialização do consumo. (LOBATO, 2012, p. 15).

¹⁰ Modelo alemão criado pelo primeiro ministro Bismarck no final do século XIX.

Nesse sentido, as políticas públicas, como parte da configuração de proteção social adotada por um Estado, também são condicionadas às suas peculiaridades e às determinantes internas e externas que se apresentam. Bobbio, Matteuci e Paquino (1998) definem política pública como “um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando, e influenciando sobre as realidades econômica, social e ambiental”.

De um lado, portanto, aspectos como a diversificação econômica, as relações de poderes e de interesses, bem como o nível de atuação de grupos sociais na reivindicação de direitos, expressam a mencionada orientação política do Estado. Do outro, avista-se o interesse público, isto é, a noção de que “o Estado existe em função de um interesse maior, da própria sociedade, e será a expressão daquilo que cada sociedade almeja”.

Viana e Baptista (2012, p. 68-69) asseveram que falar de política pública é falar do Estado em ação, do processo de construção de uma ação governamental para um setor, ou seja, da capacidade das instituições de governo de escutar as demandas e incorporá-las e, especialmente da habilidade das instituições no desenvolvimento de um projeto político de Estado. É uma tarefa que envolve diversos recursos, atores, arenas, ideias e negociação.

Nessa perspectiva, a formulação e execução das políticas públicas, segundo as autoras (2012, p. 74-82), perpassam cinco grandes fases. Primordialmente, ocorre o reconhecimento de um determinado problema; em razão de demandas políticas e sociais, necessidades concretas, compromissos políticos assumidos, etc; como de relevância pública. A notoriedade dada a este problema está submetida a necessidade de mobilização política por “grupos de interesse dotados de fortes recursos de poder” ou está relacionada, por exemplo, a uma situação iminente de crise, calamidade, ou catástrofe de qualquer natureza.

O ciclo das políticas públicas tem início quando, após esse problema ter se tornado prioritário, houver a sua *entrada na agenda política ou decisória de um Estado*, passando a integrar o rol de assuntos que serão impreterivelmente tratados pela autoridade governamental, constituindo objeto de decisão política. Em seguida, ocorrerá a *formulação propriamente dita da política*, que se consolida no processo de investigação do problema e na busca de opções e alternativas para a sua resolução. Após a formulação, urge a *tomada de decisão*, na qual o governo há de escolher as soluções, configurando-se como uma ação ou não-ação, e delinear as metas a serem atingidas, bem como os recursos a serem utilizados, além do “horizonte temporal da intervenção”. Nesse importante momento serão definidos os princípios e diretrizes para o desenvolvimento de uma ação.

E, finalmente, chega-se à fase de *implementação da política pública*, isto é, o

momento de colocar em prática tudo o que já foi amplamente discutido e planejado, envolvendo diversos sistemas e atividades da Administração pública, dentre eles: o sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores da política, os logísticos e operacionais (recursos materiais e financeiros), etc. É um processo extremamente complexo, sendo ainda um momento de intensa negociação, no qual se visualiza de fato onde os pactos estabelecidos se sustentam – ressaltando-se que os governos têm obtido mais sucesso na elaboração da legislação do que na efetivação das mudanças em si.

O ciclo se encerra com a fase de *avaliação*, que consiste no monitoramento dos resultados obtidos após a implementação da política pública, com o intuito de analisá-la e reduzir o seu custo, podendo ser realizado pelo próprio governo ou por outro tipo de organização. Os estudos de avaliação transpassam a ideia de que “toda política é composta de ações sobrevindas entre a situação atual e uma nova”.

Diante do exposto até o momento, depreende-se que as políticas públicas de saúde decorrem, portanto, no Estado Democrático de Direito brasileiro, da proteção constitucional dada ao direito fundamental social à saúde, manifestando-se por meio de ações que visam a garantia desse direito. No Brasil, no que diz respeito à saúde, foi adotado o modelo de proteção social universal, retratado no Sistema Único de Saúde.

As políticas públicas de saúde são vinculadas a dois importantes institutos jurídicos, quais sejam, o serviço público administrativo e o poder de polícia. O primeiro, segundo José dos Santos Carvalho Filho (2006, p. 271), pode ser sintetizado como “toda atividade prestada pelo Estado ou por seus delegados, basicamente sob regime de direito público, com vistas à satisfação de necessidades essenciais e secundárias da coletividade”. A necessidade essencial em questão é, portanto, o acesso ao direito fundamental à saúde, enquanto as políticas públicas (serviço) para o provimento da saúde (direito) são as atividades que representam para o Estado “uma obrigação de fazer juridicamente regulada” (AITH, 2006, p. 415).

Noutra ponta está o poder de polícia, que, na visão de Bandeira de Mello (2002, p. 705), difere-se da prestação de serviços públicos – os quais se preordenam a uma ação positiva, com obtenção de resultados positivos; posto que indicaria uma ação negativa, um “não fazer” exigido dos particulares, cuja função seria evitar um mal à coletividade. Ressalte-se que apesar de muitas vezes limitar certas liberdades individuais, o exercício do poder de polícia pela Administração Pública também reflete um resultado positivo, visto que objetiva proteger os bens e interesses públicos de um possível e provável dano.

Aith, Minhoto e Costa (2009, p. 42) defendem que sempre que necessário o poder de polícia deve ser utilizado para a redução de riscos e agravos à saúde pública dentro dos

limites da discricionariedade legal do Estado. Para isso, os autores evocam o princípio da segurança sanitária e o da precaução, manifestados na Constituição Federal quando esta menciona o dever estatal de desenvolvimento de políticas públicas de natureza preventiva e também com a definição, dentre as atribuições previstas para o SUS, de competências ligadas ao controle, à fiscalização, à vigilância e à prevenção de doenças.

A Constituição orienta o Estado brasileiro a se organizar para a proteção da saúde, sendo que as ações específicas voltadas à segurança sanitária são exercidas principalmente por meio de ações de vigilância sanitária, ambiental, epidemiológica e da saúde do trabalhador, que visam garantir o respeito às normas sanitárias existentes. [...]

Seja em função de uma grande crise (uma grande epidemia, mortes ou danos por medicamentos falsificados etc.), seja em decorrência de um futuro incerto (alimentos transgênicos, engenharia genética), o Direito precisa dar à sociedade uma resposta para temas fundamentais que a afligem e que podem representar grave risco social. Nesses casos, o poder de polícia assume importância crucial quando se trata de proteger a saúde da população. Representa, nesse contexto, um importante instrumento jurídico que permite ao Poder Executivo o exercício eficaz de ações voltadas a garantir a segurança sanitária. (AITH, MINHOTO e COSTA, 2009, p. 42-43).

Para que as ações e regras que tratam da saúde pública acertem na proteção ao interesse público, é necessário que o Estado e a sociedade em geral se inteirem da condição sanitária de sua população e quais os meios disponíveis para alterá-la, para, somente a partir de então, delimitar objetivos e modos de atuação. Daí, portanto, a importância de vigilar para conhecer, para se aproximar, para compreender, para perceber e, sobretudo, para prevenir. Esse papel, no sistema de saúde brasileiro, é assumido pela vigilância em saúde, como será visto a seguir.

2.3.1 Vigilância em saúde e epidemiologia

As práticas de vigilância no âmbito da saúde pública vêm sendo desenvolvidas, historicamente, dentro de uma luta geral contra as doenças, em especial, contra aquelas consideradas reincidentes na população. Na concepção mais atual e ampla, segundo Costa (2003, p. 199), a vigilância em saúde é forte componente das discussões sobre mudanças na saúde e engloba ‘várias vigilâncias’, podendo ser citadas as vertentes: epidemiológica, sanitária, alimentar, saúde do trabalhador, ambiental, etc.

O estabelecimento de uma nova epidemia em determinado território, como foi o caso do vírus zika, muitas vezes tem causa multifatorial, cuja investigação fica a cargo da epidemiologia, uma disciplina básica da saúde coletiva que busca compreender o processo

“saúde-doença” nas populações, estando inserida no campo estratégico da vigilância em saúde.

A saúde deve fazer estudos epidemiológicos sobre os condicionantes e determinantes da saúde; trabalho, salário, comida, casa, meio ambiente, saneamento, educação, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais e divulgá-los. **Ao não identificar e divulgar as causas das doenças e seus condicionantes e determinantes, passa-se a atribuir à área de saúde a responsabilidade única pela falta de saúde.** (CARVALHO, 2013, p. 11, grifo nosso).

Os sistemas de vigilância em saúde estão inseridos dentro de um sistema maior de promoção da saúde. No Brasil, com a Lei Federal nº 8.080/1990, em seu art. 6º, §2º, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) foi incorporado ao Sistema Único de Saúde, definindo vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

A vigilância epidemiológica, portanto, busca “fornecer orientação técnica de caráter permanente aos profissionais de saúde que têm a responsabilidade de decidir sobre a realização de ações de controle de doenças e agravos”. Nesse sentido, Costa (2003, p. 202) aponta que devem ser disponibilizadas informações atualizadas sobre a ocorrência desses eventos bem como dos fatores que a condicionam, numa dada área geográfica ou população definida. É imprescindível para o planejamento, para a organização e a operacionalização de políticas públicas de saúde e para a normatização de atividades técnicas atinentes às ações de controle de agravos.

O sistema de vigilância epidemiológica se organiza em cada esfera administrativa de maneira especializada. Em nível municipal, cabem as ações executivas cujo exercício exige conhecimento analítico da situação de saúde local, por isso é de extrema importância que a instância local esteja bem estruturada e capacitada para garantir boa execução de eventuais medidas de controle. Por seu turno, os níveis federal e estadual ficam responsáveis pela condução de “ações de caráter estratégico, de coordenação em seu âmbito de ação e de longo alcance, além da atuação de forma complementar ou suplementar aos demais níveis” (BRASIL, 2009, p. 18), ou seja, agem de forma seletiva, estando voltados para questões emergenciais ou que requerem uma avaliação mais complexa e abrangente.

Uma das atividades obrigatórias de todo sistema local de vigilância em saúde é a investigação epidemiológica de campo de casos, surtos, epidemias e outras formas de emergências em saúde. Segundo o Guia de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2016c, p. 739), a investigação epidemiológica é a resposta *in loco* dos serviços de saúde, sobretudo em nível

municipal, devendo ocorrer de forma integrada e concomitante com as demais ações relacionadas à vigilância, com vistas à prevenção e ao controle de doenças (transmissíveis ou não) e agravos em saúde (inusitados ou não). A investigação objetiva, portanto, identificar e controlar, com o máximo de rapidez, preferencialmente nos estágios iniciais, “as possíveis ameaças à saúde da população considerada sob risco para aquele evento específico, a fim de se impedir a ocorrência de novos casos”.

Quando, de forma inequívoca, identifica-se um aumento considerável do número de casos de uma doença infecciosa, em determinada região e época do ano, fora do que eventualmente é esperado, há a suspeita de que se está diante de uma epidemia. A investigação epidemiológica se faz extremamente necessária, a partir de então, para que sejam identificadas formas de interromper a transmissão e prevenir a ocorrência de novos casos.

É essencial a detecção precoce de epidemias e surtos, para que medidas de controle sejam adotadas oportunamente, de modo que um grande número de casos e óbitos possa ser prevenido. Além da prevenção de novos casos e surtos, a investigação desse tipo de evento pode contribuir para a descoberta de novos agentes, novas doenças e novos tratamentos, ampliar o conhecimento sobre novas doenças e daquelas já conhecidas e, ainda, fazer com que a população passe a ter mais confiança no serviço público de saúde. (BRASIL, 2016c, p. 744).

O Guia de Vigilância em Saúde mais atualizado, publicado no ano de 2016, prevê um minucioso roteiro de investigação de epidemias e surtos¹¹. Nele estão consignadas todas as enfermidades incluídas no Sistema de Vigilância Epidemiológica, entretanto, muitas doenças que podem causar epidemias, como foi o caso da zika em 2015/2016, são completamente desconhecidas até mesmo para o sistema de saúde. A única ferramenta existente seria conhecer previamente o perfil epidemiológico (condicionantes e determinantes sociais) da população atingida e prover os cuidados clínicos necessários. O que significa, outrossim, que um sistema de saúde bem estruturado, funcional e acessível seria decisivo para a reversão da situação epidêmica.

Por que então, mesmo com todos avanços na concepção da saúde pública brasileira e do comprometimento estatal em protegê-la, promovê-la e recuperá-la, as autoridades governamentais deixaram de lado por tanto tempo questões básicas à determinada parcela da população, que seriam decisivas para a reversão da crise causada pelo vírus zika? É o que será discutido no capítulo a seguir, com a exposição da relação entre ética e saúde pública, por meio

¹¹ Etapa 1 – Confirmação do diagnóstico da doença; Etapa 2 – Confirmação da existência de epidemia ou surto; Etapa 3 – Caracterização da epidemia; Etapa 4 – Formulação de hipóteses preliminares; Etapa 5 – Análises parciais; Etapa 6 – Busca ativa de casos; Etapa 7 – Busca de dados adicionais; Etapa 8 – Análise final; Etapa 9 – Medidas de controle; Etapa 10 – Relatório final; Etapa 11 – Divulgação.

de alguns princípios bioéticos, como o da responsabilidade social e o da equidade, perante os reflexos da desigualdade brasileira no acesso à saúde.

3 A ÉTICA SANITÁRIA E A BIOÉTICA DIANTE DAS CONTRADIÇÕES NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

“Artigo 14. Responsabilidade Social e Saúde

a) A promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade”. (UNESCO, 2006).

O reconhecimento internacional do direito à saúde como um direito humano, em meados do século XX, inspirou vários países a inserirem ou ratificarem formalmente em seus ordenamentos jurídicos o suporte a esse direito. No Brasil não foi diferente, como visto, a Constituição República Federativa do Brasil de 1988, ao tratar da saúde como um direito de todos e dever do Estado, estabeleceu, outrossim, a criação de um sistema de saúde universal, que ficaria encarregado pela promoção, proteção e recuperação da saúde para a população brasileira.

Contudo, a despeito do Estado brasileiro ter logrado êxito no planejamento legislativo e administrativo em políticas universais de saúde, na prática, a sua materialização tem sido um desafio, fazendo com que o país continue em déficit com a sociedade, sobretudo com os segmentos mais desfavorecidos, quando se trata do acesso à saúde. A epidemia do vírus zika, enquanto um problema de saúde pública, foi mais um indicador das desigualdades que persistem no Brasil contemporâneo. Segundo Lesser e Kriton (2016, p. 167), as doenças transmitidas por mosquitos atingem a população de modo desproporcional, sendo as camadas menos privilegiadas as mais afetadas, em diversos aspectos. Os autores apontam que o impacto de questões éticas relacionadas ao vírus do zika também é diferenciado: afinal, quem só tem condições de se tratar no Sistema Único de Saúde lida com opções e escolhas muito diferentes das de quem usa o sistema privado de saúde.

Tais incongruências levam a alguns questionamentos: qual é o lugar da bioética nas questões sanitárias? Em que medida o Estado brasileiro pode ser culpabilizado, do ponto de vista da ética da responsabilidade, pela crise que se instalou durante a epidemia do vírus zika? O processo de escolha na distribuição de recursos para a saúde tem sido orientado por princípios bioéticos? Nesse sentido, propõe-se por meio deste capítulo uma investigação acerca dos agentes que têm contribuído para a manutenção das disparidades na realidade brasileira, sob o enfoque dos discursos bioéticos em favor da saúde pública.

3.1 Ética e saúde pública: uma aproximação necessária

Segundo Dalmo de Abreu Dallari (2003, p. 65), a chegada do século XXI inaugurou um período de renovação na história da humanidade, tal como ocorreu com a transição do século XVIII para o XIX, dadas as profundas alterações acerca das concepções sobre a pessoa humana e sobre os padrões de convivência. Barchifontaine (2004, p. 244) também trata dos significados da passagem para o novo milênio, enunciando as principais características do que seria essa sociedade pós-moderna, marcada pela apatia política e pelo que chama de civilização da imagem, tendo em vista a frustração generalizada diante da falta de capacidade do mundo moderno no cumprimento das suas promessas de “crescimento econômico infinito”, erradicação de doenças e prolongação da vida.

Com efeito, em quase duas décadas de século XXI, observa-se que os níveis de desigualdade socioeconômica persistem em crescimento, especialmente na realidade brasileira¹², com o eterno contrassenso da concentração da riqueza e do poder nas mãos de minorias e da expansão da pobreza e da miséria. Noutra ponta, o país assiste atônito uma grave crise política e democrática, recheada de escândalos envolvendo a corrupção nos âmbitos públicos e privados, reduzindo cada vez mais a crença e a motivação pública em questões sociais e na luta por direitos.

São fatos públicos e frequentes a gestão desonesta de recursos, a ausência de políticas sociais, mesmo onde isso deveria ser prioridade, a deterioração da qualidade dos serviços públicos, bem como a utilização de conhecimentos científicos e de tecnologia avançada com absoluto desprezo pela pessoa humana, que é degradada à condição de “coisa”, objeto de comércio ou de experimentação. (DALLARI, D. A., 2003, p. 66).

Nesse contexto de desumanização, é veemente a necessidade de se recorrer à ética como forma de reação à deterioração dos padrões de convivência humana, que afeta até mesmo os mais privilegiados, pondo em risco a própria noção de dignidade humana. Nas palavras de Dallari, D. A. (2003, p. 67), a banalização da vida humana abre as portas para todas as indignidades, pelo estímulo ao sentimento de revolta, propício à prática de violências, pelo comprometimento da segurança das pessoas e dos patrimônios, pelo indisfarçável agravamento das injustiças, o que significa, para todos, a impossibilidade de viver em paz. Em razão disso, a ética deve ser continuamente inserida nos debates acerca do papel do Estado na formulação de políticas públicas, dos critérios para o uso dos recursos materiais e intelectuais, bem como

¹² Em outubro de 2017, o Banco Mundial adotou novos parâmetros para delimitar a quantidade de pessoas que vivem abaixo da linha da pobreza, o que elevou de 8,9 milhões para 45,5 milhões o número de brasileiros considerados pobres (cerca de 1/3 da população). (FOLHA DE SÃO PAULO, 2017).

acerca da relação poder-dever-responsabilidade daqueles que possuem autoridade sobre questões de interesse público. Todos esses aspectos, por sua vez, estão diretamente vinculados às demandas e aos problemas históricos da saúde individual e coletiva.

A construção da concepção de ética, nos percursos da humanidade, caracteriza-se pela multiplicidade de significados, muitas vezes imprecisos, que, em regra, tomam como base as origens gregas do vocábulo. Dallari, D. A. (2003, p. 68) chama atenção para dois termos gregos muito semelhantes: *ethos*, que significa “o costume”, e *éthos*, que se refere ao “caráter”. Segundo o autor, Aristóteles, um dos principais nomes da antiguidade no estudo sobre a ética, considera de imensa importância a aproximação entre o caráter e o costume, partindo do pressuposto que a virtude do caráter, que é uma virtude ética, não se adquire por meio de lições, mas pela prática e pela repetição, ou seja, pelo costume.

Aristóteles, em outro momento, fez a diferenciação entre o homem e os outros animais, sob dois aspectos: o primeiro seria a compreensão do bem e do mal, do justo e do injusto; enquanto que o segundo seria a natureza associativa, isto é, a classificação do ser humano como “animal político”, um ser que precisa conviver com os seus semelhantes. Dallari, D. A. destaca que essas características humanas, por assim dizer, são essenciais para que se defina uma ética, que sempre será, ao mesmo tempo, individual, por resultar das práticas habituais de cada um, mas também social, pois essas práticas só podem ocorrer na convivência, no meio social. A ética, portanto, seria a junção de comportamentos, alimentados por valores, relacionados à busca do bem e do justo.

Nesse compasso, a correlação entre ética e saúde é inevitável, sobretudo considerando que a saúde, reconhecida como um direito fundamental da pessoa humana, está inteiramente direcionada à manutenção e à qualidade de vida de todos os indivíduos, ou seja, ao direito à vida de toda a coletividade. Como assinala Leopoldo e Silva (1998, p. 35), sendo a vida o primeiro de todos os direitos, a ética da saúde está profundamente enraizada no solo dos direitos humanos, ao passo que se compromete com a realização histórica de valores que incorporem, diante das situações sociais postas e por meio de políticas diferenciadas, o direito que todo ser humano deveria primordialmente usufruir.

Assim como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada pela ONU em 1948, foi o marco do reconhecimento formal internacional do direito à saúde, ela foi também uma das mais importantes expressões em favor de uma ética universal, tendo em vista as atrocidades e as grandes guerras que marcaram a primeira metade do século XX. Essa declaração inspirou inúmeros documentos internacionais, determinando parâmetros e exigências éticas a fim de garantir a proteção dos direitos humanos, bem como serviu de modelo

para a criação de movimentos sociais organizados e de instituições voltadas para a defesa e a efetivação da ética.

Posteriormente, na década de 1970, berço do movimento social de afirmação e efetivação dos direitos humanos, de acordo com Fortes e Zoboli (2006, p. 42), a bioética aportou na saúde, como “uma alternativa secular, inter, multi, transdisciplinar, prospectiva, global, multicultural, inter-religiosa e sistemática” para desenvolver, em um contexto pluralista e com base no diálogo inclusivo, os temas de ética desta área. Essa aproximação, dizem os autores, proporcionou orientações de caráter mais horizontal e democrático, estabelecendo responsabilidades recíprocas e multilaterais dos diversos atores sociais inseridos no âmbito da saúde.

O termo “bioética”, que literalmente significa “ética da vida”, foi cunhado em 1971 pelo oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter, com a publicação da obra que referenciou historicamente a área, *Bioethics: a Bridge to the Future*, cujo objetivo era alertar a sociedade para a necessidade de sopesamento entre os direcionamentos científicos das ciências biológicas e os valores humanos. Segundo Fortes e Zoboli, “mais do que focar direitos individuais, (Potter) enfatizava responsabilidades pessoais, defendendo a busca de uma sabedoria capaz de examinar as possibilidades para promover a saúde, a sobrevivência humana e a justiça social”. Contudo, ao longo dos anos setenta, com a incorporação do neologismo ao dialeto rotineiro da saúde, a bioética acabou voltando-se mais para questões de caráter individual da relação clínica entre os profissionais de saúde, enfocando primordialmente as “situações limites”, tais como: eutanásia, reprodução assistida, manipulação genética, aborto, etc.

Na década de 1980, a bioética expandiu seus objetivos, compreendendo a relação clínica como inserta na perspectiva de um sistema de saúde, passando a tratar de assuntos relacionados à estrutura, à gestão e ao financiamento desse sistema, mas ainda prioritariamente direcionada às questões biomédicas e biotecnológicas. Nessa conjuntura, nas palavras de Fortes e Zoboli (2006, p. 43), ocorria a disseminação da bioética na América Latina, “onde convivem ilhas de excelência tecnológica em saúde ao lado da extrema pobreza da maioria das populações”, o que tornou inevitável a integração de temas como acesso aos serviços de saúde, a alocação de recursos em saúde, questões demográficas e populacionais, além da responsabilidade social e coletiva sobre as ações de saúde.

Nos últimos anos da década de 90, dando seguimento ao processo de ampliação das temáticas tratadas pela bioética, dá-se início ao que se denominou como “bioética da saúde da população”, abordando com mais intensidade os direitos humanos e as ciências sociais e

humanas. Desse modo, abriram-se os caminhos para o enfoque de conceitos como a justiça social, a equidade e a responsabilidade social, retomando-se, igualmente, os ideais de Van Ressenlaer Potter pela globalização da bioética, que sugerem a ampliação e politização da agenda bioética internacional, dando mais visibilidade às temáticas sanitárias, sociais e ambientais.

Garrafa (2012, p. 26) aponta como referência das tendências que impulsionaram a bioética para um sentido mais crítico a realização de dois importantes congressos mundiais promovidos pela *International Association of Bioethics* (IAB) em Tóquio, no ano de 1998, e em Brasília, no ano de 2002, cujos temas oficiais foram, respectivamente, “Bioética Global” e “Bioética, Poder e Injustiça”. Segundo o autor, esses encontros estimularam discussões com relação à contradição verificada entre a presunção de universalidade dos quatro princípios clássicos propostos para a bioética (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça – que serão analisados no tópico seguinte) e a necessidade de que fosse respeitada a pluralidade cultural própria de cada lugar, com todas as suas diferentes nuances morais, evidenciando, deste modo, a urgência de ampliação da bioética para além das questões biomédicas e biotecnológicas.

Como resultado dessa movimentação, foi aprovada na 33ª Sessão da Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), realizada em Paris, no dia 19 de outubro de 2005, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. No processo de construção da minuta do diploma, houve uma notável polarização: de um lado as nações desenvolvidas, a quais defendiam um documento que restringisse a bioética aos tópicos biomédicos e biotecnológicos, e do outro as delegações latinoamericanas, os países africanos e a Índia, que pugnavam pela ampliação do texto para os campos sanitário, social e ambiental. A Declaração, aprovada por aclamação pela unanimidade dos 191 países componentes da organização, podendo ser considerada uma vitória das nações em desenvolvimento, propõe novos caminhos para bioética do século XXI, democratizando-a e tornando-a mais direcionada e comprometida com as populações vulneráveis, sobretudo no setor da saúde pública.

O artigo 14 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos¹³, enunciado parcialmente na epígrafe deste capítulo, trata da responsabilidade social consoante à

¹³ Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Artigo 14 - Responsabilidade Social e Saúde.

a) A promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central os governos, partilhado por todos os setores da sociedade.

promoção do direito à saúde e do desenvolvimento social, que deve ser lida como prioridade para as autoridades governamentais, além de partilhada por todos os setores da sociedade. Esse dispositivo prescreve expressamente o dever ético de toda a coletividade, bem como, no caso brasileiro, reforça o mandamento constitucional atribuído ao Estado, em direção ao enaltecimento do direito à saúde e à sua inegociabilidade, por assim dizer.

Isso posto, demonstrada a intrínseca relação entre ética e saúde, no tópico a seguir será proporcionada uma visão panorâmica do princípalismo bioético, bem como das correntes críticas que expõem a necessidade de adequação da bioética às especificidades das questões de saúde pública.

3.2 Princípios bioéticos em saúde pública

De acordo com Kipper e Clotet (2003, p. 62), diante do pluralismo ético, isto é, da variedade de valores éticos dominantes na sociedade, inclusive perante os indivíduos de uma mesma nação, como é o caso do Brasil – um característico exemplo de diversidade axiológica, torna-se difícil e ainda mais complexa a busca por soluções harmônicas e universais no que diz respeito às questões próprias à clínica, como doação de órgãos, transplantes, laqueadura, aborto, eutanásia, etc. Deste modo, o pluralismo ético e a necessidade de uma teoria de aplicação prática para a resolução dos conflitos gerados fomentaram a adoção do princípalismo como método mais difundido e aceito para o deslinde dos problemas éticos de caráter biomédico.

O princípalismo bioético, nos termos enunciados por Beauchamp e Childress, na obra *Principles of Biomedical Ethics*, estrutura-se em quatro valores basilares, nesta ordem: o princípio do respeito à autonomia, o princípio da não-maleficência, o princípio da beneficência e o princípio da justiça. Ressalte-se que o princípalismo foi forjado, sobretudo, na perspectiva da medicina clínica e da investigação em seres humanos.

b) Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar:

- (i) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano;
- (ii) o acesso a nutrição adequada e água de boa qualidade;
- (iii) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente;
- (iv) a eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo; e
- (v) a redução da pobreza e do analfabetismo. (UNESCO, 2005).

Segundo Muñoz e Fortes (1998, p. 57), o termo autonomia, por derivar dos vocábulos gregos *auto*, traduzido como “aquilo que é próprio”, e *nomos*, que significa “lei, regra, norma”, remete à ideia de autogoverno, de autodeterminação das pessoas no que concerne às escolhas diretamente relacionadas às suas vidas, ao seu estado de saúde (físico e mental), e às suas relações; bem como se refere também à capacidade de um indivíduo decidir o que é bom, ou o que constitui o seu bem-estar. O ser autônomo, portanto, deve ser livre de coações internas ou externas para eleger a melhor opção dentre as que lhe são apresentadas, ou seja, deve possuir liberdade de pensamento.

Nesse compasso, o princípio do respeito à autonomia pressupõe o reconhecimento de que cada pessoa possui seu ponto de vista, construído a partir de suas vivências, crenças, aspirações e valores pessoais, de modo que cabe a ela a tomada de decisões, ainda que adversas aos parâmetros dominantes e aceitos pelos profissionais de saúde, desde que, entretanto, não signifiquem ameaças às outras pessoas ou à coletividade. Desse modo, não se deve confundir o princípio da autonomia com a ideia de respeito à autonomia de outro indivíduo.

O respeito pela autonomia da pessoa conjuga-se com o princípio da dignidade da natureza humana, aceitando que o ser humano é um fim em si mesmo, não somente um meio de satisfação de interesses de terceiros, comerciais, industriais, ou dos próprios profissionais e serviços de saúde. Respeitar a pessoa autônoma pressupõe a aceitação do pluralismo ético-social, característico de nosso tempo. (MUÑOZ E FORTES, 1998, p. 58).

Kipper e Clotet (2001, p. 62) contam que o conceito de beneficência, a partir de suas raízes filosóficas e morais, pode ser resumido pura e simplesmente como “fazer o bem”, de modo que, na aplicação prática do cotidiano biomédico, objetiva o alcance e bem-estar e dos interesses do paciente. Nas palavras dos autores, o princípio da beneficência prioriza a promoção da saúde e a prevenção da doença e, em seguida, calcula os bens e os males prováveis buscando a prevalência dos primeiros. Trata-se de uma dupla obrigação, que seria, primeiramente, a de não causar danos e, em segundo lugar, a de maximizar os benefícios e de minimizar os prejuízos.

O princípio da não-maleficência também traz a ideia de não causar danos, entretanto, vinculado ao caráter de intencionalidade, derivando da máxima da ética médica: *primum non nocere*. Segundo Kipper e Clotet (2003, p. 71), o princípio da não-maleficência envolve abstenção, enquanto o princípio da beneficência requer ação. O princípio de não-maleficência é devido a todas as pessoas, enquanto que o princípio da beneficência, na prática, é menos abrangente.

Beneficência e não-maleficência são dois princípios que podem pautar a conduta do profissional da saúde e ajudá-lo em situações de conflito. Contudo, nenhum dos dois princípios têm caráter absoluto. A aplicação eticamente correta dos princípios da beneficência e da não-maleficência é o resultado do exercício da Frônesis ou Prudência, que deveria acompanhar sempre toda atividade e decisão do profissional da saúde. O princípio da beneficência numa sociedade em vias de desenvolvimento será, provavelmente, o princípio que vai orientar as atividades e decisões do profissional da saúde como cidadão ciente do seu papel e da sua realização pessoal e social. (KIPPER, CLOTET; 2003; p. 75).

Dando continuidade, sobre o quarto e último princípio, Siqueira (1998, p. 71) retoma a teoria da justiça formulada pelos pensadores gregos, contando que a justiça era entendida na antiguidade como uma propriedade natural das coisas, de modo que caberia ao ser humano apenas conhecê-las e respeitá-las. O médico, enquanto autoridade, representava o bem comum e, por conseguinte, a perfeição moral. Desta feita, a justiça assumia uma proporcionalidade natural e o único comportamento que se esperava de um enfermo era a obediência. Por exemplo, um escravo devia ser atendido por um médico escravo, um artesão não podia receber tratamentos onerosos e somente ao cidadão rico cabia o acesso ilimitado aos serviços de saúde. Tal distinção nas formas de tratamento era considerada justa e proporcional, vez que atendia aos princípios da justiça distributiva numa sociedade guiada por uma “lei natural, transcendente e imutável”.

Segundo o autor, a ideia de lei natural como norma de relação entre os homens prevaleceu por um longo período da história, de modo que foi apenas na modernidade que a justiça passou a ser tratada como uma decisão moral. No principialismo bioético, o conceito de justiça, alinhado com a evolução dos direitos humanos, busca evitar a discriminação, preocupando-se com a equidade na distribuição de bens e recursos considerados comuns, numa tentativa de igualar as oportunidades de acesso a estes bens. Desse modo, o princípio da justiça exige a imparcialidade na distribuição dos ônus e vantagens decorrentes da prática médica e nas pesquisas científicas.

Depois de enumerados e brevemente conceituados, é possível observar que os princípios bioéticos clássicos estão, de certo modo, restritos às interações entre indivíduos, como é o caso da relação médico-paciente ou da relação pesquisador-pesquisado. A partir dessa percepção, alguns autores como Schramm e Kottow (2001, p. 950), acompanhando as tendências de ampliação da agenda da bioética para o século XXI, apontam as insuficiências e limitações do modelo principialista para as questões e dilemas atuais da saúde pública, propondo novas interpretações e ramificações destes princípios, que melhor se adequem à realidade sanitária.

De acordo com os autores, a saúde pública e a biomedicina clínica possuem, cada uma, suas próprias especificidades teóricas, práticas e normativas, apesar de dividirem a missão genérica de promover a saúde e compartilharem uma série de preocupações relativas ao bem-estar humano. Cabe à saúde pública, por exemplo, a elaboração de medidas coletivas de prevenção, que não necessariamente passam pela relação interpessoal entre médico e paciente. Tais medidas referem-se, por um lado, às populações humanas e aos seus contextos socioambientais e, por outro, às instituições públicas responsáveis pela implementação dessas políticas de prevenção e pela promoção da saúde.

Desta forma, a assimilação da ética em saúde pública com a ética da biomedicina clínica seria criticável por: descuidar da peculiaridade dos problemas enfrentados pela saúde pública (prevenção da morbidade das populações humanas e promoção da saúde e da qualidade do ambiente biológico, psicológico, social e cultural); e reduzir a complexidade das relações entre a biomedicina clínica e a saúde pública, implicando dizer que nem tudo que é relevante no âmbito ético biomédico clínico seria também sob o ponto de vista da ética em saúde pública (nas políticas públicas, por exemplo, lida-se com riscos de difícil quantificação, ao contrário do que ocorre com a pesquisa laboratorial).

Além disso, as abordagens tradicionais da bioética, erigidas sobretudo com base nas realidades norte-americana e europeia, abordam de modo superficial os “problemas persistentes” presentes nos países periféricos, como: a exclusão social e a concentração de poder, a globalização econômica internacional e a evasão de divisas das nações mais pobres para os países centrais, a inacessibilidade dos grupos economicamente vulneráveis às conquistas do desenvolvimento biotecnológico, e, a desigualdade de acesso das pessoas pobres aos bens de consumo e serviços básicos, como a saúde (GARRAFA, PORTO; 2004; p. 35). A constatação desses graves índices de desequilíbrio social aponta para a necessidade de respostas práticas e éticas, fundamentadas em referenciais teóricos mais representativos e próximos da realidade dos países do hemisfério sul.

Assim, partindo desses impulsos de transformação e renovação de sentidos para a bioética, nos subtópicos seguintes, serão ligeiramente analisadas duas correntes surgidas no começo dos anos 2000, que propõem novas abordagens principiológicas para questões globais, dentre elas a saúde pública: a “bioética da proteção” e a “bioética de intervenção”.

3.2.1 Bioética da proteção

Schramm (2004, p. 73), um dos principais autores brasileiros que defendem a bioética da proteção, aponta que esse conceito foi construído a partir do contexto latinoamericano, sendo, inicialmente, denominado como “ética da proteção”, cujo sentido filosófico advém das próprias raízes etimológicas do vocábulo *ethos*, que em seu significado mais arcaico quer dizer “guarita”, para animais, e “refúgio”, para os seres humanos. Desse modo, a bioética também assumiria esse papel de proteção, no caso da vida humana e, por conseguinte, tendo em vista que a saúde é uma condição essencial à qualidade de vida, a bioética seria encarregada pela proteção da saúde dos indivíduos e das populações.

A bioética da proteção surge, em particular, considerando as especificidades e as carências dos assim chamados “países em desenvolvimento”, mas sem esquecer que ela pode ser aplicada, *mutatis mutandis*, à situação do mundo globalizado na medida em que este está, cada vez mais, afetado por uma sinergia de causas a efeito “catastrófico”, ou seja, que se encontra em uma situação na qual vivemos a emergência da humanidade como quase sujeito; a compreensão incoativa que seu destino é a autodestruição; o nascimento de uma exigência absoluta: evitar a autodestruição. (SCHRAMM, 2017, p. 1534).

Nas palavras de Schramm e Kottow (2001, p. 953), o princípio da proteção pode ser visto no fundamento do Estado mínimo, a partir do século XVII, com o reconhecimento da obrigação estatal de acautelar a integridade física e patrimonial de seus cidadãos, sendo este também o fundamento moral do Estado do bem-estar contemporâneo. No mesmo período, qual seja, a modernidade, como visto no primeiro capítulo deste trabalho, nasce a saúde pública com o propósito inicial de dar proteção sanitária à classe trabalhadora, como resultado da reivindicação coletiva pelo direito à saúde. Os autores questionavam, no ano de 2001, o motivo pelo qual o princípio da proteção, há pelo menos três séculos inserido nas práticas sanitárias¹⁴, ainda não tinha sido incorporado à agenda bioética.

A bioética da proteção, quando confrontada com os problemas característicos da saúde pública, busca coadunar a “responsabilidade moral” e a “eficácia pragmática”, podendo ser considerada como um autêntico instrumento da ética aplicada. Deste modo, assevera Schramm (2003, p. 83), as autoridades sanitárias, uma vez sendo legítimas, devem ser responsabilizadas por promover um nível razoável e efetivo de bem-estar na população, por garantir o acesso aos serviços de saúde a toda a população que deles necessitar, por prevenir e controlar as epidemias, bem como por realizar outros programas de saúde coletiva. Anote-se

¹⁴ Por práticas sanitárias, no contexto da bioética da proteção, entendem-se: a saúde pública, a biotecnologia, a biopolítica e o biodireito, enquanto conjunto complexo de saberes, vinculados entre si, tanto na teoria quanto na prática. (SCHRAMM, 2017).

que o princípio da proteção está intimamente conectado a outros valores: a solidariedade e a responsabilidade.

Para Schramm e Kottow (2001, p. 954), a noção de responsabilidade na proteção sanitária, sobretudo em favor das populações em estado de vulnerabilidade, não pode ser reduzida a ideia de “paternalismo beneficente”, posto que, em regra, o agente sanitário (que atua em nome de uma instituição legalmente constituída) deve agir com o consentimento da população, propondo medidas necessárias e razoáveis para a resolução das questões sanitárias. Noutra ponta, o princípio da proteção impõe um dever de eficácia que o autoriza a intervir legitimamente na vida dos cidadãos, quando for necessário e quando não houver outros meios, diante das exigências do bem comum¹⁵. A fim de garantir o controle dos resultados, a responsabilidade protetora também fornece a possibilidade de avaliação ética das ações destinadas a cobrir as necessidades sanitárias prioritárias, que são efetivamente sentidas pela população.

Em resumo, a bioética da proteção pode ser entendida como um compromisso prático, sujeitado, de certa forma, à exigência social, a partir do qual se considera a proteção um princípio moral irrevogável, capaz de promover o equilíbrio entre os interesses e os pontos de vista individuais e coletivos em torno do acesso à saúde. Pode-se dizer que a bioética da proteção, na realidade brasileira, vem legitimar os sistemas de saúde que se propõem universalistas, como por exemplo, a política sanitária inspirada nas diretrizes e princípios do SUS¹⁶.

3.2.2 Bioética de intervenção

Como já mencionado, o VI Congresso Mundial de Bioética, realizado em Brasília, no ano de 2002, cujo tema oficial foi “Bioética: Poder e Injustiça”, pode ser considerado um marco da expansão da agenda bioética no século XXI, evidenciando a participação acadêmica, atualizada e transformadora da América Latina nos temas contemporâneos da bioética. Nesse mesmo evento, a proposta da bioética de intervenção foi lançada pelos pesquisadores Volnei

¹⁵ Como no caso de epidemias que podem afetar sensivelmente a saúde da população e que implicam em medidas coercitivas impostas a indivíduos ou grupos que formam a população. Nesta situação, vale, portanto, o princípio de proteção do “corpo social” como um todo contra as ameaças de indivíduos e grupos que possam prejudicá-lo. (SCHRAMM, 2017, p. 1537).

¹⁶ Vide subtópico 2.1.1.

Garrafa e Dora Porto, representando o movimento já existente na Universidade de Brasília (UnB), em um artigo denominado “Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção”.

A bioética de intervenção sustenta-se em um arcabouço teórico desenvolvido a partir de alguns conceitos como: a bioética das *situações persistentes*, que se refere às questões que historicamente subsistem nas sociedades humanas (exclusão social, sexismo, racismo, alocação de recursos na saúde, abandono de crianças e idosos, aborto, etc); e a bioética das *situações emergentes*, que se relaciona às questões decorrentes do acelerado desenvolvimento científico e tecnológico que “emergiram” na metade do século XX (novas técnicas de reprodução, avanços no campo da engenharia genética, transplantes de órgãos e tecidos humanos). Também são utilizadas as expressões *países centrais*, aludindo aos países cujos problemas básicos com saúde, educação, alimentação, moradia e transporte estão resolvidos ou caminham para a resolução; e *países periféricos*, que são aqueles chamados pelos organismos internacionais de “nações em desenvolvimento”, nos quais boa parte da população ainda espera por condições mínimas de sobrevivência, enquanto o poder e a renda estão concentrados em um número cada vez menos representativos de pessoas.

Garrafa e Porto (2004, p. 37) ressaltam que os estudiosos da bioética atuam em diferentes contextos sociais, enfrentando conflitos de origens, dimensões e complexidade completamente diversos, de modo que a interpretações e soluções dadas a eles não podem ser genéricas. Por essa razão, a bioética de intervenção sugere como referência uma perspectiva periférica às abordagens bioéticas profissionais, especialmente ao principialismo, de marcada conotação anglo-saxônica. O novo enfoque teórico propõe uma “aliança concreta com o lado historicamente mais frágil da sociedade”, trazendo inclusive a reanálise e readaptação de alguns temas, dentre eles: autonomia x justiça/equidade, benefícios individuais x benefícios coletivos, individualismo x solidariedade, omissão x participação, mudanças superficiais e temporárias x transformações concretas e permanentes.

Deve-se ter em mente que, entre outras razões, a bioética surgiu para reforçar o lado mais frágil de qualquer inter-relação historicamente determinada. Diante disso, é fundamental que a bioética dos países periféricos, e os da América Latina particularmente, passem a não aceitar mais o crescente processo de despolitização dos conflitos morais. O que está acontecendo, muitas vezes, é a utilização de justificativas bioéticas como instrumentos, como ferramentas metodológicas, que acabam servindo de modo neutral apenas para a leitura e interpretação (acríticas) dos conflitos, por mais dramáticos que sejam. Dessa maneira, é atenuada (e até mesmo anulada, apagada) a gravidade das diferentes situações, principalmente aquelas coletivas e que, portanto, acarretam as mais profundas distorções sociais. (GARRAFA, PORTO; 2004; p. 37).

Nesse contexto, as questões éticas, resultantes da percepção das desigualdades nos países periféricos, justificariam uma bioética de práticas intervencionistas, firmes e direcionadas, instrumentalizando o desejo de rompimento com os paradigmas vigentes. A bioética de intervenção, em suas aspirações primeiras, pode ser resumida como uma proposta teórica, com o objetivo de inaugurar um utilitarismo humanitário orientado para a busca da equidade entre os segmentos da sociedade, que também é “capaz de dissolver a divisão centro-periferia do mundo e assumir um consequencialismo solidário alicerçado na superação da desigualdade” (GARRAFA, PORTO, 2004; p. 37).

No ano de 2012, em publicação comemorativa dos dez anos do Congresso Mundial de 2002, Dora Porto faz a autocrítica das propostas lançadas pela bioética de intervenção, a partir do que foi conquistado e ao mesmo tempo negligenciado, por meio do artigo intitulado “Bioética de intervenção: retrospectiva de uma utopia”. Segundo a autora, uma utopia, de fato, porque, por mais elaborada que seja, uma teoria social nunca é capaz de abarcar toda a complexidade da realidade, sendo capaz apenas de exprimir uma faceta, um lado. Desse modo, não apenas a bioética de intervenção, mas qualquer proposta teórica que busque a resolução para toda a multiplicidade dos fatores que definem a vida em sociedade, pode ser vista como “um projeto de natureza irrealizável” (PORTO, 2012, p. 111). Entretanto, o fato da bioética de intervenção ser interpretada como uma utopia, não significa a anulação de suas contribuições para a bioética global, mesmo porque, na busca do impossível, foi real o alcance de inúmeras possibilidades.

Com o advento da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, a perspectiva social trazida pela bioética de intervenção, que sempre teve como referencial teórico os direitos humanos, passou a ser mais aceita no cenário acadêmico. Mesmo assim, a principal crítica direcionada à bioética de intervenção teve o intuito de desqualificá-la sob o argumento de que, com a incorporação da dimensão social, a bioética deixaria de ser ciência, tornando-se, na verdade, política. Contudo, há muito se discute sobre a falácia da neutralidade axiológica da ciência¹⁷ e a própria Declaração da UNESCO, ao prestigiar os direitos humanos inserindo-os em sua base principiológica, acabou por reconhecer a dimensão social como intrínseca à bioética.

¹⁷ Sotolongo, em trabalho que desconstrói a crítica à interface entre bioética e política, demonstra que uma bioética separada da política não é menos ideologizada do que uma bioética politizada. Finaliza o artigo afirmando que ‘ser apolítico’ constitui um posicionamento político como qualquer outro, descartando, definitivamente, a objeção daqueles que queriam manter a bioética reduzida à área biomédica em nome de uma pretensa verdade científica proporcionada por tal correlação. (SOTOLONGO, 2005).

Sintetizando esta retrospectiva, considero que a bioética de intervenção politizou a bioética, despertando os bioeticistas para os pressupostos da Reforma Sanitária e indicando que os conflitos em Saúde, que se originam na dimensão social, são tema por excelência da ética aplicada. Estimulou a consciência de que corpo e mente são um, buscando a superação do paradigma cartesiano. Apontou que cada pessoa é efetivamente um ator na sociedade e deve agir para regular a dinâmica das interações sociais com base nos princípios de justiça, orientados pelos direitos humanos, segundo as necessidades coletivas. (PORTO, 2012, p. 127).

Observe-se que tanto a bioética da proteção quanto a de intervenção, mesmo que em níveis e enfoques distintos, constituem uma tentativa de fuga ao princípio clássico da autonomia. A proteção dos indivíduos, bem como a intervenção em suas realidades, seria justificada diante de situações nas quais o exercício da autonomia fosse sequer ofertado, em virtude de vulnerabilidades adicionais, de natureza social, econômica ou biológica.

Por fim, após a exposição de duas correntes críticas ao modelo bioético tradicional, serão elucidados, nos próximos tópicos, dois conceitos aplicados à discussão sobre a epidemia do vírus zika no Brasil. O princípio da responsabilidade, trazido pela bioética da proteção, e o princípio da equidade, emprestado da bioética de intervenção; ambos inseridos da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos de 2005.

3.3 Responsabilidade pessoal, social e política

O sistema de saúde brasileiro, o SUS, por ter sido baseado nos modelos internacionais pós-guerra, sobretudo aqueles implementados nos *Welfare States*, como já visto, trouxe como um de seus paradigmas a correlação entre as condições de saúde, de moradia e de trabalho, o que resultou em seu comprometimento com a efetivação da prevenção sanitária, em grande parte por meio da vigilância em saúde. Entretanto, como revela Dallari, S. G. (2003, p. 43), a realidade na virada do século XX para o XXI apontou o fracasso das políticas estatais de prevenção sanitária, posto que estas não conseguiram superar os limites impostos pela exclusão social.

A autora sugere como causa para tal insucesso a constatação científica do caráter decisivo de comportamentos individuais no estado de saúde de uma população, isto é, a ideia de que o cuidado pessoal seria um fator determinante para o não adoecimento. Nesse mesmo contexto, o crescimento da ideologia neoliberal teria influenciado uma diminuição do papel do Estado na sociedade, fortalecendo a tese de responsabilização individual e enfraquecendo cada vez mais as políticas de prevenção sanitária.

A evolução da organização dos cuidados relativos à AIDS – na grande maioria dos Estados contemporâneos – é um exemplo eloquente dessa nova concepção. Com efeito, prevaleceu a ideia de que a proteção contra a doença é responsabilidade individual e que os grupos – de doentes ou de portadores do vírus ou de familiares ou amigos deles – devem organizar a prestação dos cuidados de saúde, ficando o Estado subsidiariamente responsável pelo controle da qualidade do sangue, fator importante na cadeia da causalidade, mas, certamente, não o único. Reforça-se, assim, o papel dos comportamentos individuais e não se questionam as estruturas econômicas e sociais subjacentes. (DALLARI, S. G., 2003, p. 43).

A imagem de que a prevenção deve partir do indivíduo não está de todo errada, em verdade, cuidar de si e se proteger é de extrema importância no trato com a saúde e para o alcance do bem-estar, inclusive, de uma coletividade. A questão é que a prevenção sanitária, como uma política pública social a ser prestada pelo Estado, é um elemento historicamente essencial à saúde pública, que deve ser basilar e jamais substituído pela ideia de responsabilização individual. Inclusive, para o exercício dos próprios cuidados pessoais, a educação em saúde, enquanto dever estatal, é necessária para que os indivíduos aprendam a se prevenir e a se salvaguardar.

Durante a epidemia de zika no Brasil, cuja gravidade se revelou com a descoberta da transmissão congênita do vírus e pela ocorrência de inúmeros casos de microcefalia fetal e outras malformações neurológicas, uma das medidas tomadas pelo governo brasileiro foi promover uma verdadeira guerra contra o mosquito *Aedes aegypti*¹⁸, transferindo para cada cidadão o dever de erradicar o vetor de transmissão da doença. Apesar de completamente necessárias, as medidas de prevenção domiciliar não são, assim como não foram, suficientes para lidar com os aspectos estruturais que permitiram que a epidemia ocorresse no país. Como disse Diniz (2016, p. 139), o slogan da campanha oficial de saúde pública, “Um mosquito não é mais forte que um país inteiro”, falou muito mais de mosquitos do que de pessoas.

O que diz a ética sobre isso? Analisando a concepção de responsabilidade no campo da moral, a classificação proposta por Neves (1999, p. 159), justamente em combate à abordagem restritiva da responsabilização individual pela saúde, destaca que existe também uma dimensão coletiva a ser considerada, que, por sua vez, inclui a comunidade e o próprio Estado. *In verbis*:

Desta forma, convirá estabelecer três diferentes níveis de relações a que a responsabilidade moral assiste: nas relações do indivíduo, que deve responder por sua saúde no que ela depende de si, considerando as instituições que a financiam –

¹⁸ A expressão “guerra contra o mosquito” foi utilizada pelo então ministro da Saúde, Marcelo Castro, em 23 de janeiro de 2016, alegando que o país estava perdendo uma batalha. Em 04 de fevereiro de 2016, a ex-presidente da República, Dilma Rousseff, pronunciou em rede nacional: “Basta que impeçamos o mosquito transmissor de se reproduzir em águas paradas. Se o mosquito não nascer, o vírus zika não tem como viver”. Além disso, o governo federal colocou o Exército Brasileiro nas ruas, como parte da estratégia de combate ao mosquito. (ÉPOCA, 2016).

responsabilidade pessoal; entre os indivíduos na sua existência comunitária, que devem reconhecer que a saúde não resulta de um processo puramente individual e é, hoje, um projeto social que exige o concurso de todos – **responsabilidade social (cívica)**; nas relações do Estado com os indivíduos ou com a comunidade (que não corresponde meramente à inversa da primeira, numa relação recíproca), que deve assumir que este projeto social só poderá ser implementado por meio de um Sistema Nacional de Saúde, no cumprimento da missão dos governantes de proporcionar bem-estar aos cidadãos – **responsabilidade política ou governativa**. (grifos nossos).

Quando se trata do direito à saúde, especificamente defronte as consequências de doenças e epidemias para a sociedade, ninguém está dispensado de agir, de modo que não se pode aceitar a passividade, exigindo-se a ação conjunta dos três sujeitos: o indivíduo, a comunidade e o governo. Por outro lado, as crises na saúde acabam por denunciar a desorganização das relações nos níveis pessoal, social e político, ressaltando-se que a este último, representado pelas autoridades públicas, é conferido muito mais poder, não sendo justo igualar o que seria esperado de cada um.

Desta forma, pode-se dizer que o senso prioritário de culpabilização da população na “guerra contra o mosquito” – que englobaria as responsabilidades individual e coletiva delineadas por Neves – demonstrou a insuficiência do governo em reconhecer a grande parcela de culpa que lhe cabia nessa situação. Ademais, o uso de medidas que podem ser denominadas sensacionalistas e midiáticas, como colocar o Exército nas ruas para combater uma epidemia, por exemplo, não faz o menor sentido e em nada se aproxima das diretrizes e dos princípios do SUS.

O possível argumento de que a responsabilidade imediata pela prevenção e controle *in loco* dos casos de infecção pelo vírus zika seria restrita à Administração pública municipal, sobretudo por meio da vigilância epidemiológica, não há de prosperar, tendo em vista que a supervisão, a avaliação e a participação direta em ações suplementares também são atribuições dos governos estaduais e federal. A partir do compromisso objetivo e ético, é inescusável a responsabilidade política atinente às autoridades sanitárias, de todas as esferas, pela epidemia que se estabeleceu.

A crise causada pelo vírus zika foi, senão, a crise do próprio sistema de saúde brasileiro, escancarada pelos descuidos com a atenção básica em saúde e as ações de saúde coletiva. Nesse sentido, a prevenção de outras situações epidêmicas e o desenlace dos complexos perfis epidemiológicos-sociais das comunidades brasileiras são completamente dependentes da efetivação de políticas públicas de saneamento básico, moradia, uso do solo, transporte, bem como de educação em saúde. Inclusive, sobre esta última, de acordo com Stotz (2008, p. 37), os técnicos, gestores e profissionais de saúde precisam se aproximar da população, a maior interessada nesses serviços, encontrando a linguagem adequada para elevar

seu nível de consciência sobre o processo de saúde-doença. Isso significa que uma nova educação em saúde pública também motivará o comprometimento individual e coletivo com a saúde, isto é, a responsabilidade pessoal e social.

Falar em educação significa, de um lado, apontar a responsabilidade dos governos pela oferta de serviços públicos básicos de qualidade para todos. Por outro lado, admitir que os meios de vida, como a água encanada, possam veicular, direta ou indiretamente, fontes de doenças e em certos casos de mortes, significa também lutar contra a omissão ou negligência das autoridades diante de sua responsabilidade pública. (STOTZ, 2008, p. 37).

Em conclusão, pode-se dizer que o comprometimento com a responsabilidade moral pelos indivíduos, pela sociedade e, principalmente, pelo Estado, de maneira harmônica, constitui a primeira etapa para o desagramento do problema do acesso à saúde, sobretudo em tempos de epidemia. Para que seja possível prosseguir nessa caminhada, abordar-se-á no próximo tópico o princípio da equidade.

3.4 Equidade, acesso à saúde e o reflexo da desigualdade

Como foi dito em outro momento, as doenças transmitidas por mosquitos afetam as populações de modo desigual, imprimindo em sua distribuição espacial de incidência as estruturas de classes e de poderes de uma sociedade. Mesmo assim, é possível que se questione: “mas a epidemia do vírus zika não afetou todas camadas sociais brasileiras?”. A grosso modo, pode-se dizer que sim. Nas grandes metrópoles, como é o caso de Fortaleza/CE, foram registrados casos em praticamente todos os bairros da cidade¹⁹. As diferenças estão, especificamente, na concentração de ocorrências em determinadas regiões, isto é, nas periferias, e nas diferentes possibilidades de vida das pessoas infectadas, sobretudo das mulheres grávidas que tiveram seus fetos diagnosticados com microcefalia, o que inclui o acesso à infraestrutura pública e serviços básicos coletivos.

¹⁹ Segundo o Sistema de Monitoramento Diário de Agravos (SIMDA), na semana epidemiológica (SE) nº 20, qual seja, de 15/05/2016 a 21/05/2016, foram notificados 246 casos de infecção pelo vírus zika no município de Fortaleza, o maior número de registros em todo o ano. Dessas ocorrências, a maioria das pessoas reside na Secretaria Regional (SER) I, que apresentou 108 notificações; em segundo lugar está a SER V, com 37 casos (Anexo A). Comparando esses dados com a concentração de renda por cada regional fortalezense (Anexo B), verifica-se que a SER I e a SER V, assim como apresentaram o maior número de moradores infectados por zika, abrigam as parcelas da população cujas rendas médias são as menores da cidade, perfazendo R\$587,70 e R\$471,70, respectivamente. Em contrapartida, na SER II, cuja renda média chega a R\$1.850,10, foram notificados apenas 13 casos de infecção pelo vírus zika.

Segundo Stotz (2008, p. 27), quando se pensa em epidemias como um aumento inesperado e exagerado do número de pessoas infectadas por determinada doença em uma região, acaba sendo uma tendência do imaginário popular a vinculação da enfermidade à pobreza, admitindo-se a permanência da doença em estratos da população socialmente vulneráveis. Nesse sentido, recorre-se a Stark (1977, p. 4-5) e à sua elaboração das epidemias como um fato social:

Na medida em que se pode atribuir epidemias a causas sociais claramente definidas como pobreza, superpopulação ou distribuição desigual de serviços, elas podem ser pensadas como sendo – até certo ponto, propositadamente – feitas pelo, com e também para o povo. Neste contexto, sua definição é um fenômeno dinâmico constituído politicamente e também cientificamente, nas lutas que ocorrem junto com a doença física. Pretendo mostrar que pessoas, e mesmo cadáveres, não são simplesmente ordenados em série por alguma força ou agente externo durante uma epidemia, mas que suas vítimas e perpetradores definem ativamente seu contexto e significado.

Como um fenômeno dinâmico e político, que atinge de maneira diversa as populações, as epidemias acabam por expor as contradições históricas da sociedade, em especial no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde. Considerando a importância dada ao direito à saúde no paradigma bioético mundial, como exposto anteriormente, questiona-se, portanto, como se deve proceder em prol de seu cumprimento. Essa é uma discussão recorrente no âmbito dos direitos sociais, onde se insere o direito à saúde, cuja efetivação demanda, dentre outras coisas, a disponibilidade de recursos e sua justa distribuição.

Nesse compasso, propõe-se que o processo decisório de alocação dos recursos e prioridades em saúde tome como guia o princípio da equidade, enunciado no artigo 10 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos²⁰, enquanto ideia reguladora da ação humana e dos procedimentos das instituições sociais e políticas. Conforme Neves (1999, p. 160), a equidade refere-se desde sempre a “uma aplicação esclarecida, singular e flexível da justiça expressa pela lei universal e rígida que, cumprida indiferenciada e implacavelmente nas diversas situações concretas, pode ser pervertida num fator de injustiça”. Isso quer dizer que a equidade implica necessariamente em reconhecer igualmente os direitos de cada indivíduo, considerando, entretanto, as suas diferenças, de modo que o tratamento genérico sem essas ressalvas acaba sendo injusto.

A igualdade é a consequência desejada da equidade, sendo esta o ponto de partida para aquela. Ou seja, é somente através do reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas dos sujeitos sociais que se pode alcançar a igualdade. A igualdade não é mais um ponto de partida ideológico que tendia a anular as diferenças.

²⁰ Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Artigo 10 - Igualdade, Justiça e Equidade. A igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa. (UNESCO, 2005).

A igualdade é o ponto de chegada da justiça social, referencial dos direitos humanos e onde o próximo passo é o reconhecimento da cidadania. (GARRAFA, OSELKA, DINIZ; 1997; p. 32).

A teoria da justiça formulada por Rawls (2003, p. 6) sustenta grande parte das discussões sobre as desigualdades e o acesso à saúde, na medida em que propõe a equidade como base filosófica e moral aceitável para as instituições democráticas, compreendendo as exigências da liberdade e da igualdade. Para o autor, nessa concepção de justiça é essencial a percepção de que a sociedade funciona como um sistema equitativo de cooperação social perpetuado de uma geração a outra. Essa noção fundamental é lida como intuitiva por ser familiar à cultura política de uma sociedade democrática, revelando-se nos debates sobre o significado e os fundamentos dos direitos e liberdades constitucionais, como é o caso do direito à saúde.

Entretanto, a teoria política de justiça não tem o objetivo de enunciar a solução exata para os conflitos éticos. Sua função é criar um perímetro de pensamento dentro do qual tais questões possam ser abordadas, esclarecendo os objetivos de reformas e identificando as iniquidades mais graves, cuja retificação é mais urgente. Segundo Zoboli, Fracolli e Granja (2010, p. 184), a teoria de equidade de Rawls opera com uma concepção normativa e política de pessoa e não metafísica ou psicológica. Tal distinção é importante para a saúde, especialmente quando se foca em suas necessidades.

As perspectivas de vida das pessoas são profundamente afetadas por contingências sociais, naturais e fortuitas, e pela maneira que a estrutura básica delas se utiliza para cumprir certas metas sociais, segundo a disposição das desigualdades. Assim, importa a concepção de justiça como equidade como um todo na sociedade e não em um setor específico. Se as desigualdades decorrentes das contingências são ignoradas e suas manifestações são deixadas ao léu, sem as necessárias intervenções para preservar a justiça de fundo, não se está levando a sério a ideia de sociedade como um sistema equitativo de cooperação entre cidadãos livres e iguais. (ZOBOLI, FRACOLLI, GRANJA; 2010, p. 185).

Os princípios gerais de justiça na equidade delimitados por Rawls apreendem as principais determinantes da saúde, sobretudo, no que se refere aos cuidados de saúde entre as instituições que têm o dever de proteger as oportunidades. Destarte, explicar as desigualdades de renda e riqueza, com o intuito de elevar os benefícios para os menos favorecidos significa, outrossim, comparar as diversas possibilidades de configuração da ideia de cooperação social, verificando a situação dos menos favorecidos em cada uma delas, a fim de selecionar aquela na qual estejam em melhor situação, isto é, na qual serão mais beneficiados.

O respeito ao princípio da equidade é, portanto, uma ferramenta essencial para a resolução das dissonâncias na distribuição da saúde, significando que, em um sistema de saúde

que se diz universal, a atenção básica deve estar voltada primordialmente àqueles em situação de vulnerabilidade, seja em virtude da renda, do nível de escolaridade, da condição habitacional. Esse processo de direcionamento dos esforços e recursos, por sua vez, não deixa de ser uma escolha ética, com reflexões políticas, econômicas e sociais; de modo que o Estado, ao realizar essas escolhas em saúde pública, responde publicamente frente aos cidadãos.

Ao longo de todo este capítulo foram estudados, sob os olhares da ética sanitária e da bioética do século XXI, alguns dos desafios enfrentados pelos cidadãos e pelas autoridades governamentais no âmbito da saúde pública. Após esse estudo, pode-se dizer que a prestação, promoção e recuperação da saúde, além de força normativa, é dotada de autoridade moral, sendo um compromisso a ser honrado por todos os agentes da sociedade. Desta feita, a compreensão prévia sobre que é saúde pública e sobre os deveres legais e éticos atribuídos ao Estado será de extrema importância a seguir, no próximo capítulo, onde será analisada a denúncia feita ao Supremo Tribunal Federal (STF) acerca das falhas cometidas na atuação estatal brasileira durante a epidemia do vírus zika, sobretudo, acerca das políticas públicas implementadas ou não e dos direitos fundamentais violados.

4 ADI/ADPF 5581 E A CRÍTICA À RESPOSTA BRASILEIRA À EPIDEMIA DO VÍRUS ZIKA

“São quarenta anos de mosquito abundante, o *Aedes aegypti* estava ali antes de o vírus zika chegar. Paulo se confunde quando fala do Nordeste, chega a cogitar se isso de vírus zika existe mesmo ou se não seria outra coisa, pois ‘por que só o nordeste?’. Eu não soube responder-lhe senão pelas explicações formais da ciência. A verdade é que sei a resposta. Foi ali, pois é pelo nordeste da escravidão, da casa-grande e do engenho que este país se fez um dos mais desiguais do mundo”. (DINIZ, 2016).

O aparecimento do vírus zika, em 2015, pegou a população e o governo brasileiro desprevenidos, apesar do seu vetor de transmissão, o *Aedes aegypti*, ser um velho conhecido das regiões tropicais, estando em circulação em quase todas as épocas do ano. Desprevenidos porque, em primeiro lugar, sendo uma doença até então desconhecida para o sistema de saúde brasileiro, o processo de identificação e investigação da zika e de suas consequências, sobretudo em mulheres grávidas, teve de ocorrer concomitantemente à realização das ações em saúde pública para o tratamento das pessoas infectadas. Em segundo lugar, o país estava desprevenido, e ainda está, porque as políticas sanitárias de controle e erradicação do inseto não têm obtido sucesso, ao passo que a dengue, a doença que no linguajar popular dá nome ao mosquito, é considerada endêmica, isto é, ocorre habitualmente e com incidência significativa no território brasileiro.

Depois do “rebuliço” inicial, marcado pela notória participação da comunidade científica brasileira, como aponta Diniz (2016), em especial dos médicos de “beira de leito”²¹, dedicados a realizar o diagnóstico a partir dos sintomas manifestados nos pacientes que lotavam os postos de saúde em diversas cidades nordestinas, nas capitais e no interior, as descobertas que vieram em seguida culminaram na declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), pelo Ministério da Saúde, acompanhado pela OMS, que declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). A infecção por zika foi relacionada a uma desordem neurológica paralisante em adultos e crianças, já conhecida pela ciência, denominada Síndrome de Guillain-Barré (SGB), e ao crescimento exacerbado das ocorrências de microcefalia e de uma série de malformações fetais, batizada posteriormente de Síndrome Congênita do Zika (SCZ), tendo em vista a constatação de que o vírus é transmitido

²¹ Beira de leito é uma corrente expressão na literatura em bioética para descrever o encontro do médico com o doente, no hospital ou na clínica. (DINIZ, 2016, p. 154).

da genitora para o feto, durante a gestação.

Entre 8 de novembro de 2015 e 31 de dezembro de 2016, 64,6% das situações reportadas ao Registro de Eventos de Saúde Pública (RESP) eram provenientes da região Nordeste, ou seja, o equivalente a 7.023 casos de microcefalia fetal e/ou alterações no sistema nervoso central (Anexo C). Em publicação de nome “Vírus Zika no Brasil - A resposta do SUS”, lançada no início de 2017, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) reconhece que o Poder Público falhou com as mulheres nordestinas, comprometendo-se a prosseguir com as pesquisas sobre a etiologia da doença, com o acompanhamento e investigação dos casos, além de prover suporte às famílias afetadas pela síndrome congênita do zika (BRASIL, 2017c, p. 12).

De todo modo, está em trâmite no Supremo Tribunal Federal a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) cumulada com Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 5581, ajuizada pela Associação Nacional de Defensores Públicos (ANADEP) em face de alguns dispositivos legais e atos normativos utilizados como resposta estatal à epidemia do vírus zika no Brasil, exigindo a recuperação dos direitos desrespeitados e a implementação de políticas públicas direcionadas às mulheres e crianças atingidas pela doença. Neste diapasão, a análise da mencionada ADI/ADPF 5581 será o ponto de partida neste último capítulo, cujo objetivo é expor em quais momentos a atuação do Estado brasileiro foi deficitária, resultando em sucessivas violações de direitos e prejuízos à saúde pública.

4.1 Aspectos jurídicos da ADI/ADPF 5581

Em 24 de agosto de 2016, ainda no curso da epidemia, depois de duas gerações de mulheres afetadas pelo vírus zika, a ANADEP ingressou com a ADI/ADPF 5581 (BRASIL, 2017d), arrimando sua legitimidade para propositura das referidas ações no artigo 2º de seu Estatuto, qual seja: “atuar, nacional e internacionalmente, em proteção e defesa de toda a pessoa ou grupo que esteja em situação de vulnerabilidade”. À inicial foram carreados diversos pareceres técnicos que atestam a deficiência nos serviços públicos disponibilizados pelo Estado brasileiro para a prevenção e combate ao vírus zika.

Segundo a ANADEP, a atuação estatal brasileira durante a epidemia amparou-se na Lei Federal nº 13.301/2016, que dispõe sobre as medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública diante da presença do mosquito transmissor dos vírus da dengue, da zika e da chikungunya; estabelecendo medidas a serem adotadas pelas autoridades governamentais; bem como regulamentando a concessão do

Benefício de Prestação Continuada (BPC), de caráter temporário, às crianças com microcefalia. Além da lei, são apontados outros quatro documentos:

- a) o Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central (SNC), que apresenta as definições operacionais de casos para a vigilância epidemiológica no tema;
- b) Protocolo para Implantação de Unidades Sentinelas para Zika Vírus, que também traz diretrizes para o sistema de vigilância;
- c) Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central, que apresenta diretrizes para profissionais de saúde atuando em ações de prevenção da infecção pelo vírus zika, em saúde sexual e saúde reprodutiva de mulheres grávidas e puérperas e em assistência aos bebês nascidos com microcefalia;
- d) e as Diretrizes para Estimulação Precoce - Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia, que orienta equipes multiprofissionais para o cuidado de crianças com microcefalia. (BRASIL, 2017d).

A ANADEP considera que a resposta dada pelo governo brasileiro foi inadequada, vez que se tratava de uma epidemia de grande porte²², com riscos catastróficos para a saúde das populações mundiais. Argumenta-se que muitas das políticas públicas de acesso à saúde e à seguridade social não chegariam às comunidades em situação de pobreza, que são mais suscetíveis à infecção por zika, além de esbarrarem na questão da falta de dotação orçamentária, impossibilitando a sua efetivação. Ademais, nas palavras da promotora, “isto faz com que as poucas medidas criadas pelo Estado para enfrentamento da tragédia sanitária do zika padeçam de incontornável inefetividade, tornando-se, em termos práticos, políticas públicas abstratas e populistas”.

No âmbito da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), em consonância com o art. 102, I, a, da CRFB, questiona-se o art. 18, *caput* e §3º da Lei Federal nº 13.301/2016, pleiteando que lhes seja dada interpretação conforme a Constituição²³. Além disso, é requerida a declaração de nulidade com redução de texto do §2º do art. 18 da lei supracitada. A seguir, os dispositivos atacados:

- Art. 18. Fará jus ao benefício de prestação continuada temporário, a que se refere o art. 20 da Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, pelo prazo máximo de três anos, na condição de pessoa com deficiência, a criança vítima de microcefalia em decorrência de sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*.
- §1º (VETADO).
- §2º O benefício será concedido após a cessação do gozo do salário-maternidade originado pelo nascimento da criança vítima de microcefalia.

²² Em 03 de agosto de 2016, 68 países e territórios registravam transmissão do vírus por mosquitos, sendo que 51 deles experimentavam um surto pela primeira vez. (OMS, 2016).

²³ A ANADEP aponta como parâmetro de controle os art. 1º, III; 3º, IV; 5º, *caput*; 6º; e, especialmente, 203 e 227, da Constituição Federal, e os art. 7, 25, 26 e 28 da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência. (BRASIL, 2017d).

§3º A licença-maternidade prevista no art. 392 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, será de cento e oitenta dias no caso das mães de crianças acometidas por sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*, assegurado, nesse período, o recebimento de salário-maternidade previsto no art. 71 da Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991. (BRASIL, 2017a).

Segundo a ANADEP, considerando o perfil socioeconômico da maioria das famílias atingidas pela epidemia do vírus zika, bem como a necessidade de atenção especial em saúde às crianças com complicações neurológicas, desde o nascimento, e de acesso a mecanismos de inclusão e participação social; a ausência de suporte do Estado configuraria violação clara ao art. 1º, III e ao art. 5º, *caput*, da CRFB. Nesse sentido, far-se-ia necessária a interpretação conforme a Constituição do art. 18, *caput*, a fim de afastar o limite de três anos para o pagamento do BPC, posto que as crianças afetadas pela SCZ serão impactadas por toda a vida.

Além disso, esclarece-se que a concessão do benefício é devida não apenas à “criança vítima de microcefalia em decorrência de sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*”, como consta no dispositivo, mas também àquelas com outras desordens neurológicas que podem ser causadas pela síndrome congênita do zika. A interpretação conforme a Constituição assentaria como desnecessária a comprovação da situação de miserabilidade ou, pelo menos, fixaria a presunção de miserabilidade do núcleo familiar, adotando-se apenas a comprovação da sequela neurológica por meio de laudo médico, dispensando-se a realização de perícia junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Quanto ao §2º do art. 18, aduz-se que o gozo do salário-maternidade não poderia produzir a restrição de outro direito constitucional, nesse caso, do BPC. Dessa forma, é requisitada a suspensão da eficácia do mencionado dispositivo, a fim de garantir o pagamento do salário-maternidade pelos 180 dias legais às mães de crianças que apresentarem sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* ou causadas pela síndrome congênita do zika, devendo o §3º do art. 18 ser interpretado, da mesma forma, dentro dos parâmetros constitucionais.

Em sede de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF), a ANADEP alega terem sido violados os preceitos fundamentais a seguir: dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da CRFB), livre desenvolvimento da personalidade, direitos à liberdade e às integridades física e psicológica (art. 5º, *caput*, CRFB), direito à informação (art. 5º, XIV, da CRFB), proteção à infância e à maternidade (art. 6º, da CRFB), direito à saúde e da prevenção de doenças (art. 6º, 196 e 198, II, da CRFB), direito à seguridade social (art. 203, da CRFB), direito ao planejamento familiar e de liberdade reprodutiva (art. 226, §7º, da CRFB) e

direito à proteção das pessoas com deficiência (art. 227, *caput*, §1º, II, da CRFB). Em razão disso, são atacados os seguintes atos do Poder Público:

- 02.1. omissão na garantia de acesso à informação sobre o estado atual do conhecimento médico sobre a epidemia do vírus zika, incertezas e riscos de infecção, bem como formas de prevenção;
- 02.2. omissão na garantia de acesso a cuidados de planejamento familiar, incluindo o acesso a métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, tais como o DIU-LNG, e ao repelente do mosquito vetor;
- 02.3. omissão no acesso aos serviços de saúde para atendimento integral de todas as crianças com deficiência associada à síndrome congênita do vírus zika em centros especializados localizados em até 50 km de sua residência e na concessão do benefício de Tratamento Fora de Domicílio, assim como a obtenção dos diagnósticos clínicos realizados por médicos e, preferencialmente, por meios médicos-laboratoriais necessários para confirmação da contaminação com o Zika por meio de exames especializados, tais como PCR e sorológicos (IGG e IGM);
- 02.4. omissão sobre a possibilidade expressa e literal de interrupção da gravidez nas políticas de saúde do Estado brasileiro para mulheres grávidas infectada pelo vírus zika. (BRASIL, 2017d).

A ANADEP assegura que tais omissões se consubstanciam na insuficiência das políticas públicas de enfrentamento à epidemia do vírus zika, por meio das portarias, normas técnicas e nos protocolos advindos do Governo Federal, bem como na ausência de alocação de recursos financeiros para concretização dessas medidas. A Associação destaca a necessidade de educação e assistência em saúde para os cidadãos brasileiros, sobretudo, para as mulheres em idade reprodutiva, que se encontram em situação de hipossuficiência econômica e vulnerabilidade.

No mérito da ADPF, inicialmente, solicita-se que seja determinado ao Poder Público Nacional e, especialmente, ao Executivo Federal a prestação de Estimulação Precoce²⁴ em centros especializados, distantes até 50 km da residência do grupo familiar com criança atingida pela SCZ, além do pagamento de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) para os deslocamentos iguais ou superiores a 50 km, bem como a disposição de médicos capacitados para o diagnóstico clínico de infecção pelo vírus zika, e o acesso, nas unidades do SUS, aos exames sanguíneos necessários à detecção da infecção.

É requerido, outrossim, que seja apresentado nos portais *online* do Poder Público e distribuído em postos de saúde e escolas, em especial a adolescentes e mulheres em idade reprodutiva, material sobre o vírus zika, contendo informações sobre as formas de transmissão,

²⁴ A estimulação precoce pode ser definida como um programa de acompanhamento e intervenção clínico-terapêutica multiprofissional com bebês de alto risco e com crianças pequenas acometidas por patologias orgânicas – entre as quais, a microcefalia –, buscando o melhor desenvolvimento possível, por meio da mitigação de sequelas do desenvolvimento neuropsicomotor, bem como de efeitos na aquisição da linguagem, na socialização e na estruturação subjetiva, podendo contribuir, inclusive, na estruturação do vínculo mãe/bebê e na compreensão e no acolhimento familiar dessas crianças. (BRASIL, 2016b, p. 6).

efeitos conhecidos e ainda não conhecidos da doença, bem como a disponibilização e orientação sobre métodos contraceptivos reversíveis de longa duração como dispositivo intrauterino (DIU) com liberação do hormônio levonorgestrel, e a distribuição de repelentes para as mulheres grávidas. Pede-se, ainda, que seja revisado o Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia com base nas diretrizes da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e da OMS.

Por último, é requestada a interpretação conforme a Constituição dos art. 124, 126 e 128 do Código Penal, para que: a) que seja declarada inconstitucional a interpretação na qual a opção da mulher, que comprovadamente tiver sido infectada pelo vírus zika, pela interrupção da gestação, for conduta tipificada nos art. 124 e 126, do Código Penal ou; b) consecutivamente, que seja adotada a interpretação conforme a Constituição do art. 128, I e II, do Código Penal, julgando constitucional a opção supramencionada, uma vez que se trataria de causa de justificação específica (art. 128, CP) ou de justificação genérica (art. 23, I e 24, CP), sendo, por sua vez, hipóteses legítimas de interrupção da gravidez e, por conseguinte, que sejam sustados os inquéritos policiais, prisões em flagrante e processos em andamento envolvendo a interrupção da gravidez após diagnóstico clínico ou laboratorial de infecção da gestante pelo vírus zika.

Conforme a ANADEP, ao contrair a zika, a imposição de continuidade da gravidez traria sofrimento psicológico à mulher, colocando-se, de um lado, o direito à vida do feto e, do outro, os direitos reconhecidos constitucionalmente à mulher, quais sejam, o direito à vida digna e sem sofrimento, o direito à liberdade - consignado na autodeterminação sexual e na autonomia reprodutiva, assim como a sua integridade física e mental, demonstrando-se que o estado de necessidade²⁵ justificaria a interrupção de gravidez. Ademais, argumenta-se que, apesar de não causar a morte do feto, a SCZ impõe sequelas além da microcefalia, como danos neurológicos e impeditivos corporais permanentes e severos, ressaltando-se que muitos dos efeitos nocivos da infecção por zika são desconhecidos pela literatura médica (como por exemplo, por quanto tempo o vírus permaneceria ativo no corpo das mulheres). Desse modo, diante de tantas incertezas geradas pela epidemia, a interrupção da gravidez seria razoável e resguardaria as mulheres de potencial sofrimento psicológico.

Em 1º de setembro de 2016, a Ministra Cármen Lúcia, a quem o processo fora

²⁵ Código Penal: “Estado de necessidade. Art. 23 - Não há crime quando o agente pratica o fato: I - em estado de necessidade; [...]. Art. 24 - Considera-se em estado de necessidade quem pratica o fato para salvar de perigo atual, que não provocou por sua vontade, nem podia de outro modo evitar, direito próprio ou alheio, cujo sacrifício, nas circunstâncias, não era razoável exigir-se. (BRASIL, 1940).

distribuído, proferiu decisão monocrática adotando o rito do art. 10 da Lei Federal nº 9.868/1999, a fim de determinar a requisição, com urgência e prioridade, de informações ao Presidente da República e ao Presidente do Congresso Nacional, a serem prestadas no prazo máximo e improrrogável de cinco dias, além de, simultaneamente, abrir vista ao Advogado-Geral da União e ao Procurador-Geral da República para manifestação. Empós, no dia 5 de setembro de 2016, A Advocacia-Geral da União (AGU) emitiu parecer alegando, preliminarmente, a ilegitimidade ativa da ANADEP diante da ausência de pertinência temática, nos termos do art. 103, IX da CRFB, manifestando-se, no mérito, pela impossibilidade jurídica do pedido.

De acordo com a interpretação da AGU, a promovente não se ateve à função de legislador negativo cabível ao STF, pugnando, em verdade, sua atuação de forma positiva, “criando uma nova forma de enfrentamento, legal e administrativa, da epidemia causada pelo vírus Zika” (BRASIL, 2017d). Esses anseios seriam irrealizáveis pela via eleita, pois modificariam a sistemática normativa com a alteração de seu sentido. Destarte, no que diz respeito a ADPF, esta também encontra óbice no princípio da subsidiariedade previsto no art. 4º, §1º da Lei Federal nº 9.882/1999, posto que tal ação seria cabível apenas quando não houver qualquer outro meio de sanar a lesividade, de modo que a matéria poderia ter sido discutida na via difusa, com mais eficácia, rapidez e adequação.

Em 6 de setembro de 2016, sobreveio a manifestação da Procuradoria-Geral da República (PGR), entendendo, preliminarmente, assim como a AGU, pela ilegitimidade ativa da ANADEP frente à falta de pertinência temática entre seus objetivos institucionais e o objeto da ação. Entretanto, no mérito, a PGR afirma ser, de fato, inconstitucional a fixação de prazo máximo, qual seja, de três anos, para fruição do benefício de prestação continuada por pessoa com deficiência associada à síndrome congênita do zika, bem como a exigência de comprovação de miserabilidade para o seu recebimento, tal como dispõe o art. 18 da Lei Federal nº 13.301/2016, de modo que deveria ser presumível a vulnerabilidade das famílias com crianças diagnosticadas com sequelas da síndrome.

A Procuradoria também entende ser inconstitucional o requisito de perícia médica do INSS para concessão do BPC, disposto no art. 18 da lei supracitada, quando não houver agência da autarquia no domicílio da família afetada ou quando a perícia não for realizada no prazo de 30 dias do requerimento; apontando que, para análise do direito ao benefício, nesses casos, bastaria a apresentação de dois laudos médicos com descrição de sequelas da SCZ. Ademais, seria devida a interpretação conforme a Constituição do art. 18, *caput* e parágrafo único, da lei em comento, a fim de reconhecer o direito ao BPC a pessoas infectadas pelo vírus

zika por outras formas de transmissão, além do mosquito *Aedes aegypti*. Contudo, quanto ao §2º do art. 18, o qual prevê que durante o recebimento de salário-maternidade não será concedido o BPC, este não haveria de ser modificado posto que constitucional.

Ao contrário da AGU, a PGR assegura ser cabível a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental com o fito de questionar a insuficiência de políticas públicas direcionadas à concretização de direitos fundamentais. Entretanto, ressalvando-se que apenas a constatação judicial de proteção deficiente de direitos fundamentais em políticas públicas, sobretudo no que concerne à proteção do mínimo existencial, autorizaria o Poder Judiciário a fixar a imposição de seu cumprimento pelos entes estatais. Para tanto, seria necessária a comprovação em juízo da ineficácia dos programas para atendimento da diretriz constitucional, o que poderia ser efetuado por meio de audiência pública.

Sobre a possibilidade de interrupção de gravidez quando houver diagnóstico de infecção da gestante pelo vírus zika, a PGR opina por sua constitucionalidade, a fim de proteger a saúde da mulher, inclusive no plano mental, e sua autonomia reprodutiva. Deste modo, deveria ser aceita a causa de justificação de genérica do estado de necessidade, cabendo às redes pública e privada a realização do procedimento apropriado, frente a essas situações.

Em resumo, o parecer da Procuradoria-Geral da República alvitra pelo não conhecimento das ações, dada a ilegitimidade ativa da ANADEP, todavia, caso seja superada essa preliminar, pondera pela procedência parcial dos pedidos, assinalando que existiria perigo na demora processual diante da situação epidemiológica decorrente do vírus zika, na época, reconhecida como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. A PGR recomenda que seja determinado ao Poder Executivo a apresentação, em até 90 dias, de propostas de reformulação de seus planos de ação, considerando as demandas expostas na petição inicial, a fim de assegurar a proteção necessária aos direitos constitucionais violados pela negligência estatal.

O Congresso Nacional, por sua vez, pronunciou-se em 9 de setembro de 2016, coadunando a alegativa preliminar de ausência de legitimidade da ANADEP para compor o polo ativo das ações, e, ressaltando, antes de adentrar no mérito, as divergências morais que a temática do aborto suscita na sociedade brasileira. A manifestação congressista restringiu-se, em grande parte, ao pedido de interrupção de gravidez dos fetos microcéfalos, alegando, dentre outras coisas, que a repulsa ao aborto está profundamente arraigada na cultura brasileira. Apontou-se que em recente pesquisa do Instituto Datafolha, ao serem questionados se “grávidas que tiveram zika deveriam ter direito de fazer aborto?”, cinquenta e oito por cento dos entrevistados respondeu negativamente (DATAFOLHA, 2016). Justifica-se, portanto, que os

dispositivos acerca da proibição do aborto não foram alterados por falta de discussão ou omissão do Poder Legislativo, e sim por força da maioria congressista.

Quanto ao mérito, o Congresso Nacional afirma não haver nenhuma inconstitucionalidade a tutelar. Sobre o limite de duração do BPC, enunciado no art. 18 da Lei Federal nº 13.301/16, salienta que, uma vez transcorrido o prazo, nada impede que o mesmo indivíduo, comprovando a permanência da situação, requeira nova concessão do benefício, desta vez, entretanto, na modalidade de pessoa com deficiência, nos termos do art. 20 e parágrafos da Lei Federal nº 8.742/1993. Em relação aos pedidos restantes, referentes a políticas públicas a serem prestadas pelo Poder Executivo, declara-se a necessidade de observância das atividades típicas de cada esfera, consubstanciadas no princípio da independência e harmonia, de modo que, não havendo prova robusta ou manifesta de insuficiência da ação estatal, devem ser indeferidos todos os pleitos formulados nas ações.

O processo encontra-se concluso à Relatora Ministra Cármen Lúcia, desde 19 de julho de 2017. Além das manifestações da Advocacia-Geral da União, da Procuradoria-Geral da República e do Congresso Nacional, cerca de quinze entidades ingressaram com pedido de participação como *Amicus Curiae*, posicionando-se tanto a favor quanto contra as demandas da Associação Nacional dos Defensores Públicos, buscando interferir, principalmente, nas discussões relativas à possibilidade de interrupção da gestação de mulheres infectadas pelo vírus zika.

Entretanto, apesar de ter ganhado a alcunha de “ação pelo aborto dos microcéfalos” na mídia e em alguns textos acadêmicos, a ADI/ADPF 5581 traz uma importante discussão sobre a qualidade das políticas em saúde pública oferecidas pelo governo brasileiro à sua população, sobretudo, em um momento tão impactante a ponto de ter sido declarado como a primeira Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional no Brasil (ESPIN) e o quarto alerta global de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)²⁶. Destarte, mesmo que o STF entenda pela ilegitimidade ativa da ANADEP e sequer conheça o mérito das ações, o reconhecimento da insuficiência da atuação estatal brasileira faz-se necessário para que seja possível identificar os direitos violados, como será visto no próximo tópico, de modo que, a partir de então, promova-se uma reformulação das políticas públicas a fim de recuperá-los e protegê-los.

²⁶ As ESPII anteriores declaradas pela OMS foram relacionadas a: influenza H1N1, em 2009; poliomielite, em 2014; e ebola, também em 2014 (DINIZ, 2016).

4.2 As sucessivas falhas das políticas públicas brasileiras e a crise causada pelo vírus zika

De fato, a responsabilidade estatal quanto às questões de saúde pública não pode ser resumida como a obrigação de cura de todas as enfermidades, atinentes a todos os indivíduos. Como enunciado por Aith, “não há como exigir que o Estado ‘dê’ saúde para todo mundo” (2006, p. 107), assim não há como culpabilizar o governo brasileiro pela existência do vírus zika e pelas complicações causadas nas mulheres infectadas durante a gravidez. Entretanto, existe sim a possibilidade de questionar como os fatores preexistentes na realidade social brasileira, no que concerne às desigualdades no acesso aos serviços de saúde, bem como às falhas nas políticas públicas de saúde, educação, moradia, saneamento, etc, contribuíram para que a história contada sobre a epidemia do vírus zika tivesse cor, gênero, classe social e localização geográfica delimitados.

Com o rápido aumento da quantidade de pessoas infectadas e, posteriormente, dos casos de microcefalia fetal e alterações neurológicas, as respostas dadas pelo Estado brasileiro, no que diz respeito ao oferecimento de serviços básicos de saúde, ao processo de identificação da potencialidade do vírus e repasse dessas informações à população, bem como às medidas adotadas para o controle do vetor de transmissão, são passíveis de críticas e podem ser consideradas como agravantes da situação epidêmica que se estabeleceu. Acrescente-se ainda a ausência de um programa eficaz de planejamento familiar e a falta de tato das autoridades governamentais ao abordarem os riscos trazidos pela gravidez naquele período²⁷.

Além disso, após o encerramento da ESPIN, as crianças irreversivelmente afetadas pela síndrome congênita do zika persistem lutando pela efetivação de seus direitos enquanto pessoas com deficiência; pelo acompanhamento médico, fisioterapêutico e psicológico necessário, envolvendo inclusive o fornecimento de medicamentos e transporte às unidades de tratamento; além da implementação dos benefícios previdenciários legalmente determinados, como o BPC temporário. Para as famílias dessas crianças, as repercussões da epidemia ainda serão sentidas por muito tempo.

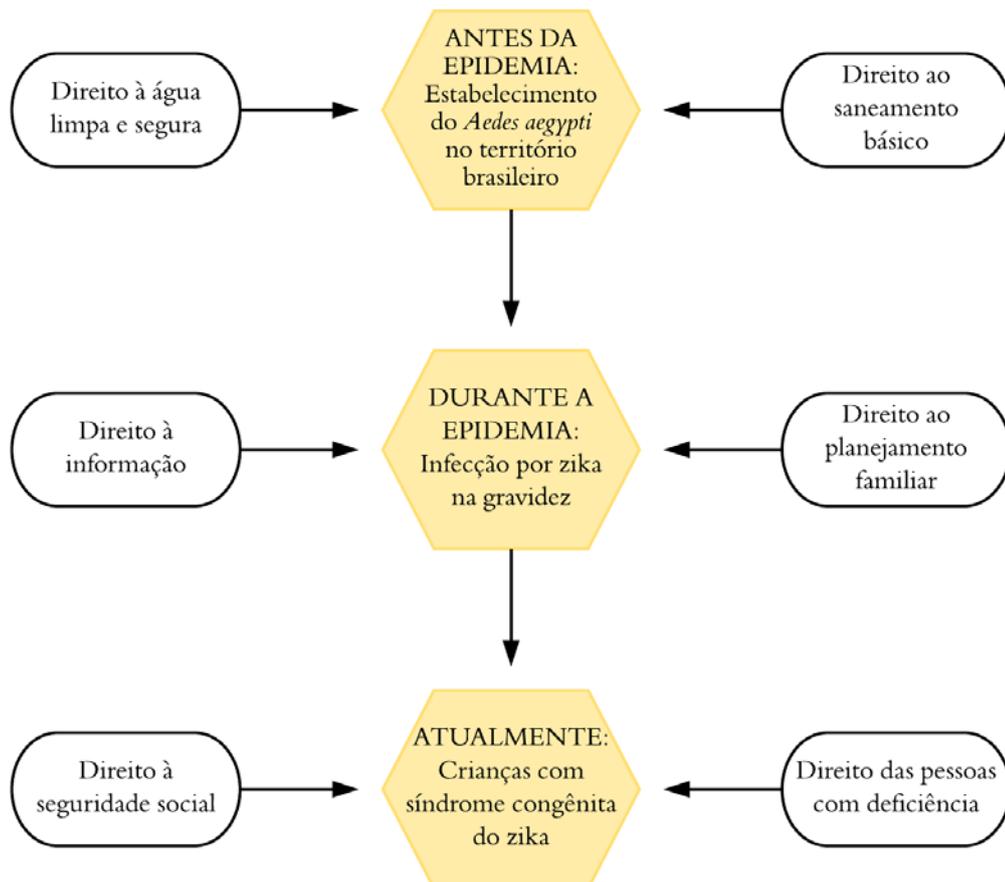
Embora o número de casos tenha diminuído consideravelmente no ano de 2017, é possível que o Brasil enfrente em breve um novo surto da doença. Isso por que os vírus da dengue, da chikungunya e da zika “competem entre si dentro do mosquito” (BBC, 2017),

²⁷ Ainda no período de dúvidas acerca da transmissão congênita do vírus zika, o então ministro da Saúde, Marcelo Castro, ao ser questionado sobre os cuidados que devem ser adotados para gravidez, anunciou: "Sexo é para amadores, gravidez é para profissionais" (FOLHA DE SÃO PAULO, 2016). Essa infeliz declaração colocou as mulheres no papel de principais responsáveis pela prevenção do contágio, fragilizando ainda mais os ânimos em um período tão cheio de incertezas quanto à maternagem, diante da falta de informações e respostas.

justificando o fato dos surtos não acontecerem simultaneamente, além de indicar a possibilidade de um retorno do vírus zika. Caso isso ocorresse, o que seria diferente? Certamente, tendo em vista o conhecimento acumulado após o primeiro contato com o vírus, algumas questões seriam tratadas com menos amadorismo pelo Estado, entretanto, os dilemas em saúde pública permaneceriam diante da ausência de abordagem dos entraves existentes no contexto social brasileiro.

A crise causada pelo vírus zika revelou e, sobretudo, agravou problemas persistentes em direitos humanos e fundamentais. Partindo desse pressuposto, é possível estabelecer uma relação entre as falhas nas políticas públicas e as violações desses direitos, em momentos antecedentes e sucessores à crise vivida pela população brasileira nos anos de 2015 e 2016. Cada um desses marcos temporais e direitos negligenciados, como ilustrado na Figura 1, serão rapidamente expostos nos subtópicos a seguir.

Figura 1 - Fluxograma dos direitos violados antes, durante e depois da epidemia do vírus zika no Brasil.



Fonte: elaborado pela autora.

4.2.1 Estabelecimento do *Aedes aegypti* no território brasileiro

Antes dos surtos de zika e chikungunya vivenciados recentemente, a reemergência de epidemias de dengue clássica e dengue hemorrágica eram um dos maiores problemas da saúde pública brasileira. O *Aedes aegypti*, principal vetor de transmissão dessas enfermidades, encontra-se especialmente no meio urbano, reproduzindo-se em depósitos de armazenamento de água limpa e parada. Segundo Braga e Valle (2008, p. 114), a distribuição geográfica da dengue é mundial e atinge países tropicais e subtropicais.

No Brasil, a dengue adquiriu importância epidemiológica na metade do século XX, em 1986, quando se desencadeou uma epidemia no Rio de Janeiro, que rapidamente alcançou a região Nordeste. A partir de então, a dengue teria se tornado endêmica no país, ocorrendo surtos alternadamente, em regra vinculados à inserção de novos sorotipos, em áreas anteriormente incólumes.

O combate institucionalizado ao mosquito, entretanto, remonta ao início do século XX, em razão da recorrência de epidemias de febre amarela urbana no Brasil. Nesse período, o contágio por dengue não existia no país como uma questão relevante em saúde pública. Braga e Valle apontam que a proliferação do vetor de transmissão deve-se às mudanças demográficas e ao intenso fluxo migratório rural-urbano, que ocasionaram um crescimento desordenado das cidades, bem como à ausência de boas condições de saneamento básico.

Em 1973, o *Aedes aegypti* foi considerado erradicado do território brasileiro. Entretanto, no ano de 1976, o mosquito retornou ao país, “em função de falhas na vigilância epidemiológica e de mudanças sociais e ambientais decorrentes da urbanização acelerada dessa época” (BRAGA, VALLE; 2008; p. 116) e, desde então, nunca foi completamente eliminado.

Em 1990, criou-se a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) a quem se atribuiu a responsabilidade pela coordenação das ações de controle da dengue. Seis anos depois, foi formulado o Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa), que, mesmo tendo recebido um grande investimento do Ministério de Saúde, não logrou os objetivos esperados, posto que a quantidade de pessoas infectadas por dengue aumentava e o vetor continuava a ser se espalhar. Anote-se que muitas áreas de atuação, apesar de planejadas, não foram implementadas, dentre as quais: saneamento básico; informação; educação e comunicação social; desenvolvimento de recursos humanos; e legislação de suporte.

Acredita-se que as principais causas do fracasso do PEAa tenham sido a não-universalização das ações em cada Município e a descontinuidade na execução das atividades de combate ao vetor. Apesar de todos esses problemas, na prática, o PEAa contribuiu para fortalecer o combate ao *Ae. aegypti*. Durante a vigência do Plano,

houve aumento considerável dos recursos disponíveis para essas atividades, embora os focos principais das ações de prevenção ainda fossem o uso de inseticidas e a eliminação de criadouros. (BRAGA, VALLE; 2008; p. 116).

Apenas em julho de 2001, a Funasa reconheceu a necessidade de largar a meta de erradicação do mosquito, adotando, por sua vez, o objetivo de controlá-lo. Implantou-se, portanto, o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue (PIACD), focalizando suas ações nos municípios com os maiores índices transmissão da doença.

Em 2002, o PIACD foi substituído pelo Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), que está em vigor até hoje, dando continuidade à agenda anterior, acrescentando-se mudanças em aspectos considerados essenciais, tais como:

1) a elaboração de programas permanentes, pois não há qualquer evidência técnica de que a erradicação do mosquito seja possível a curto prazo; 2) o desenvolvimento de campanhas de informação e de mobilização da população, de maneira a se promover maior responsabilização de cada família na manutenção de seu ambiente doméstico livre de potenciais criadouros do vetor; 3) o fortalecimento da vigilância epidemiológica e entomológica, para ampliar a capacidade de predição e detecção precoce de surtos da doença; 4) a melhoria da qualidade do trabalho de campo no combate ao vetor; 5) a integração das ações de controle da dengue na atenção básica, com a mobilização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF); 6) a utilização de instrumentos legais que facilitem o trabalho do poder público na eliminação de criadouros em imóveis comerciais, casas abandonadas etc.; 7) a atuação multissetorial, no fomento à destinação adequada de resíduos sólidos e à utilização de recipientes seguros para armazenagem de água; e 8) o desenvolvimento de instrumentos mais eficazes de acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios. (BRAGA, VALLE; 2008; p. 116).

A Lei Federal nº 13.301/2016, em seu art. 7º, instituiu o Programa Nacional de Apoio ao Combate às Doenças Transmitidas pelo *Aedes* (Pronaedes), ampliando o PNCD, a fim de incluir as doenças causadas pelo vírus chikungunya e o vírus zika, também transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*. Contudo, o programa ainda depende de incentivo fiscal para sua implementação, permanecendo inócuo por tempo indeterminado.

Os planos de eliminação do *Aedes aegypti* desenvolvidos pelo Brasil ao longo dos últimos quarenta anos, apesar de muito bem elaborados, inclusive servindo de parâmetro para outras nações, encontram óbice nos velhos arranjos políticos que envolvem a efetivação de qualquer ação em saúde pública neste país. Dentre todos os problemas históricos citados no presente trabalho, sobretudo os de natureza ética, a desigualdade social explica mais uma vez porque o mosquito que espalhou o vírus da zika está muito bem instalado no território brasileiro.

Com a eclosão da epidemia de zika, por óbvio, o controle emergencial do *Aedes aegypti* era a primeira resposta esperada das autoridades governamentais, como o uso de inseticidas e larvicidas, além do incentivo à prevenção individual. Entretanto, a longo prazo, a

correção dos determinantes sociais, a fim de proporcionar para a população água limpa e segura, educação em práticas sanitárias e de higiene, bem como gerenciamento adequado do esgoto a nível comunitário, seria crucial para o alcance de um controle eficaz e duradouro; ao passo que, do contrário, o Brasil está fadado a enfrentar repetidos surtos das doenças transmitidas por mosquitos, como de fato tem acontecido com a dengue (HRW, 2017, p. 42-43).

4.2.1.1 Direito à água e direito ao saneamento básico

Em 28 de julho de 2010, a Assembleia Geral da ONU, por meio da Resolução A/RES/64/292, declarou a “água limpa e segura e o saneamento um direito humano essencial para gozar plenamente a vida e todos os outros direitos humanos”, singularmente. Cinco anos depois, em 17 de dezembro de 2015, diante das críticas acerca da unificação dos direitos à água e o saneamento básico, a ONU declarou a existência de dois direitos distintos, aprovando a Resolução A/RES/70/169, a fim de reforçar a importância e relevância de cada um (BOS *et al*, 2017, p. 4).

Acerca do direito à água, os mencionados documentos internacionais asseveram que o abastecimento deve ser contínuo e suficiente para usos pessoais e domésticos. A água direcionada para o uso doméstico deve ser monitorada pelas autoridades governamentais, seguindo as diretrizes da OMS, a fim de garantir sua qualidade, para que não contenha microrganismos, vetores de doenças, substâncias químicas ou contaminantes radiológicos que constituam uma ameaça para a saúde da população.

Quanto ao saneamento básico, seguro e adequado, estabelece-se que este deve ser “culturalmente aceitável, assegurado de forma não-discriminatória e incluir os grupos vulneráveis e marginalizados” (ONU, 2010, p. 4), o que pressupõe também a realização de medidas em promoção e educação em higiene e saúde. Tal como o direito à água, o direito ao saneamento deriva do direito a um padrão de vida adequado.

Todos têm direito a serviços de água e saneamento que sejam fisicamente acessíveis dentro, ou na proximidade imediata, do lar, local de trabalho e instituições de ensino ou de saúde. Ajustamentos relativamente pequenos nos serviços de água e saneamento podem assegurar que as necessidades específicas dos deficientes, idosos, mulheres e crianças não são esquecidas, melhorando assim a dignidade, a saúde e a qualidade geral para todos. (ONU, 2010, p. 5).

Em se tratando de políticas de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, o debate sobre a questão urbana se faz mais do que necessário. Em março de 2016, o relator especial das

Nações Unidas para o direito humano à água potável e ao saneamento, Léo Haller²⁸, assegurou a existência de um forte vínculo entre sistemas de saneamento deficitários e o surto do vírus zika, bem como a dengue, a febre amarela e a chikungunya, vez que todos são transmitidos por mosquitos; apontando que a maneira mais efetiva de enfrentar esse problema é melhorar os serviços de saneamento.

De acordo com os dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), publicados em janeiro de 2017 e referentes ao ano de 2015, apenas 50,3% dos brasileiros têm acesso à coleta de esgoto. Analisando a pesquisa de modo mais aprofundado, verifica-se que nos estados das regiões Norte e Nordeste a situação é ainda mais crítica no que diz respeito à cobertura de água potável e esgotamento sanitário (Anexo D).

Cerca de 80% dos depósitos de larvas do mosquito foram localizados em reservatórios improvisados para desviar da deficiência do abastecimento de água no Nordeste. Segundo a presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Pernambuco, “em municípios próximos, localizados no sertão nordestino, os moradores não possuem água potável, o caminhão-pipa faz o abastecimento duas ou três vezes por mês. Com isso, é necessário armazenar a água e esses reservatórios se transformam em criadouros do mosquito” (BRASIL, 2017c). Além da água parada, a precariedade nos serviços de coleta de lixo e descarte de dejetos humanos também contribuem para a proliferação do mosquito.

Destarte, observa-se que o estabelecimento do *Aedes aegypti*, presente há tantos anos no país, deve-se, dentre outros aspectos, à não garantia, pelo Estado brasileiro, dos direitos humanos e fundamentais à água e ao saneamento a uma grande parcela da população, que, por sua vez, foi a mais atingida pelo vírus zika. A responsabilidade pelo desenvolvimento de políticas públicas que garantam esses direitos é de competência comum das esferas municipal, estadual e federal, nos termos dos art. 21, XX e 23, IX da CRFB²⁹, sendo dever da União estabelecer as diretrizes necessárias para a sua regulamentação. Deste modo, a resposta que deve ser dada ao povo brasileiro é urgente e exige a cooperação de todos os níveis de governo.

²⁸ “There is a strong link between weak sanitation systems and the current outbreak of the mosquito borne Zika virus, as well as dengue, yellow fever and chikungunya”, Mr. Heller said, “and the most effective way to tackle this problem is to improve the failing services.” (OHCHR, 2015).

²⁹CRFB. Art. 21. Compete à União: [...]

XX - Instituir diretrizes para o desenvolvimento urbano, inclusive habitação, saneamento básico e transportes urbanos;

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...]

IX - Promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico. (BRASIL, 1988).

4.2.2 Infecção por zika durante a gravidez

Em abril de 2015, houve a identificação do vírus zika como causador da doença exantemática, semelhante a uma alergia cutânea, que atingira milhares de pessoas no nordeste brasileiros. O processo de investigação da nova doença e de seus sintomas, assimilados aos de uma “dengue fraca”, ocorria na medida em que chegavam aos médicos novos pacientes com sinais de que a gravidade da zika ainda estava por ser descoberta. Inicialmente, algumas pessoas manifestaram indicativos de uma doença paralisante, posteriormente identificada como a Síndrome de Guillain-Barré, que de início parecia com a zika, causando dores leves e coceiras, entretanto, gradualmente, algumas partes do corpo dos pacientes perdiam os movimentos por completo.

Os indícios de que o vírus zika estava relacionado com alterações no sistema neurológico se intensificaram em outubro de 2015, com o aumento do nascimento de crianças com microcefalia, em estados diferentes, cujas progenitoras apresentaram sintomas de zika no início da gravidez. Segundo o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), o número de notificações de microcefalia em Pernambuco, qual seja, 26 crianças nascidas somente naquele mês, já era maior que o dobro dos dados observados em cada um dos anos anteriores, de janeiro a dezembro. Analisando o período de 2014 e 2015, os dados são ainda mais alarmantes: houve um crescimento de 1.923% nas notificações de recém-nascidos com microcefalia.

Segundo Henriques (2017, p. 17), mesmo diante das incertezas científicas³⁰, a ocorrência de casos praticamente simultâneos, em diversas regiões, fez com que o governo brasileiro, arrimando-se no princípio da precaução, declarasse Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (RSI), posto que, embora não se soubesse com clareza quais as causas das malformações que se multiplicavam, a situação se enquadrava nos critérios do Regulamento Sanitário Internacional. Tal medida foi acompanhada pela OMS, estendendo a medida para âmbito internacional, em 1º de fevereiro de 2016, frente às possibilidades de propagação do vírus para outros países, sobretudo porque seriam realizados, no mesmo ano, os jogos olímpicos e paraolímpicos no estado Rio de Janeiro.

Diniz (2016, p. 151) afirma que o vírus zika representava uma “ameaça global” porque, se ultrapassasse as fronteiras dos países com a transmissão autóctone, levaria para o

³⁰ Os estudos indicavam o risco de transmissão vertical do vírus zika, isto é, da mãe para o feto, além disso apontava-se o risco de contágio por via sexual, por transfusão sanguínea, urina e saliva, além de ter sido identificada a presença do vírus no leite materno. (DINIZ, 2016, p. 144).

resto do mundo os tempos de aflição vividos pelas mulheres brasileiras quanto à maternidade. Segundo a autora, “a felicidade do pré-natal desapareceu do sertão nordestino”. O grande risco era, portanto, a transmissão congênita do vírus, e as maiores ameaçadas eram as mulheres grávidas ou em idade reprodutiva.

A descoberta de que a infecção por zika durante a gestação poderia resultar na transmissão do vírus para o feto impactou profundamente tanto as mulheres grávidas, que não entendiam as alterações cerebrais acusadas nas ultrassonografias de seus bebês, quanto aquelas que poderiam engravidar nesse contexto de risco. Se por um lado o Estado agiu com rapidez ao declarar a ESPIN, as ações implementadas foram muito limitadas ao combate do mosquito vetor do vírus, desconsiderando-se a necessidade, naquele momento, de fortalecimento das políticas de planejamento familiar, dentre elas o acesso a contraceptivos, e de informação sobre as consequências da transmissão vertical, em áreas periféricas e comunidades onde o *Aedes aegypti* é mais incidente.

4.2.2.1 Direito à informação

O direito à informação está enunciado em diversos tratados internacionais de direitos humanos, sendo previsto no ordenamento jurídico brasileiro no art. 5º, inciso XXXIII³¹, no art. 37, §3º, inciso II e no art. 216, §2º, da CRFB. Além disso, é um dos princípios organizativos do SUS, estando relacionado diretamente ao princípio da autonomia e do consentimento presentes no direito sanitário e na bioética. O direito à informação implica, sobretudo, na exigência do fornecimento, pelo Estado, de informações concretas e precisas para a população, sendo fundamental para a proteção e promoção de direitos, inclusive, do direito à saúde.

Em relatório elaborado pela *Human Rights Watch* (HRW), organização internacional de direitos humanos, sobre a epidemia do vírus zika no Brasil e suas consequências na vida das mulheres nordestinas, foram realizadas entrevistas abordando, dentre outros tópicos, as dificuldades enfrentadas no acesso a informações e serviços de saúde durante a gestação. Grande parte das entrevistadas fizeram o acompanhamento pré-natal por meio do

³¹CRFB. Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...]

XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado; (BRASIL, 1988)

sistema público de saúde e denunciaram a deficiência na prestação de informações sobre os riscos da infecção pelo vírus zika durante a gravidez.

Algumas mulheres disseram à Human Rights Watch que não receberam informações sobre o vírus Zika durante o seu pré-natal. A maioria dessas mulheres tinha ouvido sobre o Zika através de reportagens na mídia e tinham acesso a outras fontes de informação, mas disseram que se sentiam incomodadas com o fato de não terem recebido informações confiáveis de profissionais médicos. Por exemplo, Karina, uma mulher de 34 anos de idade que estava grávida de 37 semanas quando foi entrevistada pela Human Rights Watch no estado da Paraíba, disse que ninguém lhe deu nenhuma informação sobre o Zika durante suas consultas de pré-natal em um hospital que atende pacientes de alto risco. “Eles deveriam ter nos informado. Há tantos médicos e estudantes aqui. Eles poderiam ter tempo para dar informações. Eu estava usando repelente porque sabia [sobre o Zika], mas não tinha informações sobre a frequência com que eu devia usá-lo.” Karina disse que parou de usar repelente perto do fim da gravidez porque parou de ouvir notícias sobre o Zika. Então acreditava que a epidemia tinha acabado. (HRW, 2017, p.71-72).

Além disso, muitas mulheres denunciaram a barreiras no acesso, por meio do SUS, a exames de ultrassonografia especializada no segundo trimestre da gestação, o denominado ultrassom morfológico, capaz de detectar alterações no desenvolvimento fetal, incluindo a microcefalia. Outras mulheres tiveram dificuldade para fazer os testes sanguíneos necessários para confirmar a infecção por zika, quando foram a serviços de saúde apresentando sintomas do vírus durante a gravidez, e para detectar se ocorreu a transmissão do vírus para o feto.

Ademais, as orientações sobre a possibilidade de transmissão sexual do vírus foram praticamente nulas. A HRW (2017, p. 73) aponta que, embora o zika seja transmitido principalmente pela picada do mosquito infectado, o vírus também pode ser repassado por relação sexual, havendo evidências de que ele permanece no sêmen por muitos meses. Entretanto, as informações fornecidas pelo Ministério da Saúde à população foram contraditórias e não incluíram esclarecimentos abrangentes sobre o risco de transmissão sexual aos jovens em idade reprodutiva e aos casais que estavam esperando um filho ou que desejavam engravidar³².

Diniz e Brito (2016, p. 4) ressaltam que não é o mero conhecimento dos fatos da epidemia ou dos efeitos do vírus que garantiria o direito fundamental à informação, posto que em dados momentos o próprio sistema de saúde era ultrapassado pelas instabilidades e

³² Em uma lista de perguntas frequentes sobre o vírus Zika, o Ministério da Saúde fornece informações contraditórias sobre a transmissão sexual do vírus, afirmando em um ponto que “a doença não pode ser classificada como sexualmente transmissível” e, posteriormente, que “é crescente a evidência de que o vírus pode ser sexualmente transmissível”. Os dois primeiros protocolos nacionais desenvolvidos em resposta à epidemia recomendam que mulheres em idade reprodutiva, mulheres grávidas e seus familiares tomem medidas para se proteger contra as picadas de mosquito, mas não mencionam o risco de transmissão sexual, nem recomendam a mulheres grávidas e seus parceiros que usem preservativos para prevenir a transmissão sexual de Zika. Contudo, a versão mais recente do protocolo recomenda o uso de preservativos durante a gravidez (HRW, 2017, p. 74).

incertezas médicas. A demanda pela informação consiste na busca por um marco de proteção da vida que se, por um lado, ignora os sujeitos vulnerabilizados, por outro, depende da mediação de diferentes poderes e saberes para ser acessado. O acesso à informação seria, portanto, o ponto de partida para a garantia de muitos outros direitos, empoderando as pessoas em risco e fornecendo-lhes as ferramentas necessárias ao enfrentamento das consequências impostas pelo vírus.

Uma epidemia lança cenários inesperados às políticas da vida. O caso da transmissão vertical do vírus Zika em mulheres grávidas não envolve apenas a biopolítica de populações em risco (modos de eliminar mosquito ou distribuir água limpa; regulação sobre as formas de vestir ou as práticas sexuais), mas o incerto na ciência e no cuidado dos corpos. (DINIZ, BRITO; 2016, p. 4)

O direito à saúde também engloba o direito à educação e à informação em saúde, inclusive saúde sexual e reprodutiva. Nesse sentido, tendo em vista a intrínseca relação estabelecida entre o vírus zika e as questões atinentes à reprodução, as adolescentes e mulheres, infectadas ou não, deveriam ter total acesso a informações sobre, além dos significados e consequências da infecção por zika na gravidez, os métodos contraceptivos disponíveis, por meio de programas de educação sexual e de planejamento familiar.

4.2.2.2 *Direito ao planejamento familiar*

O direito ao planejamento familiar foi estabelecido no art. 226, §7º, da CRFB³³ e regulado pela Lei Federal nº 9.263 de 2 de fevereiro de 1996, definindo a responsabilidade do SUS, das instituições de saúde privada e dos profissionais, no que concerne à saúde reprodutiva e seu exercício pelos indivíduos. No plano internacional, consolidou-se o entendimento de que o planejamento familiar e o livre acesso a métodos contraceptivos compõem uma política de promoção da liberdade escolha individual, fundamentada no princípio ético e jurídico da dignidade da pessoa humana (VENTURA, 2009, p. 87). O consenso sobre o tema está expresso no parágrafo 7.12 do relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, *in verbis*:

7.12 O objetivo de programas de planejamento familiar deve ser o de capacitar casais e indivíduos a decidir livre e responsabilmente sobre o número e o espaçamento de seus filhos e a ter a informação e os meios de assim o fazer e assegurar opções

³³CRFB. Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. [...]

§7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. (BRASIL, 1988).

conscientes e tornar disponível toda uma série de métodos eficientes e seguros. O sucesso de programas de educação da população e de planejamento familiar, numa variedade de circunstâncias demonstra que o indivíduo informado pode agir e agirá, em toda parte, com responsabilidade, de acordo com as suas próprias necessidades e das necessidades de sua família e da comunidade. **O princípio da livre escolha consciente é essencial ao sucesso em longo prazo de programas de planejamento familiar. Não há lugar para qualquer forma de coerção. Em toda sociedade há muitos incentivos e desestímulos sociais e econômicos que afetam decisões individuais sobre a gravidez e o tamanho da família.** No século passado, muitos governos experimentaram planos que incluíam incentivos e desestímulos para reduzir ou aumentar a fecundidade. A maior parte dos planos teve apenas um impacto marginal na fecundidade e, em alguns casos, foram contraproducentes. Os objetivos governamentais de planejamento familiar devem ser definidos em termos de necessidades não-satisfeitas de informação e de serviços. Objetivos demográficos, embora objeto legítimo de estratégias governamentais de desenvolvimento, não devem ser impostos aos prestadores de serviços de planejamento familiar na forma de alvos ou quotas no recrutamento de clientes. (PATRIOTA, 1994, p. 64, grifo nosso).

Ventura (2009, p. 88) defende que o acesso aos serviços de saúde integral e às ações de planejamento familiar constituem instrumentos substanciais para a garantia da saúde sexual e reprodutiva da população, especialmente das mulheres, posto que previnem as mortes maternas, os danos resultantes de abortos inseguros, a gravidez indesejada, doenças transmissíveis por via sexual, além de orientar apropriadamente sobre sexualidade e reprodução humana. Entretanto, as políticas públicas relacionadas aos direitos ao planejamento familiar e à liberdade sexual e reprodutiva são continuamente postergadas, tendo em vista, sobretudo, a resistência de segmentos conservadores e fundamentalistas cada vez mais presentes em debates parlamentares e judiciais.

Dentre as tantas lições aprendidas com a epidemia do vírus zika, umas das mais importantes foi a de que tratar da saúde reprodutiva da população, principalmente das mulheres, é uma urgência em saúde pública. O Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos (OHCHR, 2016) assevera que os serviços em saúde reprodutiva, que incluem contracepção habitual e de emergência, aborto legal e seguro, e cuidados com a saúde materna, devem ser prestados de forma a assegurar o consentimento plenamente esclarecido das mulheres, respeitar sua dignidade, garantir sua privacidade e responder às suas necessidades e perspectivas.

Segundo a *Human Rights Watch* (2017, p. 30), apesar das mulheres possuírem direitos constitucionais e legais de acesso à contracepção gratuita através do SUS, quase metade das gestações no Brasil não é planejada ou é indesejada, indicando que há uma demanda de contracepção não atendida. Quando observada a situação das adolescentes, nota-se que são ainda maiores as falhas no acesso à contracepção, se comparado a outras parcelas da

população³⁴. A organização aponta ainda, que, no ano 2015, cerca de 500.000 mulheres brasileiras vivenciaram abortos, em grande parte, de forma clandestina. O aborto inseguro configura a quarta causa de mortalidade materna no Brasil³⁵.

Baum *et al* (2016, p. 1) apontam que o Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta a Ocorrência de Microcefalia do Ministério da Saúde, apesar de reconhecer que o uso de métodos contraceptivos cumpriria um importante papel no controle dos impactos da epidemia do vírus zika, não considerou os obstáculos enfrentados pela maioria das mulheres afetadas: unidades de saúde com escassos recursos materiais e humanos, a falta de educação sexual adequada enquanto política pública, e até mesmo as dinâmicas desiguais de poder nas relações íntimas e pessoais. Além disso, o documento teria falhado em reconhecer e abordar apropriadamente o fato de que o aborto inseguro - porque ilegal, é uma questão de saúde pública no Brasil, afetando de maneira desproporcional as mulheres vulneráveis.

No epicentro da crise do vírus zika, seria necessária a realização de medidas uniformes, envolvendo os serviços de saúde e de educação, na tentativa de diminuir a quantidade de casos de gravidez não planejada, oferecendo às mulheres informações e serviços abrangentes de saúde reprodutiva, inclusive, garantindo o acesso a opções contraceptivas emergenciais e de longo prazo. Ademais, urgiria a discussão sobre autonomia reprodutiva e acesso ao aborto seguro e legal, de forma ampla a todas às mulheres, para que não precisem recorrer a procedimentos clandestinos e criminalizados, colocando suas vidas em risco.

Ressalte-se, sobretudo, que tanto o direito ao planejamento familiar quanto o direito à informação não se restringem às mulheres, devendo ser disponibilizados a todas as pessoas em idade reprodutiva. A HRW (2017, p. 102) assinala que a ausência de informação e orientação sobre o papel dos homens acaba reforçando a ideia de que as mulheres são as únicas ou as principais responsáveis pela prevenção da transmissão de zika durante a gravidez. Nesse compasso, o acesso às informações e aos serviços necessários também deve ser direcionado aos homens, para que possam tomar decisões conscientes com suas parceiras sobre as opções de planejamento familiar.

³⁴ Quase 20% dos nascidos vivos no Brasil são de partos de meninas e adolescentes e meninas de 10 a 19 anos, representando mais de 560.000 nascimentos por ano. (HRW, 2017, p. 31).

³⁵ Aproximadamente 17% das mortes relacionadas a aborto no período de 2011 a 2015 ocorreram entre meninas, adolescentes e jovens de 10 a 19 anos (HRW, 2017, p.5).

4.2.3 Síndrome congênita do zika

Encerradas as emergências de saúde pública nos níveis nacional e internacional, a sensação das famílias das crianças afetadas pela síndrome congênita do zika (SCZ), disseminada apenas como microcefalia, é de esquecimento. O assunto não ocupa mais as manchetes dos grandes jornais, as consequências da infecção por zika durante a gravidez já são conhecidas e se personificam nessas crianças que, apesar do pouco foco que lhes é dado, existem e são sujeitos de direito.

As crianças com SCZ necessitam de apoio e cuidados a longo prazo, e suas famílias têm enfrentado dificuldades no acesso a informações e apoio adequados, tanto no momento do nascimento quanto durante seu crescimento e desenvolvimento. O Ministério da Saúde recomenda que elas, nas idades entre zero e três anos, sejam encaminhadas a programas de estimulação precoce oferecidos pelo SUS e tenham acesso a tratamentos de estimulação auditiva, visual, motora, manual, cognitiva e comunicativa (BRASIL, 2016b).

Segundo o relatório da *Human Rights Watch*, as cidades nordestinas mais atingidas, como Recife/PE e Campina Grande/PB, têm alocado recursos adicionais para garantir estes serviços às crianças nascidas com SCZ³⁶. O Ceará aproveitou a estrutura de 19 policlínicas regionais já existentes no Estado para criar Núcleos de Estimulação Precoce (NEP), com equipes multiprofissionais, formadas por pediatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, em um projeto considerado pioneiro no Brasil.

Entretanto, as mães entrevistadas pela HRW, que moram em áreas rurais ou em cidades pequenas, relataram que, apesar do oferecimento dos serviços de estimulação precoce, estes acabaram sendo centralizados em zonas urbanas, impondo-lhes obstáculos quanto à onerosidade das longas distâncias percorridas até os centros de referência; e, quando oferecido pelos municípios, quanto ao transporte irregular; além da burocracia governamental. Algumas mães também denunciaram problemas no acesso aos benefícios financeiros previstos pelo governo federal para auxiliar nas despesas advindas das necessidades de seus filhos.

Sublinhe-se que muitas crianças suspeitas de ter a síndrome congênita do zika permanecem sem um diagnóstico confirmado. Em abril de 2017, cerca de 3.183 casos

³⁶ Recife inaugurou uma unidade de desenvolvimento infantil no fim de 2015, com foco em crianças com microcefalia, com pediatras, neuropediatras, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais. Campina Grande, na Paraíba, assumiu um papel proeminente, criando um serviço de saúde especializado em microcefalia, que inclui assistência pré-natal, apoio psicológico e serviços de reabilitação. É uma das três cidades da Paraíba - as outras são João Pessoa e Patos - que prestam serviços a crianças com microcefalia e apoiam suas famílias. O município também treinou equipes das creches públicas para cuidar dessas crianças. (HRW, 2017, p. 81).

permaneciam sob investigação no Brasil (Anexo C). Isso significa que, sem o diagnóstico, essas crianças não podem ter acesso à estimulação precoce e aos serviços especializados de reabilitação. Segundo a HRW (2017, p. 81), em março de 2016, o governo federal, preocupado com o fato de que a confirmação de diagnósticos não estava sendo feita rapidamente após a notificação de casos suspeitos, transferiu R\$10.900.000,00 a estados e municípios a fim de acelerar a comprovação do diagnóstico em crianças com SCZ. Contudo, alguns casos suspeitos aparentemente passaram despercebidos.

Além disso, nota-se que as principais cuidadoras das crianças com SCZ são predominantemente as suas mães, de modo que as exigências de cuidar de um filho com deficiência têm afetado profundamente suas vidas. Nas entrevistas da HRW, muitas mulheres contam que tiveram que parar de trabalhar ou estudar para cuidar de seus bebês, o que ratifica a necessidade e urgência da concessão dos benefícios previdenciários devidos a essas crianças.

Para cada recém-nascido notificado é preciso que haja uma cuidadora disponível, em tempo integral, para deslocamento de exames, investigações ou estimulações, caso seja comprovada a síndrome congênita do zika. Descrevo o cuidado feminino por um registro antropológico de como se organizam as famílias nordestinas: há centralidade da vida familiar em torno das crianças, mas o cuidado é um dever das mulheres. Elas podem ser mães, avós ou tias. Em famílias extensas, a irmã mais velha ou alguma prima. Na ausência de todas, uma vizinha. É uma rede ampla de mulheres que se movimenta para amparar a mulher com sua criança notificada, investigada, confirmada ou ignorada para síndrome congênita do zika. Não ouvi relatos de terceirização dos cuidados por babás ou creches: a epidemia em municípios rurais e entre gente pobre não encontra a mesma realidade das mulheres de elites urbanas do país. (DINIZ, 2016, p. 134-135).

O capítulo posterior à eclosão da epidemia do vírus zika no Brasil é marcado pela luta por direitos que parecem cada vez mais distantes. Sobretudo se consideradas as medidas de austeridade fiscal adotadas com a aprovação da Emenda Constitucional nº 55, em dezembro de 2016, que congelou o financiamento da saúde pública, educação e outros serviços que auxiliariam as crianças com síndrome congênita do zika e suas cuidadoras a terem a melhor qualidade de vida possível no longo prazo. Nesse contexto de acentuação das desigualdades, faz-se necessário entender em que medida esses direitos estão sendo renegados.

4.2.3.1 Direito à seguridade social

O direito à seguridade social, como direito fundamental de segunda geração, consigna-se na obrigação do Estado de prover a seus cidadãos um conjunto integrado de ações na área de saúde, assistência social e previdência social. A abordagem neste subtópico será

restrita ao benefício previdenciário cabível às pessoas com deficiência, como é o caso das crianças com síndrome congênita do zika, enquanto instrumento de afirmação de direitos e suporte às suas vulnerabilidades.

Nas palavras de Silveira *et al* (2016, p. 4), o Benefício de Prestação Continuada (BPC), instituído pela CRFB e regulamentado pela Lei Federal nº 8.742/1993, denominada Lei Orgânica da Previdência Social (LOAS), garante uma renda mensal de cidadania no valor de um salário mínimo aos idosos, com 65 anos ou mais, e às pessoas com deficiência, que vivem em situação de extrema vulnerabilidade. Os critérios de exigibilidade ao BPC têm causado diversas controvérsias, sobretudo no que concerne à definição da condição de pobreza, gerando um grande número de insurgências ao Poder Judiciário, fortalecendo as discussões sobre a urgências da concessão do benefício para famílias com renda acima do limite fixado pela LOAS³⁷.

Isso configura, segundo Silveira *et al* (2016, p. 12), o reconhecimento da necessidade de amparo e solidariedade pública nos casos de aguda vulnerabilidade, nos quais a junção da pobreza e da presença de deficiências severas ou de idade avançada intensifica agravos e fragilidades, quando não potencializa situações de exclusão e violação de direitos. O BPC cumpre, portanto, o papel de garantidor do mínimo de estabilidade de renda, inescusável para as restrições impostas no acesso a serviços e insumos básicos.

A presença do envelhecimento, da deficiência ou da dependência constroem a autonomia e a vida ativa, com consequências diversas para o indivíduo e para sua família. No âmbito da renda, o impacto direto sobre o orçamento familiar - gerando o que a literatura especializada denomina "gasto catastrófico" - amplia ou aprofunda o risco de pobreza para todo o grupo familiar. Impactos indiretos são igualmente relevantes, como os percebidos na redução da oferta de trabalho notadamente das mães de pessoa com deficiência. **Ou seja, famílias que contam, entre seus membros, com pessoas com deficiência ou idosos que necessitem de acompanhamento e cuidados, sofrem efeitos nos seus rendimentos tanto pela ampliação de seus gastos, cuja magnitude depende do tipo de deficiência e da oferta pública de serviços a essa população, como na diminuição da capacidade de participar do mercado de trabalho.** (SILVEIRA *et al*, 2016, p. 12-13, grifo nosso).

O nascimento de muitas crianças de perfil socioeconômico semelhante com a síndrome congênita do zika gerou um aumento significativo na demanda pelo BPC, exigindo maior atenção para as condições de vida do solicitante do benefício e a relativização do limite

³⁷ LOAS. Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. [...]

§3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou idosa a família cuja renda mensal *per capita* seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário-mínimo. (BRASIL, 1990).

da renda familiar como requisito único para concessão. Os custos gerados com os cuidados necessários às crianças e, sobretudo, a redução da oferta de trabalho para os cuidadores de pessoas com deficiência agravam as vulnerabilidades dessas famílias.

Olívia tem um bebê com microcefalia que nasceu em junho de 2015 e um filho de 6 anos com autismo, mas sua família recebe apenas um salário mínimo. “O salário mínimo não é nada”, disse. “Não atende às nossas necessidades. Crianças especiais precisam de alimentos especiais, e mesmo que o governo nos forneça transporte e atendimento médico, as mães não conseguem trabalhar, não conseguem estudar. Não temos a possibilidade de ter uma vida normal.” (HRW, 2017, p. 88).

Apesar da concessão de serviços de saúde pelo SUS, Silveira *et al* (2016, p. 14) asseveram que determinadas famílias ainda incorrem em gasto catastrófico, isto é, quando os gastos com saúde ultrapassam 40% da capacidade de gastos totais, devido aos elevados custos de medicamentos e, possivelmente, às dificuldades de acesso a exames e diagnósticos ou a especialistas da rede pública. A situação das milhares de crianças nordestinas com SCZ e de suas famílias reforçam, portanto, a necessidade de que os critérios de elegibilidade ao BPC considerem as vulnerabilidades e riscos vinculados à eficiência e a situação de dependência, em detrimento do critério de extrema pobreza.

4.2.3.2 *Direito das pessoas com deficiência*

A Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), bem como seu Protocolo Facultativo, foram incorporados à legislação brasileira em 2008, sendo ratificados com equivalência de emenda constitucional, nos termos previstos no art. 5º, §3º da CRFB. Em 6 de julho de 2015, foi promulgada a Lei Federal nº 13.146 instituindo o Estatuto das Pessoas com Deficiência (EPD), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais pelas pessoas com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

No que concerne especificamente ao direito das crianças com deficiências, o EPD assinala que elas devem usufruir plenamente de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais em igualdade de oportunidades com as outras crianças, além de não sofrer nenhuma espécie de discriminação, sendo consideradas especialmente vulneráveis, assim como os adolescentes, as mulheres e os idosos. Além disso, na CDPD, está previsto o direito das crianças com deficiência à relação familiar, estabelecendo que os Estados-Partes forneçam às suas famílias informações abrangentes sobre serviços e programas de apoio, e se esforcem para promover o seu cuidado quando a família imediata não tiver condições.

É muito importante que as famílias, sobretudo as mães, recebam auxílio para conduzir a rotina de cuidados necessários às crianças. O apoio que lhes é devido não se restringe apenas à questão financeira, posto que muitas mães acabam por se afastar do mercado de trabalho, mas deve ser também psicológico. Nas entrevistas concedidas a HRW, são recorrentes os discursos maternos sobre a estigmatização social e o preconceito enfrentado, tanto pelas crianças possuírem deficiência, quanto pela classe social, além do afastamento da figura paterna³⁸. Isso afeta diretamente o ambiente familiar, tornando-o ainda mais árido para o desenvolvimento infantil.

Por exemplo, Mayara, que deu à luz um menino com síndrome de Zika em janeiro de 2016, disse que sua esperança para o futuro era: “Que seja mais inclusivo e acolhedor para os bebês e crianças que crescerão com necessidades especiais - as escolas, o sistema de saúde. Essas são questões que já existem há muito tempo”. Outras mães explicaram que não sabiam se seus bebês poderiam andar ou conversar, então elas não sabiam que tipo de cuidados de longo prazo eles precisariam. Algumas mães expressaram preocupação de que o benefício financeiro para seus filhos só seria fornecido por três anos. “A deficiência não desaparecerá quando ela tiver três anos”, disse a mãe de uma criança com síndrome de Zika na Paraíba. (HRW, 2016, p. 91-92).

Ademais, ainda nos termos na CDPD, os serviços de saúde para as crianças precisam ser específicos para cada deficiência, incluindo a identificação e a intervenção precoce, conforme avaliação multidisciplinar das necessidades e pontos fortes de cada pessoa, bem como os serviços precisam ser projetados para minimizar e prevenir novas deficiências, fornecendo sempre a disponibilidade e conhecimento para as famílias. Outrossim, as crianças com deficiência têm serviços adequados de habilitação e reabilitação “o mais próximo possível de suas comunidades, inclusive na zona rural” (BRASIL, 2012, p. 53).

A CDPD garante o direito a um padrão de vida adequado para pessoas com deficiência e suas famílias, bem como o direito à proteção social. Os Estados Partes devem “assegurar o acesso de pessoas com deficiência e suas famílias em situação de pobreza à assistência do Estado em relação a seus gastos ocasionados pela deficiência, inclusive treinamento adequado, aconselhamento, ajuda financeira e cuidados de repouso” (BRASIL,

³⁸ Os poucos pais de crianças com síndrome de Zika que entrevistamos expressaram seu desejo de apoiar suas parceiras e de se envolverem no cuidado de seus filhos -, mas os desafios logísticos e econômicos dificultaram o acompanhamento dos filhos nos compromissos quase diários em várias unidades de saúde. As mães também relataram que queriam mais apoio de seus parceiros, mas, de forma semelhante, a logística e os desafios de cuidados relacionados às crianças com síndrome de Zika tornaram isso difícil. 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 aos compromissos, sem a presença dos pais dos bebês. “É raro a presença dos pais”, disse Jeime Leal, uma fisioterapeuta que atende bebês com síndrome de Zika em um hospital em Campina Grande, na Paraíba. Ela disse que dos 115 pacientes que estava tratando, apenas quatro deles eram regularmente acompanhados por seus pais. (HRW, 2016, p. 97-98).

2012, p. 56).

Em verdade, inúmeros são os direitos disponibilizados às pessoas com deficiência na legislação brasileira. Entretanto, sabe-se que, entre a previsão legal e a efetivação concreta desses direitos, existe uma enorme lacuna, sobretudo numa sociedade estruturada para e por pessoas privilegiadas. Os bebês e crianças com a síndrome congênita do zika, pela curta idade, ainda se encontram minimamente protegidos do mundo no seio familiar. Entretanto, ao longo dos anos enfrentarão grandes e constantes desafios quanto ao acesso à educação, saúde, esporte, trabalho, etc. Por isso, o compromisso firmado pelo Estado brasileiro não deve ser meramente formal, fortalecendo esses direitos por meio de serviços e ações afirmativas a longo prazo direcionadas a todas as pessoas com deficiência no país.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição da República Federativa do Brasil, ao tratar da saúde como um direito de todos e dever do Estado, estabeleceu, outrossim, a criação de um sistema de saúde universal, que ficaria encarregado pela promoção, proteção e recuperação da saúde para a população brasileira. Apesar de contar com um vasto aparato legislativo e administrativo em políticas universais de saúde, na prática, a materialização desse direito continua sendo um grande desafio para o Estado brasileiro, fazendo com que o país permaneça em déficit com a sociedade, sobretudo com os segmentos mais desfavorecidos quando se trata do acesso à saúde.

Por sua vez, o vetor de transmissão do vírus zika, o qual potencializou a sua distribuição pelo território brasileiro, o *Aedes aegypti*, é um mosquito que circula pelo país desde 1976, quando ressurgiu depois do último programa de erradicação bem-sucedido, no ano de 1973, há mais de quarenta anos. O inseto também é responsável por transmitir a dengue, a febre amarela e a febre chikungunya, tendo esta última emergido no Brasil quase concomitantemente à zika

Falar da epidemia em questão significa, portanto, tratar de um problema sistêmico, sendo o mosquito também um indicador da desigualdade brasileira, considerando que a região mais afetada pelo zika foi o sertão nordestino, cuja maioria da população sofre com a falta de serviços públicos básicos como saúde e saneamento, além de possuir condições climáticas mais favoráveis à propagação do vetor. O impacto de questões éticas relacionadas ao vírus do zika também é diferenciado: afinal, quem só tem condições de se tratar no SUS lida com opções e escolhas muito diferentes das de quem usa o sistema privado de saúde.

A crise causada pelo vírus zika foi, senão, a crise do próprio sistema público de saúde brasileiro, escancarada pelos descuidos com a atenção básica em saúde e as ações de saúde coletiva. Nesse sentido, a prevenção de outras situações epidêmicas e o desenlace dos complexos perfis epidemiológicos-sociais das comunidades brasileiras são completamente dependentes da efetivação de políticas públicas de saneamento básico, moradia, uso do solo, transporte, bem como de educação em saúde. Isso implica que o comprometimento com a responsabilidade moral pelos indivíduos, pela sociedade e, principalmente, pelo Estado, de maneira harmônica, constitui a primeira etapa para o desagravamento do problema do acesso à saúde, sobretudo em tempos de epidemia.

Vale reprimir, o que levou o Ministério da Saúde a publicar a Portaria nº 1.813/2015 e, posteriormente, em 1º de fevereiro de 2016, a Organização Mundial de Saúde (OMS) a

declarar Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional não foi simplesmente a infecção pelo vírus zika e os sintomas leves que incluíam febre, erupção cutânea, dor nas articulações e olhos vermelhos, mas, na verdade, a forte suspeita de causalidade entre o adoecimento pela zika na gravidez e a microcefalia, considerando os numerosos casos já notificados, além da ocorrência de outras situações envolvendo desordens neurológicas, como a Síndrome de Guillain-Barré.

Estabelecida tal relação, mesmo que ainda sem o arremate científico, visto que as pesquisas acerca das diversas facetas do vírus ainda estavam – e estão – em curso, a maternidade durante a epidemia do vírus zika tornou-se um verdadeiro martírio para as mulheres brasileiras. A falta de informação e o recorte socioeconômico e geográfico da maior parte das famílias atingidas pela denominada síndrome congênita do zika expuseram, sobretudo, a deficiência do programa de planejamento familiar brasileiro e políticas de saúde básicas como, por exemplo, o acesso à contracepção.

Por trás das estatísticas, das discussões nas Cortes Superiores e das decisões de Estado, bem como da aparente situação de controle, contudo, subsistem as famílias que foram irreversivelmente marcadas pelo vírus zika. Às mulheres e mães, sobre as quais recaiu grande parte da resposta pública à epidemia, estende-se um longo caminho de cuidados e luta por direitos das crianças consideradas esquecidas pelo Poder Público.

Diante de todo o exposto, foi possível concluir com o presente trabalho que os fatores preexistentes na realidade social brasileira, no que concerne às desigualdades no acesso aos serviços de saúde, bem como às sucessivas falhas nas políticas públicas, contribuíram para que a história contada sobre a epidemia de zika tivesse cor, gênero, classe social e localização geográfica delimitados. O reconhecimento da insuficiência da atuação estatal brasileira faz-se necessário para que seja possível identificar os direitos humanos e fundamentais violados, de modo que, a partir de então, promova-se uma reformulação das políticas públicas a fim de recuperá-los e protegê-los.

REFERÊNCIAS

- AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário**. 2006. 458 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2006.
- AITH, Fernando Mussa Abujamra; MINHOTO, Laurindo Dias; COSTA, Ediná Alves. Poder de polícia e vigilância sanitária no Estado Democrático de Direito *In*: COSTA, Ediná Alves (Org.). **Vigilância Sanitária: temas para debate**. Salvador: EDUFBA, 2009.
- BARCIFILO, Christian de Paul de. Nascer ou não nascer com graves deficiências congênitas? Algumas interpelações bioéticas. *In*: GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leo (Org.). **Bioética, Poder e Injustiça**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004.
- BAUM, Paige *et al.* Garantindo uma resposta do setor de saúde com foco nos direitos das mulheres afetadas pelo vírus Zika. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000500605&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 nov. 2017.
- BBC. Um ano após epidemia global, Nordeste ‘pode ter outro surto grande de Zika’. **Portal BBC Brasil**, 1 fev. 2017. Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese/brasil-38806044>>. Acesso em: 21 nov. 2017.
- BEAUCHAMP, Tom Lamar; CHILDRESS, James Franklin. **Principles of Biomedical Ethics**. 1. ed. Oxford: Oxford University Press, 1979.
- BOBBIO, Norberto; MATTEUCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política**. 1. ed. Brasília, Brasília: Editora UNB, 1998.
- BOS, Robert *et al.* **Manual sobre os direitos humanos à água potável e saneamento para profissionais**. 2. ed. Londres: IWA Publishing, 2017.
- BRAGA, Ima Aparecida; VALLE, Denise. Aedes aegypti: histórico do controle no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 113-118, jun. 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000200006>. Acesso em: 21 nov. 2017.
- BRASIL. **Código Penal**. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em 21 nov. 2017.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 21 nov. 2017.
- _____. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 21 nov. 2017.

_____. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm> Acesso em 21 nov. 2017.

_____. **Lei nº 13.301 de 27 de junho de 2016**. Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika; e altera a Lei no 6.437, de 20 de agosto de 1977. Brasília: Senado Federal, 2016a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13301.htm>. Acesso em: 21 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública sobre Microcefalias. **Informe epidemiológico nº 57 – Semana Epidemiológica 52/2016 (SE)**. Brasília, DF, 06 jan. 2017a. Disponível em: <http://combateades.saude.gov.br/images/pdf/Informe-Epidemiologico-n57-SE-52_2016-09jan2017.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no 1.813, 11 de novembro de 2015. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil. **Diário Oficial da União**. Brasil, Brasília, DF, 12 nov. 2015. p. 51.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no 1.682, 30 de julho de 2017. Declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil e desativa o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COES). **Diário Oficial da União**. Brasil, Brasília, DF, 6 jul. 2017b. p. 79.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Diretrizes de Estimulação Precoce**. Brasília, DF, 2016b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília, DF, 2016c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de direito sanitário com enfoque na vigilância em saúde**. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS**. Brasília, DF, 2017c.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Brasília, DF, 2012.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5581**, Relatora atual: Min. Carmen Lúcia. Brasília, DF, 2017d. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=5037704>> Acesso em: 4 out. 2017

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 4. ed. Coimbra: Editora Almedina, 2000.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 nov. 2017.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo**. 15. ed. rev., ampl. e atual. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006.

CASTRO, Marcus Faro de. Dimensões políticas e sociais do Direito Sanitário Brasileiro. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública. v. 1**. Brasília, DF, 2003.

COMPARATO, Fabio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 6. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2008.

COSTA, Ediná Alves. Vigilância Sanitária e Proteção da Saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública. v. 1**. Brasília, DF, 2003.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Ética sanitária. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública. v. 1**. Brasília, DF, 2003.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública. v. 1**. Brasília, DF, 2003.

_____. Uma nova disciplina: o direito sanitário. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 327-334, ago. 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 nov. 2017.

DATAFOLHA. Cinquenta e um por cento rejeitam aborto de fetos com microcefalia causa por zika. **Portal Instituto Datafolha**, 22 fev. 2016. Disponível em: <<http://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/2016/02/1744625-51-rejeitam-aborto-de-fetos-com-microcefalia-causada-por-zika.shtml>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

DIÁRIO DO NORDESTE. Plano propõe redefinir território de Fortaleza. **Portal Diário do Nordeste**, 25 mai. 2017. Disponível em:

<<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/plano-propoe-redefinir-territorio-de-fortaleza-1.17578661>> Acesso em: 21 nov. 2017.

DINIZ, Débora. **Zika: Do sertão nordestino à ameaça global**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

DINIZ, Débora; BRITO, Luciana. Epidemia provocada pelo vírus Zika: informação e conhecimento. **Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**. Rio de Janeiro v. 10, n. 1, abr./jun 2016. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1148/pdf1148>>. Acesso em 21 nov. 2017.

ÉPOCA. Por que estamos perdendo a guerra contra o Aedes Aegypti. **Portal Época**, 14 fev. 2016. Disponível em: <<http://epoca.globo.com/vida/noticia/2016/02/por-que-estamos-perdendo-guerra-contra-o-aedes-aegypti.html>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

FOLHA DE SÃO PAULO. Vinte e dois por cento dos brasileiros vivem abaixo da linha da pobreza, diz estudo. **Portal Folha de São Paulo**, 31 out. 2017. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2017/10/1931680-22-dos-brasileiros-vivem-abaixo-da-linha-da-pobreza-diz-estudo.shtml>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Bioética e Saúde Pública. **Rev. Cad.** São Paulo, v. 12, n. 2, p. 41-50, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/cadernos/39/bioetica_e_saude_publica.pdf> Acesso em 21 nov. 2017.

G1. Identificado vírus causador de doença misteriosa em Salvador e RMS. **Portal G1 Bahia**, Salvador, 29 abr. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bahia/noticia/2015/04/identificado-virus-causador-de-doenca-misteriosa-em-salvador-e-rms.html>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

G1. Saneamento melhora, mas metade dos brasileiros segue sem esgoto no país. **Portal G1**, São Paulo, 19 fev. 2017. Disponível: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/saneamento-melhora-mas-metade-dos-brasileiros-segue-sem-esgoto-no-pais.ghtml>> Acesso em: 21 nov. 2017.

GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel; DINIZ, Debora. Saúde pública, bioética e equidade. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 27-35, 1997. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/361/462>. Acesso em: 21 nov. 2017.

GARRAFA, Volnei; PORTO, Dora. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. *In*: GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leo (Org.). **Bioética, Poder e Injustiça**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

GARRAFA, Volnei. O Congresso Mundial de 2002, a Declaração da Unesco de 2005 e a ampliação e politização da agenda bioética internacional no século XXI. *In*: PORTO, Dora *et al* (Org.). **Bioéticas, Poderes e Injustiças: 10 anos depois**. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB, 2012.

- HENRIQUES, Cláudio Maierovitch. A surpresa e o grito. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS**. Brasília, DF, 2017.
- KIPPER, Délio José; CLOTET, Joaquim. Princípios da Beneficência e Não-maleficência. *In*: CLOTET, Joaquim (Org.). **Bioética, uma aproximação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.
- LESSER, Jeffrey; KITRON, Uriel. A geografia social do zika no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 167-175, dez. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300167&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 out 2017.
- LEOPOLDO E SILVA, Franklin. Da ética filosófica à ética em saúde. *In*: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel (Org.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
- LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Políticas sociais e de saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.
- MELLO, Celso Antonio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 15. ed. São Paulo: Malheiros, 2002.
- MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antonio Carvalho. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. *In*: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel (Org.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
- NEVES, Maria do Céu Patrão. Alocação de recursos em saúde: considerações éticas. Brasília. **Rev. Bioét.**, v. 7, n. 2, p. 159-163, 1999. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/307>. Acesso em: 21 nov. 2017.
- NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Estado de Bem-Estar Social. Florianópolis, **R. Katál.**, v. 0, n. 78. p. 83-103, 2001. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/viewFile/5738/5260>>. Acesso em: 21 nov. 2017.
- OHCHR. **Upholding women’s human rights essential to Zika response**. UN, 5 fev. 2016. Disponível em: <<http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=17014>> Acesso em: 21 nov. 2017.
- OHCHR. **Zika virus: “Improved water and sanitation services are the best answer”**. UN, 11 mar. 2015. Disponível em: <<http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=17212>> Acesso em: 21 nov. 2017.
- OMS. **Zika virus, Microcephaly and Guillain-Barré Syndrome**: situation report. WHO, 4 ago. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/emergencies/zika-virus/situation-report/4-august-2016/en/>>. Acesso em 21 nov. 2017.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro 1948. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

ONU. **O Direito Humano à Água e Saneamento**. UN, 28 jul. 2010. Disponível em: <http://www.un.org/waterforlifedecade/pdf/human_right_to_water_and_sanitation_media_brief_por.pdf> Acesso em: 21 nov. 2017.

PATRIOTA, Tânia. **Relatório da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento**. Plataforma de Cairo, 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em 21 nov. 2017.

PORTO, Dora. Bioética de intervenção: retrospectiva de uma utopia. *In*: PORTO, Dora *et al* (Org.). **Bioéticas, Poderes e Injustiças: 10 anos depois**. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB, 2012.

PREFEITURA DE FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Monitoramento Diário de Agravos. **Zika: Casos por semana segundo a residência**. Fortaleza, CE, 2016. Disponível em: <http://tc1.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/zika/tabela-regional-residencia?ano=2016&modo=semana&classifin=&criterio=&evolucao=&cs_gestant=>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira; TRINDADE, Jorge. Manual de Atuação Jurídica em Saúde Pública. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. v. 2. Brasília, DF, 2003.

ROSEN, George. **Uma história da Saúde Pública**. 1. ed. São Paulo: Editora Unesp, 1994.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200019&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 21 nov. 2017.

SCHRAMM, Fermin Roland; KOTTOW, Miguel. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 949-956, jul./ago. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 nov. 2017.

SCHRAMM, Fermin Roland. A bioética da proteção em saúde pública. *In*: FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone (Org.). **Bioética e Saúde Pública**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

_____. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1531-1538, mai. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501531&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 nov. 2017.

SILVEIRA, Fernando Gaiger *et al.* Deficiência e dependência no debate sobre a elegibilidade ao BPC. **Nota técnica nº 31/IPEA**, Brasília, nov. 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/161129_nt_31_disoc.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2017.

SIQUEIRA, José Eduardo de. O Princípio da Justiça. *In*: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel (Org.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

SOTOLONGO, Pedro Luis. ¿Es una bioética separada de la política menos ideologizada que una bioética politizada? **Rev. Bras. Bioét.**, Brasília, v.1, n. 2, p. 133-144, 2005. Disponível em: <<https://bioetica.catedraunesco.unb.br/wp-content/uploads/2016/09/RBB-2005-12.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

STARK, Evan. **A epidemia como fato social**. Tradução de Carlos Roberto Oliveira. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.universidadesaudavel.com.br/wp-content/uploads/autores/A_EPIDEMIA_COMO_FATO_SOCIAL.pdf> Acesso em: 21 nov. 2017.

STOTZ, Eduardo. Epidemia de dengue e responsabilidade das autoridades sanitárias: é possível fundar um ethos público na saúde? *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ-ABRASCO, 2008.

TRINDADE, Antonio Augusto Cançado. **Tratado de Direito Internacional dos Direitos Humanos v. 1**. 1. ed. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1997.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Tradução de Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado. Revisão de Volnei Garrafa. Paris: Unesco, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf> Acesso em: 21 nov. 2017.

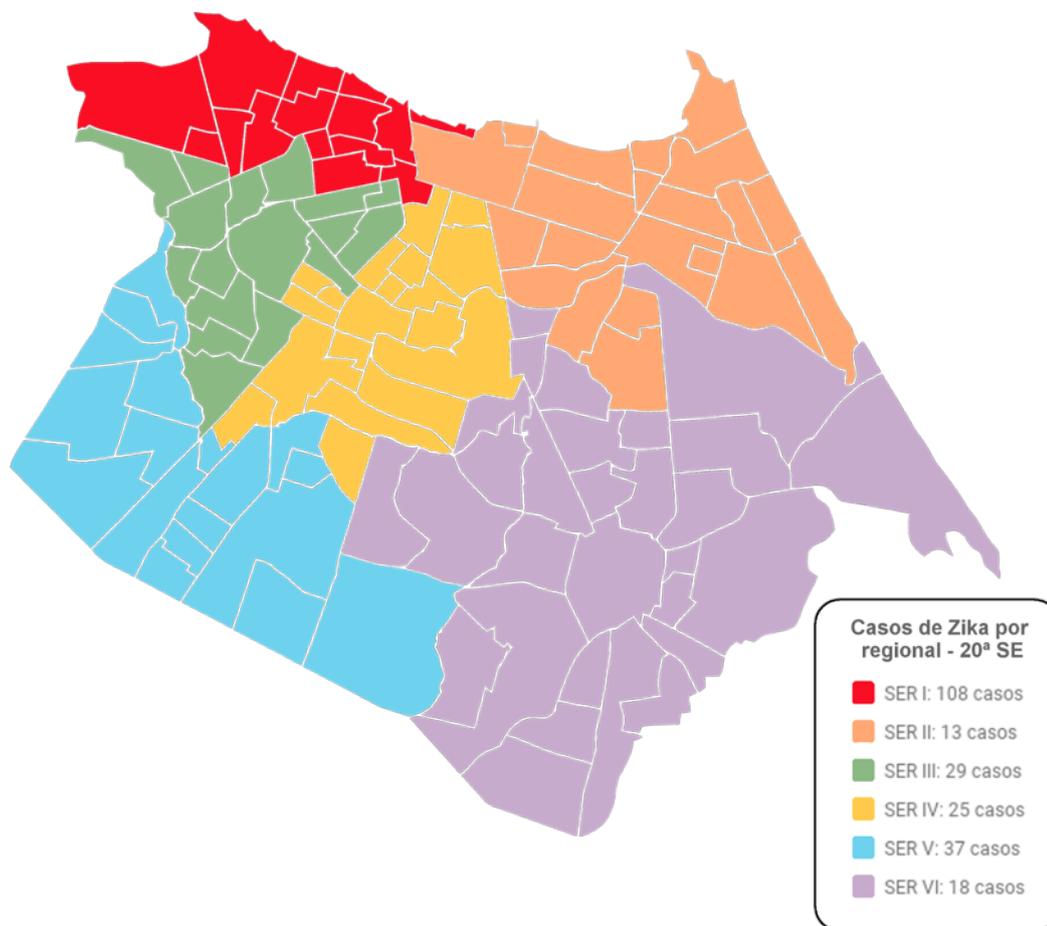
VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3 ed. Brasília: UNFPA, 2009.

VIANA, Ana Luíza D'Ávila; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise de Políticas de Saúde. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

WATCH, Human Rights. **Neglected and Unprotected: The Impact of the Zika Outbreak on Women and Girls in Northeastern Brazil**. Nova Iorque: HRW, 2017. Disponível em: <https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/wrdzika0717_web_0.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2017.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; GRANJA, Gabriela Ferreira. Equidade no SUS: em construção uma concepção política de justiça em saúde. **Rev. Bioethikos**, São Paulo, v. 4, n. 2, p.180-188, mar. 2010. Disponível em: <<https://www.saocamilos-sp.br/pdf/bioethikos/76/180a188.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

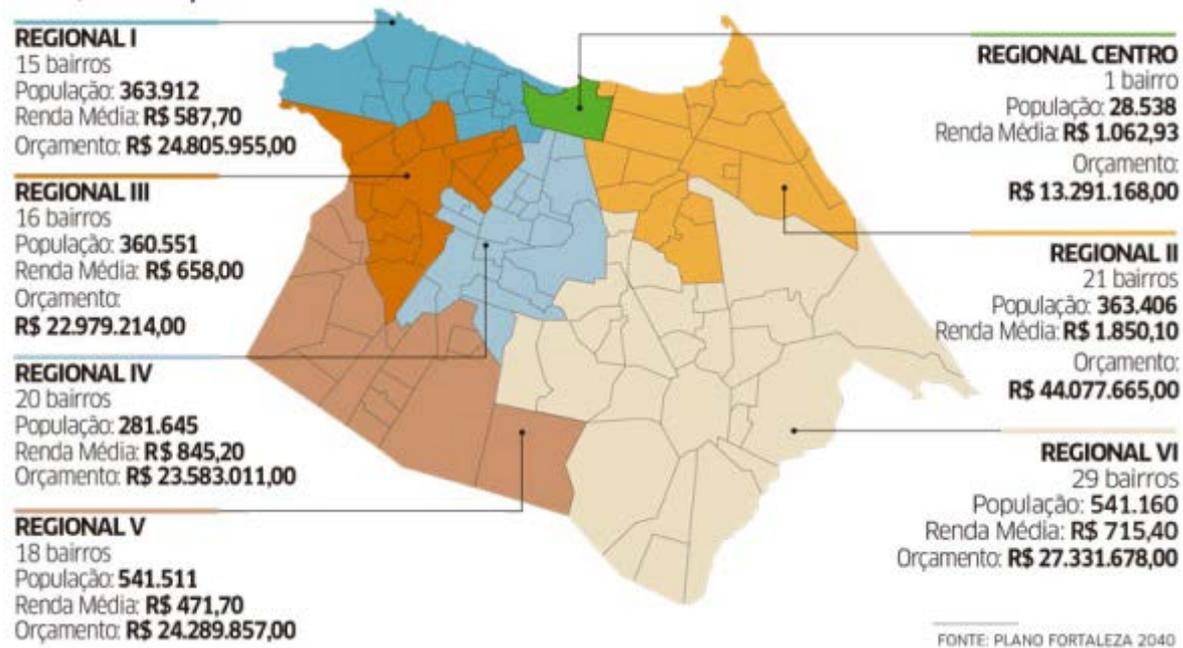
ANEXO A – ZIKA: CASOS POR SEMANA SEGUNDO A REGIONAL DE RESIDÊNCIA, FORTALEZA, 2016



Fonte dos dados: Sistema de Monitoramento Diário de Agravos da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2016). Gráfico elaborado pela autora.

ANEXO B – CONCENTRAÇÃO DE RENDA EM CADA REGIONAL DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, 2017

População x Renda



Fonte: Diário do Nordeste (2017).

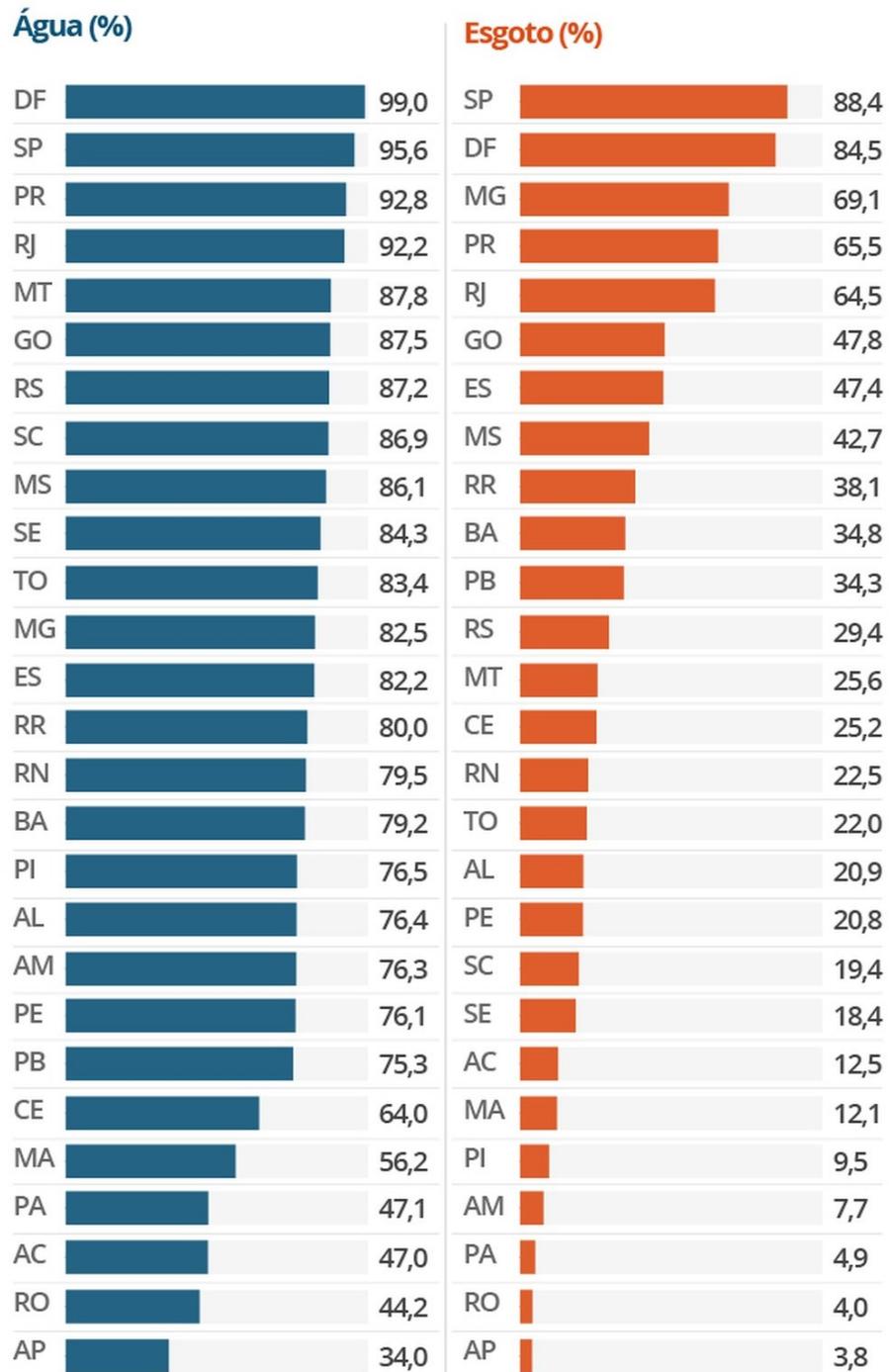
ANEXO C – CASOS NOTIFICADOS DE MICROCEFALIA E/OU ALTERAÇÕES DO SNC NO BRASIL, 08/11/2015 A 31/12/2016

Nº	REGIÕES E UNIDADES FEDERADAS	Total acumulado ¹ de casos notificados de 2015 a 2016		Casos notificados de Microcefalia e/ou Alterações do SNC ² , sugestivos de infecção congênita, em fetos, abortamentos, natimortos ou recém-nascidos			
		N	%	Permanecem em investigação	Investigados e confirmados ³	Investigados e prováveis	Investigados e descartados ⁴
	BRASIL	10.867	100	3.183	2.366	49	5.269
1	ALAGOAS	376	3,5	51	90	0	235
2	BAHIA	1.534	14,1	611	433	2	488
3	CEARÁ	642	5,9	153	152	0	337
4	MARANHÃO	328	3,0	83	160	0	85
5	PARAÍBA	933	8,6	180	191	3	559
6	PERNAMBUCO	2.259	20,8	325	408	0	1.526
7	PIAUI	200	1,8	12	100	0	88
8	RIO GRANDE DO NORTE	481	4,4	107	142	0	232
9	SERGIPE	270	2,5	58	128	0	84
	NORDESTE	7.023	64,6	1.580	1.804	5	3.634
10	ESPÍRITO SANTO	265	2,4	98	36	9	122
11	MINAS GERAIS	303	2,8	260	19	0	24
12	RIO DE JANEIRO	861	7,9	399	179	0	283
13	SÃO PAULO	895	8,2	343	64	35	453
	SUDESTE	2.324	21,4	1.100	298	44	882
14	ACRE	52	0,5	13	2	0	37
15	AMAPÁ	18	0,2	2	11	0	5
16	AMAZONAS	63	0,6	23	26	0	14
17	PARÁ	115	1,1	95	8	0	12
18	RONDÔNIA	46	0,4	17	12	0	17
19	RORAIMA	32	0,3	5	13	0	14
20	TOCANTINS	224	2,1	84	20	0	120
	NORTE	550	5,1	239	92	0	219
21	DISTRITO FEDERAL	70	0,6	6	13	0	51
22	GOIÁS	239	2,2	73	47	0	119
23	MATO GROSSO	351	3,2	135	57	0	159
24	MATO GROSSO DO SUL	56	0,5	6	28	0	22
	CENTRO-OESTE	716	6,6	220	145	0	351
25	PARANÁ	56	0,5	8	3	0	45
26	RIO GRANDE DO SUL	181	1,7	34	18	0	129
27	SANTA CATARINA	17	0,2	2	6	0	9
	SUL	254	2,3	44	27	0	183

Fonte: Registro de Eventos de Saúde Pública – RESP (dados atualizados até 31/12/2016 e extraídos em 06/01/2017).

Fonte: Informe epidemiológico nº 57 - SE 52/2016 - COES (BRASIL, 2017a).

ANEXO D – DIFERENÇAS NA COBERTURA DE ÁGUA E ESGOTO EM CADA ESTADO BRASILEIRO, 2015



Fonte: SNIS 2015

Fonte: G1 (2017).