



**Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,  
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**CAMINHOS REPRODUTIVOS DE MULHERES COM FILHOS E  
FILHAS VIVENDO COM A SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA  
VÍRUS**

**Milena da Cunha Ribeiro**

**Rio de Janeiro  
Maio de 2019**



**Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,  
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**CAMINHOS REPRODUTIVOS DE MULHERES COM FILHOS E  
FILHAS VIVENDO COM A SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA  
VÍRUS**

**Milena da Cunha Ribeiro**

Dissertação apresentada à Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Dra. Corina Helena Figueira Mendes  
Coorientadora: Dra. Martha Cristina Nunes Moreira

**Rio de Janeiro  
Maio de 2019**

## CIP - Catalogação na Publicação

Ribeiro, Milena da Cunha.

Caminhos reprodutivos de mulheres com filhos e filhas vivendo com a Síndrome Congênita do Zika Vírus / Milena da Cunha Ribeiro. - Rio de Janeiro, 2019.

164 f.; il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2019.

Orientadora: Corina Helena Figueira Mendes.

Co-orientadora: Martha Cristina Nunes Moreira.

Bibliografia: f. 141-151

1. Zika Vírus. 2. Microcefalia. 3. Reprodução. 4. Direitos Sexuais e Reprodutivos. 5. Saúde da Mulher. I. Título.

## AGRADECIMENTOS

Um período curto, mas intenso, de amadurecimentos pessoal e profissional e incontáveis aprendizados. Assim posso definir o meu percurso durante os dois anos de formação no Mestrado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher. Diante disso, agradeço a todos aqueles que contribuíram e fizeram parte dessa etapa tão importante da minha vida.

Especialmente, agradeço ao Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF – Fiocruz), por tudo o que me proporcionou desde o meu período de ingresso no Programa de Residência Multiprofissional. A essa instituição devo muitas experiências, a oportunidade de contato com profissionais que somente engrandeceram a minha formação e amizades que serão eternas.

Agradeço aos meus pais, Maria Cristina e Guilherme, pelos esforços ao longo da minha trajetória para que eu pudesse chegar até aqui e por toda a confiança que sempre depositaram em mim.

Às minhas irmãs, Monica e Mayara, por sempre estarem ao meu lado em todos os momentos e por me incentivarem nessa caminhada, mesmo diante das dificuldades que surgiam.

Ao meu sempre companheiro (e agora também marido) Luiz Henrique, por acreditar sempre em mim. Agradeço por sua paciência, compreensão de ausências ao longo desse período e por todo o apoio e preocupação.

À minha querida orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Corina Mendes. Uma verdadeira mãe ao longo de todo esse processo, sempre dedicada e carinhosa. Agradeço pelos conselhos valiosos, pelos muitos ensinamentos, por sua escuta e por compartilhar comigo a construção dessa dissertação. Foi um privilégio trabalhar com você.

À minha também querida orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Martha Moreira, a quem devo toda a minha admiração. Sempre afetuosa e trazendo contribuições importantes em momentos essenciais desse percurso. Da mesma maneira, me sinto privilegiada por ter tido a oportunidade de trabalhar com você.

Aos professores da Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do IFF. Agradeço, em especial, aos professores Dr. Marcos Nascimento, Dr.<sup>a</sup>. Ivia Maksud e Dr.<sup>a</sup>. Cláudia Bonan, que contribuíram, de diversas maneiras, para a consolidação e conclusão desse estudo.

À Capes, por me conceder o apoio financeiro ao longo desses dois anos, o que tornou possível minha dedicação exclusiva ao curso e a construção dessa pesquisa.

Agradeço à banca de qualificação, os professores Dr. Marcos Nascimento e Dr.<sup>a</sup>. Ana Carolina Vieira, por concederem contribuições inestimáveis no momento em que esse trabalho era ainda um projeto.

À Miriam Calheiros, assim como à Fernanda Fialho e Simone do Instituto Estadual do Cérebro – IEC. A elas devo a construção do meu campo de pesquisa e o interesse para que esse estudo pudesse dar certo.

Agradeço à turma da pós-graduação, por todo o apoio e troca nesses dois anos. Em especial, à Simone, Andrea e Luciana, minhas companheiras nessa caminhada. Foi muito bom poder contar e compartilhar com vocês tantos momentos, alegrias e dificuldades.

Às queridas Letícia e Lívia, que estiveram sempre comigo, principalmente nos momentos em que os desafios pareciam intransponíveis. Agradeço a vocês pela amizade, pelas palavras de incentivo e por todo o carinho.

Aos professores que aceitaram participar da banca de defesa da dissertação: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Soraya Fleisher, Prof. Dr. Marcos Nascimento, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Cláudia Bonan e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Andreza Nakano. Agradeço pelas inúmeras contribuições e por dedicarem seu tempo e conhecimento, enriquecendo esse trabalho.

Por fim, agradeço às mulheres, que foram tão generosas comigo e se interessaram não somente em participar da pesquisa, mas que decidiram dividir comigo suas histórias, experiências e expectativas perante a vida. Devo a elas minha admiração e, por isso, dedico a elas esse estudo. Incluo nesses agradecimentos aquelas que marcaram o início dessa jornada, ainda na ocasião da pesquisa que embasou o trabalho de conclusão na residência.

Muito obrigada!

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BEMFAM – Sociedade Civil de Bem-Estar da Familiar no Brasil

BDTD – Banco Nacional de Teses e Dissertações

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DIU - Dispositivo Intrauterino

ESPIN - Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz

IFF - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

IPPF - International Planned Parenthood Federation

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG - Organização Não-Governamental

ONU - Organização das Nações Unidas

Paism - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Pnaism - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

SCZV - Síndrome Congênita do Zika Vírus

SciELO - Scientific Eletronic Library Online

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Caracterização das participantes .....	86
Quadro 2: Informações sobre a saúde reprodutiva das participantes .....	108

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Publicação de 18 de novembro de 2015 .....	124
--	-----

## RESUMO

O presente estudo buscou compreender como se estabelecem as decisões reprodutivas de mulheres com filhos e filhas vivendo com a Síndrome Congênita do Zika Vírus. Considerando as possíveis transformações nos seus caminhos reprodutivos e as desigualdades estruturais envolvidas no campo da reprodução e que se evidenciaram com a situação de emergência em saúde pública, elegeu-se problematizar a questão a partir dos marcos referenciais saúde, direitos e justiça reprodutiva. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada entre 19 de julho e 31 de outubro de 2018, em diferentes locais da região metropolitana do Rio de Janeiro. A construção dos dados privilegiou a realização de entrevistas no formato semiestruturado, através de um roteiro temático previamente delimitado. Além disso, buscando um diálogo com as entrevistas realizadas, um outro instrumento se apresentou como meio de produzir e sistematizar as reflexões da pesquisadora no desenvolvimento do estudo, sendo esses registros notas de inspiração etnográfica sobre o trabalho de campo. As entrevistas com nove mulheres foram previamente agendadas e os encontros ocorreram em locais próximos ou na residência das participantes do estudo, assim como em lugares nos arredores de espaços institucionais de cuidados para seus filhos e filhas. A análise foi realizada a partir da interpretação de sentidos, perspectiva que busca compreender a lógica interna dos sentidos presentes e emergentes de palavras, inter-relações, grupos e instituições em relação ao tema estudado. Como resultado, três núcleos de sentido emergiram: (1) mudanças na vida a partir da epidemia do vírus Zika, (2) o campo da contracepção e a construção dos caminhos reprodutivos e (3) escolhas reprodutivas após a epidemia. As esferas da reprodução e da contracepção se evidenciaram como de responsabilidade feminina, observando-se ainda o papel exercido por outras mulheres no que se refere à composição de uma rede de referências e influências nesse campo. O medo de que uma nova gestação viesse a acontecer reforçou uma busca por outros métodos contraceptivos utilizados após a gravidez da criança afetada pelo vírus Zika, se confirmando também as repercussões no campo da sexualidade. A título de conclusão, observa-se que para que essas mulheres possam traçar caminhos reprodutivos pautados pela autonomia e justiça, se mostra necessário favorecer a construção de políticas públicas e o fortalecimento de serviços que garantam atenção integral à sua saúde sexual e reprodutiva.

Palavras-chave: Zika virus. Microcefalia. Reprodução. Direitos Sexuais e Reprodutivos. Saúde da Mulher.

## ABSTRACT

The present study sought to understand how the reproductive decisions of women with sons and daughters living with the Congenital Syndrome of the Zika Virus are made. Considering the possible transformations in their reproductive paths and the structural inequalities involved in the field of reproduction, which were evidenced by the state of emergency in public health, it was decided to problematize the issue from the reference frameworks on health, rights and reproductive justice. This was a qualitative research, conducted between July 19 and October 31, 2018, in different locations in the metropolitan area of Rio de Janeiro. The elaboration of the data prioritized interviews in the semi-structured format, through a thematic route previously delimited. In addition, seeking dialogue with the interviews, another instrument was presented as a means of producing and systematizing the researcher's reflections on the development of the study, and these records were notes of ethnographic inspiration about the fieldwork. The interviews with nine women were previously scheduled and the meetings were held near or in the study participants' own homes, as well as in places around institutional care spaces for their sons and daughters. The analysis was based on the interpretation of meanings, a perspective that seeks to understand the internal logic of the present and emerging senses of words, interrelations, groups and institutions in relation to the subject studied. As a result, three bases of sense have emerged: (1) changes in life from the Zika Virus epidemic, (2) the field of contraception and the construction of reproductive paths and (3) reproductive choices after the epidemic. The spheres of reproduction and contraception were evidenced as female oriented responsibility, while observing the role played by other women in the composition of a network of references and influences in this field. The fear that a new pregnancy would happen bolstered a search for other contraceptive methods after the pregnancy of the child affected by the Zika virus, and also confirming the repercussions in the field of sexuality. As a conclusion, it is observed that in order for these women to trace reproductive paths guided by autonomy and justice, it is necessary to favor the construction of public policies and the strengthening of services that guarantee integral attention to their sexual and reproductive health.

Keywords: Zika Virus. Microcephaly. Reproduction. Reproductive Rights. Women's Health.

*“Dizem-nos que devemos interpretar nossa história pessoal como produto de escolhas individuais, como se fossemos as donas exclusivas do direito autoral sobre o roteiro de nossa vida, as proprietárias exclusivas dos direitos autorais sobre quaisquer infortúnios e tragédias. É o que nos dizem, ao mesmo tempo que são camufladas normas estritas, corpos de conhecimento moral, discriminações e poderosas forças sociais que afetam profundamente a nós mulheres e as decisões que tomamos”*

Orna Donath

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b> .....	14
<b>2. Objetivos</b> .....	21
2.1. Objetivo geral .....	21
2.2. Objetivos específicos .....	21
<b>3. Marcos teóricos e conceituais</b> .....	22
3.1. O campo das (in)decisões reprodutivas .....	22
3.2. Direitos reprodutivos e saúde reprodutiva.....	30
3.2.1. Direitos e saúde reprodutiva no Brasil .....	36
3.2.2. O programa de ação do Cairo à luz do cenário atual.....	40
3.3. A epidemia do vírus Zika e justiça reprodutiva.....	45
<b>4. Metodologia</b> .....	53
4.1. O processo de definição do campo da pesquisa.....	53
4.2. Construção dos dados: técnicas e instrumentos.....	58
4.3. O processo de escolha das participantes do estudo.....	60
4.4. Análise e interpretação dos dados .....	63
<b>5. Caminhos percorridos pelo estudo</b> .....	68
5.1. Do projeto à execução do campo: encontros, desencontros, distâncias e possibilidades. ....	68
5.2. Particularidades do campo e caracterização das entrevistadas .....	72
<b>6. Interpretação de sentidos e discussão dos resultados</b> .....	79
6.1. “Eu tenho isso na cabeça. O filho é da mãe”: vida a partir da epidemia do vírus Zika. ....	81

6.2. “Ao mesmo tempo, eu queria e não queria”: o campo da contracepção e a construção dos caminhos reprodutivos.....	104
6.3. “Como é que eu vou dar atenção para mais uma criança?”: escolhas reprodutivas após a epidemia. ....	118
<b>7. Considerações finais</b> .....	<b>137</b>
<b>8. Referências</b> .....	<b>141</b>
Apêndice 1 .....	152
Apêndice 2 .....	155
Anexo 1 .....	156
Anexo 2 - Aprovação da vice diretoria de pesquisa do IFF – Fiocruz .....	160
Anexo 3 - Aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do IFF – Fiocruz .....	161

## 1. Introdução

*“A televisão mostrando  
Criança muito doente  
O idoso socorrido  
Tudo isso de repente  
O mosquito terrorista  
Afetando muita gente”.*  
Literatura de Cordel<sup>1</sup>

Com o reconhecimento, no final do ano de 2015, da relação entre a ocorrência de microcefalias e outras alterações do sistema nervoso central em fetos e recém-nascidos e a infecção pelo vírus Zika durante a gravidez<sup>2</sup>, um verdadeiro panorama de incertezas se constituiu.

Como aponta Diniz<sup>3</sup>, o *“acontecimento extraordinário não era o surto de vírus Zika entre os humanos”* (p. 12). Isso porque, o vírus já se mostrava conhecido em outras regiões do mundo, tendo sido identificado em 1947. Os primeiros grandes surtos foram descritos mais de meio século depois: na Micronésia, em 2007; na Polinésia Francesa, em 2013 e no Brasil, em 2015 <sup>4</sup>.

É a partir desse último episódio que se evidenciam as consequências mais perversas e alarmantes relacionadas à transmissão do vírus, quando começam a ser observadas mudanças no padrão epidemiológico de ocorrência de microcefalias no Brasil<sup>2</sup>.

Em 11 de novembro de 2015, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.813/2015, declarava Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) *“por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil”* <sup>5</sup>, ao passo que em 28 de novembro era reconhecida a relação entre a

infecção pelo vírus Zika durante a gravidez e a ocorrência de microcefalias e outras alterações do sistema nervoso central<sup>2</sup>. Em 1º de fevereiro de 2016, o evento foi classificado também no âmbito do Regulamento Sanitário Internacional, tornando-se potencial de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional<sup>2</sup>.

Com a sequência das investigações sobre o vírus, suas formas de atuação e, considerando o que as evidências clínicas e laboratoriais traziam, um amplo espectro foi descrito como relacionado à sua transmissão ainda no período gestacional, via atravessamento da barreira placentária. Os achados sugeriam a configuração de uma síndrome congênita, sendo caracterizada a Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV), em 21 de julho de 2016<sup>6</sup>.

O espectro da SCZV compreende deficiências intelectuais, paralisia cerebral, epilepsia, dificuldades de deglutição, anomalias do sistema visual e auditivo e microcefalia, geralmente grave. Em frequência menor, foram identificadas também deformidades ósseas, como artrogripose e pés tortos congênitos<sup>7</sup>.

Os conhecimentos sobre os fatores envolvidos na SCZV e sua evolução natural seguem sendo estabelecidos por novos estudos, assim como a partir do acompanhamento das crianças expostas. Desta forma, o espectro de comprometimento das crianças afetadas e o grau de gravidade do prognóstico das mesmas confirma este como um território de dúvidas e apreensões. Cabe ressaltar que o Ministério da Saúde declarou o fim da ESPIN em 11 de maio de 2017. A declaração se estabeleceu a partir da queda no número de casos de Zika e microcefalia no país<sup>8</sup>.

Contudo, mesmo com a declaração sobre o fim de uma situação de emergência em saúde pública, o vírus Zika permanece presente como uma realidade, principalmente no que se refere às suas repercussões. Isso porque, considerando um panorama atualizado no final de 2018, no período de 08 de novembro de 2015 a 29 de dezembro de 2018, foram confirmados 3.332 casos relacionados à infecção congênita pelo vírus<sup>9</sup>. Se destacam, assim, a urgência no estabelecimento e manutenção dos meios de atenção e cuidado direcionados às crianças e suas famílias afetadas pelas consequências da epidemia.

Isso por que, como afirma Diniz<sup>10</sup>, a epidemia produziu “*novas precarizações em vidas já vulnerabilizadas pela desigualdade social e pela discriminação sexual*” (p. 3). Tal fato é corroborado pelo estudo de Marteleto *et al*<sup>11</sup>, que reforçam o quanto as mulheres residentes na região Nordeste do país apresentavam um maior risco de contrair o vírus Zika, possivelmente em função de níveis mais baixos de desenvolvimento econômico, combinados a altas temperaturas e problemas de saneamento.

As autoras referem-se, assim, aos marcadores sociais da diferença<sup>12</sup>, principalmente relacionados ao gênero, à raça e à classe, que se evidenciaram com a epidemia e que são amplamente observados nas necessidades não satisfeitas de proteção social e cuidado às crianças e suas famílias.

Tendo em vista esses aspectos e a ênfase em recomendações de ações no âmbito individual como medidas de prevenção perante a epidemia, Baum *et al*<sup>13</sup> questionam o Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta a Ocorrência de Microcefalia, publicado pelo Ministério da Saúde em março de 2016, destacando especialmente as dificuldades enfrentadas pelas mulheres jovens, pobres, negras e pardas no acesso e informação sobre os métodos contraceptivos.

Da mesma maneira, segundo os autores, o Protocolo apresenta como lacuna a omissão sobre os riscos do aborto inseguro, tendo em vista uma realidade de saúde pública no Brasil que afeta principalmente as mulheres mais vulneráveis. Tal fato *“aponta para negligência governamental em tomar medidas de proteção dos direitos humanos das mulheres no contexto da epidemia de Zika, violando as normas de saúde global”* (p. 2).

Essas considerações sobre o Protocolo apontam para aspectos presentes durante a situação de emergência que precisam ser problematizados, visto que a crescente responsabilização individual relacionada ao controle do vírus recaiu particularmente sobre as mulheres. Tal fato se mostrou evidente a partir de medidas como a recomendação das autoridades de saúde acerca da indicação de adiamento da gravidez para mulheres em idade reprodutiva naquele período.

Na pesquisa aqui apresentada nos interessa considerar não somente a maneira como a epidemia afetou diretamente as escolhas e os processos reprodutivos no Brasil durante sua ocorrência, mas refletir acerca das possíveis repercussões da epidemia na vida reprodutiva das mulheres por ela mais diretamente afetadas: as mulheres com filhos e filhas vivendo com a SCZV.

Isso porque, considerando a configuração de uma condição grave e crônica de saúde, os reflexos provocados pelo vírus Zika não se restringem às crianças inseridas no espectro da doença, mas se estendem de forma severa às famílias afetadas. No que se refere às mulheres, possivelmente esses efeitos se fazem sentir de forma mais profunda, uma vez que, historicamente, são elas que atuam como as principais cuidadoras de seus filhos e filhas.

Diante disso, propõe-se como objeto desse estudo os sentidos construídos por mulheres com filhos e filhas vivendo com a SCZV no campo das

decisões reprodutivas. O trabalho estabeleceu como pergunta *que transformações são impostas em suas vidas a partir do ocorrido e a maneira com que essas possíveis transformações interferem diretamente nos seus caminhos reprodutivos.*

A partir do explicitado e tendo em vista o objeto proposto, mostrou-se importante explorar as formas como a temática foi abordada, através do levantamento de pesquisas e trabalhos desenvolvidos, ainda na ocasião de formulação do projeto dessa pesquisa. Sendo assim, foram realizadas consultas às bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e também no Banco Nacional de Teses e Dissertações (BNTD), utilizando os descritores expostos no diagrama devidamente apresentado no Apêndice 2.

Os resultados obtidos tornaram possível observar o que vinha sendo discutido sobre o assunto naquele momento e o que se apresentava em relação com o objeto proposto, reforçando a convicção sobre a pertinência sobre de realização da pesquisa.

Cabe ressaltar que meu interesse de abordar esse objeto se justifica também em função de uma experiência pessoal. Sou psicóloga e em período anterior ao meu ingresso no Mestrado Acadêmico da Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, fui residente multiprofissional na mesma instituição, o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Esse momento correspondeu a um período muito particular, relacionado ao contexto de eclosão da epidemia do vírus Zika no Brasil. Uma vez que o IFF se estabeleceu como hospital público terciário de referência para a questão no

estado do Rio de Janeiro, tive a oportunidade de contato com as mulheres, mães de bebês acompanhados no Ambulatório de Zika do Serviço de Doenças Infecciosas Pediátricas do Instituto, contato que foi aprofundado na ocasião de confecção do meu trabalho de conclusão do curso.

O estudo considerou o potencial de emergência e impacto em saúde pública representado pela SCZV naquele momento, assim como as possíveis alterações no curso de expectativas das gestantes, considerando as lembranças e os significados apresentados por essas mulheres após o nascimento de seus filhos<sup>14</sup>.

Esse trabalho tornou possível vislumbrar diversos atravessamentos e transformações que a epidemia produziu na vida daquelas mulheres e de suas famílias. Essa experiência acadêmica me instigou a aprofundar temas que fugiam ao escopo do trabalho proposto na Residência, a partir de novas perspectivas e abordagens. Tal fato se mostrou como um fator significativo para meu desejo de aprofundamento de algumas questões que nortearam essa dissertação.

Diante disso, na presente pesquisa, buscamos compreender como se constroem as decisões reprodutivas de mulheres com filhos e filhas vivendo com a Síndrome Congênita do Zika Vírus, adotando como caminho metodológico a interpretação de sentidos. Tal perspectiva se concentra na compreensão da lógica interna e dos sentidos presentes e emergentes dos corpos analíticos – como palavras, inter-relações, grupos e instituições – em relação ao tema estudado, sendo a interpretação o objetivo do decurso de análise<sup>15</sup>.

Foram ouvidas nove mulheres, com idades entre 22 e 35 anos, residentes da região metropolitana do Rio de Janeiro. As entrevistas ocorreram em

diferentes locais, todos próximos ou nas próprias residências das participantes, assim como em lugares nos arredores de espaços institucionais pelos quais circulavam. Como resultado, três núcleos de sentido emergiram a partir dos depoimentos das entrevistadas, que foram apresentados em três seções do capítulo que apresenta a discussão dos resultados.

O primeiro tópico, “*Eu tenho isso na cabeça. O filho é da mãe*”: mudanças na vida a partir da epidemia do vírus Zika, buscou compreender as possíveis mudanças provocadas pela eclosão da epidemia e a partir do nascimento de seus filhos e filhas, considerando principalmente suas relações com cônjuges, com as esferas de trabalho e familiar.

O segundo tópico, “*Ao mesmo tempo, eu queria e não queria*”: o campo da contracepção e a construção dos caminhos reprodutivos, abordou a relação dessas mulheres com os métodos contraceptivos ao longo de suas vidas – incluindo questões como acesso, pessoas envolvidas nessas escolhas, assim como suas experiências gestacionais e os temas emergentes em seus relatos envolvendo suas vidas sexuais e afetivas.

O terceiro e último tópico, por sua vez, “*Como é que eu vou dar atenção para mais uma criança?*”: escolhas reprodutivas após a epidemia, se dedicou a compreender como essas mulheres, mães de crianças acometidas ou expostas ao vírus Zika, interpretam seus percursos reprodutivos considerando o contexto pós-epidemia.

Por fim, os achados da pesquisa são consolidados nas considerações finais.

## **2. Objetivos**

### 2.1. Objetivo geral

Compreender como se constroem as decisões reprodutivas de mulheres com filhos e filhas vivendo com a Síndrome Congênita do Zika Vírus.

### 2.2. Objetivos específicos

- Investigar as redes de referências e de influências que compõem o campo das decisões reprodutivas.
- Explorar as estratégias de negociação frente aos condicionantes sociais, econômicos e afetivos nas suas decisões reprodutivas.
- Discutir como essas mulheres interpretam suas escolhas reprodutivas após a epidemia.

### 3. Marcos teóricos e conceituais

#### 3.1. O campo das (in)decisões reprodutivas

*“A importância da afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos nas últimas décadas fica evidente quando estes são contrastados ao passado de procriação regida pela vontade de Deus e pela falta de controle das mulheres sobre seus corpos”<sup>16</sup> (p. 235).*

As palavras de Itaboraí<sup>16</sup> se relacionam com o processo recente de legitimação da maternidade enquanto um campo de escolhas. Através dele, o até então suposto destino natural das mulheres, cede espaço para um terreno no qual planejamentos e decisões se mostram possíveis. Assim, como reforça a autora, o controle da fecundidade se mostra como elemento essencial para o exercício de uma maior autonomia das mulheres nas esferas privada e pública.

A construção de ideias acerca da maternidade, sobre a existência de um instinto materno e a afirmação de lugares a serem ocupados pelas mulheres nas sociedades vem sendo transformadas ao longo de um percurso histórico. No entanto, Vieira<sup>17</sup> aponta que questões sociais e a divisão de gênero decorrem da consolidação de concepções acerca de uma determinação biológica a respeito do corpo feminino.

Martins<sup>18</sup> resgata uma parte importante dessa trajetória quando aborda a construção do discurso acerca das diferenças sexuais e raciais com a consolidação do pensamento científico dos séculos XVIII e XIX que reforçava a subordinação feminina, sob as premissas dos saberes biológicos, da observação direta e do racionalismo.

Isso por que, o modelo de conhecimento sobre o corpo humano anterior à Revolução Científica considerava a mulher a partir de sua diferença quando comparada ao homem. Assim, princípios hierárquicos e da homologia sexual regiam a compreensão sobre o corpo feminino como uma versão imperfeita, dotada de órgãos sexuais invertidos, enquanto o corpo masculino, por sua vez, se apresentava como medida e padrão da perfeição humana, justificando as diferenças entre homens e mulheres também na vida social<sup>18</sup>.

Segundo a autora, essa compreensão foi gradativamente sendo substituída pelo modelo das diferenças sexuais, fundamentando uma nova natureza e identidade feminina. De acordo com esse pensamento, uma dicotomia se estabelecia, quando a feminilidade era simbolicamente associada à natureza, enquanto a ciência relacionada ao universo masculino. Ao homem, era creditado o predomínio sobre a mente, sede da razão e faculdade necessária para o exercício de domínio sobre o outro campo<sup>18</sup>.

Neste contexto, a ciência sexual e a ciência racial se estabeleciam a partir dos mesmos princípios, onde sexo e raça eram tomados como categorias biológicas e que justificavam desigualdades sociais e de gênero. Na concepção de Martins<sup>18</sup>, a medicina se afirma como saber que ratifica essa definição, fazendo dessas categorizações um princípio organizador.

De acordo com essa constituição de saberes, a composição biológica feminina legitimava a maternidade como sua função natural. As mulheres eram também mais frágeis e sujeitas aos imperativos da sua natureza sexual, a não ser que seu corpo estivesse submetido “*as funções sociais do casamento, da maternidade e da educação dos filhos*”<sup>18</sup> (p. 41).

As mulheres tornavam-se, assim, bases morais da sociedade e as principais responsáveis pela constituição de uma descendência saudável. Contudo, mesmo que o desempenho desses papéis não fosse condizente com a realidade da maior parcela da população, ao menos no contexto brasileiro, onde muitas tinham que se dedicar também ao trabalho produtivo, recaía sobre a mulher o não cumprimento desse ideal.

Vieira<sup>17</sup> corrobora essa ideia, acerca da consolidação de uma natureza feminina como parte de um conjunto de concepções. Segundo a autora, é através dessas supostas verdades naturais que uma identidade de gênero se constrói nas sociedades e nas culturas, com todas as suas consequências e implicações.

Considerando essa construção, Corrêa<sup>19</sup> aborda a crescente exploração da noção de gênero, termo conduzido para o âmbito das políticas públicas e legitimado através do programa de ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo.

Para a autora, essa se apresenta como forma de compreensão sobre as formas de estruturação da vida social, uma vez que a maneira como cada sociedade ou cultura organiza a experiência da diferença sexual se estabelece como quadro conceitual apropriado para a análise das desigualdades entre homens e mulheres.

Nesse sentido, considerando a noção de gênero como categoria analítica, torna-se possível o reconhecimento de que essas desigualdades são atravessadas e mesmo intensificadas por outras desigualdades, sejam elas de ordem social, econômica, de classe, racial, étnica e de geração. Assim, como afirma Corrêa<sup>19</sup>, as representações culturais do masculino e feminino podem ser

consideradas como uma construção social, simbólica e histórica, contestando concepções essencialistas.

Sobre a questão, Scott<sup>20</sup> assinala que o termo gênero se estabelece como forma de reivindicação pelas feministas contemporâneas sobre o caráter inadequado de explicação sobre as desigualdades persistentes entre mulheres e homens. De acordo com a autora, o conceito permite o reconhecimento das relações de poder, visto que “*as estruturas hierárquicas baseiam-se em compreensões generalizadas da relação pretensamente natural entre o masculino e o feminino*”<sup>20</sup> (p. 26).

Assim, segundo Scott<sup>20</sup> homem e mulher se apresentam como “*categorias vazias e transbordantes*” (p.28), uma vez que não possuem um significado definitivo e transcendente, ao mesmo tempo em que abrangem no seu conteúdo definições alternativas, negadas ou reprimidas, mesmo quando parecem categorias fixadas.

Tendo em vista essas considerações e a maternidade como a expressão maior de uma suposta natureza feminina, Vieira<sup>17</sup> reforça o papel do saber médico, em especial o campo da obstetrícia, como terreno privilegiado para a produção de ideias sobre o corpo da mulher. Assim, apontando para uma transição que levou três séculos para se estabelecer, a autora assinala para a transformação do parto em um evento médico e para a construção de uma atenção à saúde da mulher voltada apenas para a sua função reprodutiva.

Simões Barbosa<sup>21</sup> faz uma ponderação importante quando afirma o papel desempenhado pela autoridade médica no que se refere à esfera das decisões reprodutivas, revelando um campo que, historicamente, demarca o exercício de relações de poder e controle político sobre as mulheres.

De acordo com Vieira<sup>17</sup>, até a década de 1960, as políticas públicas e a atenção à saúde da mulher se concentram no que se refere ao ciclo gravídico puerperal. Bandeira e Pereira de Melo<sup>22</sup> apontam justamente para essa década como um marcador importante para o início das mudanças, no que se refere à construção de uma nova identidade feminina.

Isso por que, as autoras atribuem à pílula anticoncepcional a possibilidade de diferenciação entre os campos da reprodução e da sexualidade para as mulheres, tendo em vista que um deslocamento de sentidos se mostra possível quando a sexualidade se mostra admitida e reconhecida não apenas com fins na reprodução. Para Bandeira e Pereira de Melo<sup>22</sup>, sua introdução causou repercussões importantes, modificando não somente a postura das mulheres no que se refere às suas relações e seus comportamentos, mas também ao produzir discussões nos âmbitos científico, religioso, moral e ético sobre a questão.

Tendo em vista essas contribuições, Itaboraí<sup>16</sup> também destaca o papel exercido pela contracepção moderna na aquisição de autonomia por parte das mulheres. Deste modo, a autora reforça o quanto poder escolher não ter, ter menos filhos ou fazer da maternidade um evento tardio se mostram como uma possibilidade, sendo esse um reflexo das muitas mudanças que puderam ser produzidas no engajamento feminino.

Considerando o contexto brasileiro, Itaboraí<sup>16</sup> aponta, contudo, para a presença significativa de desigualdades de classe, tanto no que se refere ao acesso à contracepção como também em relação as diferentes taxas de redução da fecundidade. Com isso, a autora problematiza as distintas autônomoias a serem exercidas por mulheres pertencentes a diferentes condições sociais.

No que se refere às decisões reprodutivas, Corrêa e Petchesky<sup>23</sup> problematizam sobre a relevância geralmente atribuída aos interesses individuais em discussões a respeito dos direitos nos campos da reprodução e da contracepção. As autoras buscam embasamento na teoria feminista a fim de reforçar uma perspectiva que relaciona os comportamentos sexuais e reprodutivos como contextos diretamente mediados pelo social. Sendo assim, segundo as mesmas, as políticas relacionadas ao fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos se mostram, necessariamente, justapostas com as condições sociais nas quais os sujeitos se encontram inseridos.

Isso por que, Corrêa e Petchesky<sup>23</sup> reforçam que “*o corpo existe em um universo socialmente mediado*” (p. 149), implicado em relações que envolvem parceiros (as) sexuais, filhos e filhas, família e a sociedade como um todo. Nesse sentido, considerando os espaços em que podem exercer e lutar por seus direitos e suas identidades – relacionadas ao gênero, classe, orientação sexual, raça e etnicidade – o terreno das escolhas ditas individuais se evidencia como cercado de restrições.

Assim, esses campos de inserção e essas múltiplas identidades condicionam as decisões das mulheres em algumas direções, afetando o exercício e a busca por seus direitos, assim como suas escolhas, uma vez que família, comunidade e sociedade reforçam muitas vezes normas reprodutivas vigentes, da mesma maneira que contrastes sociais se estabelecem, restringindo ou ampliando os recursos e as possibilidades de decisão das mulheres.

*“Em cada caso concreto, devemos examinar múltiplos fatores sociais, econômicos e culturais envolvidos na tomada de decisão de uma mulher. As decisões das mulheres sobre se desejam ou não levar a cabo uma gravidez são frequentemente tomadas sob pressões (a favor*

*ou em contrário) de mães, sogras, irmãs, outros parentes, vizinhos; às vezes maridos ou parceiros, às vezes não”<sup>23</sup> (p. 157).*

De acordo com as autoras, para que as decisões reprodutivas sejam realmente livres e não se estabeleçam como escolhas impulsionadas pelas circunstâncias nas quais as mulheres se encontram inseridas, condições para que seus direitos sexuais e reprodutivos possam ser devidamente exercidos precisam ser promovidos, como acesso aos serviços de saúde e à educação, assim como a renda, a transporte, entre outros fatores, sendo essa uma base necessária para a autonomia feminina.

Tendo em vista essa perspectiva, a posição defendida por Donath<sup>24</sup> a respeito do assunto também se mostra interessante no que se refere à problematização do campo da reprodução como um território pautado por escolhas. Isso porque, a autora destaca que, da mesma maneira que o determinismo biológico sustentou a maternidade como parte de uma natureza feminina, a modernidade, o capitalismo e as políticas neoliberais se mostram elementos que garantem base à ideia de que tornar-se mãe se relaciona primordialmente com a vontade e as escolhas de uma mulher.

A partir desse cenário, a autora destaca, entretanto, o lugar ocupado pelas mulheres que renunciam deliberadamente a maternidade na sociedade, considerando essa uma forma de exercício de uma suposta autonomia compartilhada. Donath<sup>24</sup> reforça então o embate entre essa posição e as expectativas da sociedade, tendo em vista que as mulheres que assumem não serem mães como escolha tornam-se alvo de julgamentos e expostas a estereótipos negativos. Nesse sentido, ao buscarem realizações somente em outras esferas da vida, afastadas da maternidade, aquelas que optam por esse

caminho são vistas como egoístas, sendo atribuída às suas vidas ausência de significado e potencial.

Diante disso, a autora apresenta essa como uma escolha ilusória, visto que a autonomia e a liberdade a serem exercidas pelas mulheres são perpassadas por desigualdades, coerções, moralidades e outras formas de controle social. Além disso, a expectativa é que essas escolhas sejam também adequadas no que se refere ao número de filhos, reforçando as muitas relações de poder que se encontram envolvidas na experiência de maternidade<sup>24</sup>.

Reforçando aspectos relativos ao uso de métodos contraceptivos pelas mulheres, Leal<sup>25</sup>, por sua vez, considera os modos de significação relacionados à questão. Isso por que, a partir de uma pesquisa empreendida com mulheres de classes populares no sul do Brasil, a autora aponta para a existência de um sistema de representações próprio à cultura popular referido à contracepção, à reprodução, assim como acerca do corpo e de seus fluidos.

Segundo Leal<sup>25</sup>, outros referenciais se estabelecem como mais significativos e como forma de compreensão, pois mesmo que alguns elementos sejam tomados do referencial médico, os mesmos são reestabelecidos e organizados a partir de uma lógica própria.

Desta forma, de acordo com a autora, *“não se trata de produzir mais informação ou veiculá-la por outros canais”*<sup>25</sup> (p. 128). Na concepção de Leal<sup>25</sup>, compreender esses modos de significação singulares a respeito do corpo e da anticoncepção e de todo o sistema que os rege é o que se mostra, na realidade, como ponto fundamental de possíveis articulações.

### 3.2. Direitos reprodutivos e saúde reprodutiva

*“O controle do corpo reivindicado tem, então, múltiplos significados. Expressa uma consciência nova do corpo colonizado por outros – homens, corporação médica, cientistas, por exemplo – representantes da tradição de poder patriarcal. Explicita um desejo por uma igualdade na sexualidade separada da reprodução, livre da ameaça da gravidez indesejada”<sup>26</sup> (p. 84).*

Considerando o século XX e todas as suas transformações, o historiador Eric Hobsbawn<sup>27</sup> situa nos anos de 1960 a 1970 o movimento de retração que pode ser observado no modelo de família nuclear clássico tornado padrão nas sociedades ocidentais nos séculos XIX e XX.

Nesse contexto, o aumento no número de divórcios em países onde se tornou permitido, a diminuição do casamento formal e a redução no desejo de ter filhos se mostraram como traços das mudanças estruturais que ocorriam no interior dos arranjos familiares<sup>27</sup>.

Assim, mesmo que tais tendências claramente não tenham afetado da mesma maneira países com diferentes realidades, profundas transformações sociais se tornaram visíveis. Considerando esse cenário de mudanças, Hobsbawn<sup>27</sup> aponta que as mulheres se configuraram como elementos essenciais de uma verdadeira revolução cultural, visto que as transições observadas na família tradicional encontram nelas uma força importante de expressão.

Isso porque, para o autor, é justamente o ingresso de um maior contingente de mulheres casadas e com filhos no mercado de trabalho, assim como a expansão de sua entrada na educação superior que possibilitam essa conjuntura<sup>27</sup>.

A partir da ocupação de novos espaços, as mulheres se evidenciam como uma força política importante e o reflorescimento dos movimentos feministas nos países ocidentais se situa como expressão dessa transformação nas relações das mulheres dentro e fora das famílias.

Scavone<sup>28</sup>, por sua vez, faz uma leitura sobre esse momento a partir do que compreende como um movimento de transição entre os modelos tradicional e moderno de maternidade. Desta forma, segundo a autora, o ingresso das mulheres em novos espaços e na vida pública, proporcionado pelos processos crescentes de industrialização e urbanização, abre espaço para o fenômeno caracterizado pela possibilidade de escolha reflexiva sobre a experiência de maternidade.

Tal possibilidade decorre de um maior acesso pelas mulheres à educação formal e profissional e, principalmente, pelo advento da contracepção medicalizada. Entretanto, esse fenômeno não se estabeleceu de uma forma homogênea, visto que a maternidade como um fenômeno social é marcada por desigualdades sociais, raciais e de gênero, o que afeta diretamente o exercício dessas possíveis escolhas<sup>28</sup>.

De fato, como Giffin<sup>29</sup> reforça ao abordar o reflorescimento do feminismo nos anos 1960, essas desigualdades se encontravam em pauta, uma vez que o movimento tinha como reivindicação *“a não-hierarquização das especificidades de homens e mulheres”* e a *“igualdade social que reconhece as diferenças”* (p. 104).

Na concepção da autora, a luta por direitos reprodutivos decorre dessas noções, tendo em vista que, diante dos significados relacionados ao masculino e ao feminino na divisão sexual do trabalho e à desvalorização atribuída às

esferas doméstica e reprodutiva, a possibilidade de controle da fecundidade se mostrava como prerrogativa na busca por igualdade social<sup>29</sup>.

Ávila<sup>30</sup> corrobora essa ideia, reforçando que o movimento feminista se mostrou como um espaço para os questionamentos e discussões que iriam produzir a noção de direitos reprodutivos. Para a autora, essa noção estava relacionada com as premissas de igualdade e liberdade no exercício da sexualidade e da reprodução.

A trajetória de construção dos direitos reprodutivos, segundo Corrêa e Ávila<sup>31</sup>, apresenta um traçado importante no que se refere a delimitação deste como um conceito. As autoras destacam como marco inicial dessa trajetória o I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, ocorrido em Amsterdã, no ano de 1984. Isso porque, é nessa ocasião que o termo direitos reprodutivos, criado por feministas norte americanas, começou a ser inserido nas discussões relacionadas à reivindicação de uma autodeterminação reprodutiva a ser exercida pelas mulheres<sup>31</sup>.

Assim, diante de uma restrição nas discussões acerca da contracepção, naquele momento relacionada principalmente a fins controlistas e de planejamento familiar<sup>32</sup>, o termo direitos reprodutivos foi adotado como forma de ampliar esse significado e as possíveis articulações do tema. A sua utilização mostrava-se apropriada principalmente por condensar assuntos bastante extensos e diversificados. Afinal, como afirmam Corrêa e Petchesky<sup>23</sup>, as discussões sobre o tema giravam em torno da afirmação da *“ideia de que as mulheres devem ser particularmente capazes de decidir se, quando e como querem ter seus filhos”* (p. 151).

Nos anos que se seguiram, o conceito permanece sendo debatido pelas feministas, vindo a ser consolidado em 1994 na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, ocorrida no Cairo e promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU). A partir desse marco 184 países passaram a reconhecer os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos<sup>22</sup>.

Desta forma, segundo o Relatório da Conferência<sup>33</sup>, direitos reprodutivos podem ser compreendidos como aqueles que:

*“(...) se baseiam no reconhecido direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual de reprodução. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos”<sup>33</sup> (p. 62).*

Anteriormente, as Conferências Mundiais de Populações usualmente garantiam destaque à preocupação com o binômio população e desenvolvimento, com ênfase no planejamento familiar. Foi na Conferência do Cairo que se observa de forma mais contundente a transição das discussões acerca das políticas populacionais para uma defesa dos direitos humanos, assim como do bem-estar social e da igualdade de gênero, relacionando-os aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos<sup>34</sup>.

Isso porque, como afirmam as autoras, a maior importância situada a partir da Conferência do Cairo se relaciona com uma mudança de foco, em um momento de transição demográfica e de queda generalizada da fecundidade no mundo, do *“problema populacional da perspectiva puramente econômica e ideológica, para colocar questões relativas à reprodução como fazendo parte da pauta mais ampla de direitos”*<sup>34</sup> (p. 4).

De acordo com o mesmo documento, a saúde reprodutiva e a assistência à saúde reprodutiva, são definidas como:

*“(...) um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir quando e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como a outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva”<sup>33</sup> (p. 62).*

Sobre a noção de saúde reprodutiva, Corrêa e Ávila<sup>31</sup> reforçam seu amadurecimento em paralelo com a gradativa legitimação dos direitos reprodutivos. Entretanto, de forma distinta, sua construção não se encontrava vinculada aos movimentos sociais, mas sim relacionada diretamente ao campo institucional, sendo elaborada no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS), durante a segunda metade da década de 1980. Mas, em consonância com a trajetória da consolidação da definição de direitos reprodutivos no âmbito das conferências da ONU, seu surgimento decorre da tentativa de ampliar a perspectiva relacionada ao controle demográfico e ao planejamento familiar.

Em 1995, na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, que ocorreu em Pequim, as perspectivas da Conferência do Cairo foram reforçadas, tendo sido nessa Conferência que os direitos sexuais se tornam reconhecidos, assumindo uma definição internacional legitimada.

De acordo com Corrêa e Ávila<sup>31</sup>, esses direitos possuem um percurso distinto daquele relacionado aos direitos reprodutivos, visto que sua construção decorre dos movimentos gay e lésbico europeus e norte-americanos, em diálogo com alguns segmentos dos movimentos feministas, durante a década de 1990.

Esses foram direitos também discutidos na formulação da plataforma do Cairo. Contudo, não foram incluídos no documento final daquela Conferência. Isso porque, forças conservadoras se posicionaram de forma contrária à sua integração no Programa de ação. Naquele momento, essa foi uma forma de garantir o fortalecimento para a saúde e os direitos reprodutivos<sup>35</sup>.

Assim, foi na Conferência de Pequim que os direitos sexuais foram legitimados, sendo destacados como direitos humanos das mulheres no campo da sexualidade e, posteriormente, ampliados a fim de assegurar os direitos sexuais de todas as pessoas<sup>31</sup>. A partir dessa ideia, sua definição se relacionava com os direitos de decidir ter ou não relações sexuais, de escolher o parceiro ou parceira sexual e de viver a sexualidade para além da reprodução<sup>36</sup>.

No que tange aos documentos internacionais, a temática gênero, foi registrada primeiramente na Conferência do Cairo. Todavia, foi na Conferência de Pequim que uma articulação com o conceito de gênero, de forma mais efetiva, ampliou as temáticas relativas à mulher. Com isso, torna-se possível dizer que:

*“a transformação fundamental em Pequim foi o reconhecimento da necessidade de mudar o foco da mulher para o conceito de gênero, reconhecendo que toda a estrutura da sociedade, e todas as relações entre homens e mulheres dentro dela, tiveram que ser reavaliados. Só por essa fundamental reestruturação da sociedade e suas instituições poderiam as mulheres ter plenos poderes para tomar o seu lugar de direito como parceiros iguais aos dos homens em todos os aspectos da vida. Essa mudança representou uma reafirmação de que os direitos das mulheres são direitos humanos e que a igualdade de gênero era uma questão de interesse universal, beneficiando a todos”<sup>37</sup>.*

Desta forma, como afirmam Corrêa, Jannuzzi e Alves<sup>34</sup>, é também a partir da Conferência de Pequim, que os direitos sexuais e reprodutivos, além de reconhecidos como direitos humanos, são concebidos como interligados diretamente com a promoção de políticas diversas, como de educação, saúde, emprego, entre outras. Nesse processo, os autores apontam o papel desempenhado pelas organizações não-governamentais (ONGs), assim como pelos movimentos feministas e defensores dos direitos humanos.

### 3.2.1. Direitos e saúde reprodutiva no Brasil

Um longo caminho foi traçado no que se refere aos primeiros debates acerca da articulação dos temas população e desenvolvimento e a realização da conferência do Cairo, que trouxe uma noção indiscutivelmente mais ampla sobre a questão reprodutiva<sup>38</sup>.

As discussões sobre crescimento populacional e desenvolvimento econômico se evidenciavam a partir da premissa de ameaça representada pelas altas taxas de natalidade em algumas regiões do mundo e os perigos relacionados com uma possível explosão demográfica.

Considerando esse contexto, foram algumas as tentativas de intervenção direta por países como os Estados Unidos na América Latina, com vistas de implementação de políticas de planejamento familiar que buscavam a redução das taxas de crescimento populacional e a estabilização da população mundial. O Brasil, em 1954, apresentava taxas de crescimento populacional elevadas, em um cenário caracterizado pela redução da mortalidade infantil e por altas taxas de fecundidade<sup>38</sup>.

Barroso e Bruschini<sup>39</sup> partem dessa perspectiva para abordar como a questão do controle da natalidade se estabeleceu no país, a partir de meados da década de 1960, tendo em vista que o cenário político permitiu que o assunto assumisse contornos importantes no que se refere à saúde reprodutiva das mulheres naquele momento.

Isso porque, segundo as autoras, mesmo que o governo brasileiro não tenha desenvolvido um programa oficial relacionado à restrição de crescimento da população, em função das diversas forças oponentes a essa ideia, também não ofereceu resistências e assumiu uma posição que pode ser considerada bastante permissiva em relação à atuação de entidades privadas com esse fim no país.

Essa posição pode ser evidenciada pela chegada da instituição privada Sociedade Civil de Bem-Estar da Familiar no Brasil (BEMFAM), criada em 1965 e financiada pela agência *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), vinculada ao governo dos Estados Unidos. A BEMFAM oferecia serviços gratuitos de planejamento familiar, como a distribuição de pílulas e instalação de clínicas de esterilização, tendo se estabelecido em muitos estados brasileiros<sup>39</sup>.

Assim, foram promovidas em larga escala, principalmente durante o período que abrange as décadas de 1960 e 1970, ações que desrespeitavam a autonomia individual e as reais necessidades das mulheres.

*“Essa ideologia conservadora permeia seu programa educacional, projetado para aumentar a motivação, convencendo os pobres de que a causa de sua pobreza é o grande número de filhos que eles tem. Uma vez que, nesse contexto, as mulheres eram consideradas como irresponsáveis produtoras de bebês, que precisam ser doutrinadas sobre a necessidade de evitar famílias grandes – sem levar em conta o que as próprias mulheres pensam sobre o tamanho desejável de suas famílias – a BEMFAM costumava afirmar que a anticoncepção é dever de todos”<sup>39</sup> (p. 228).*

Considerando a problemática relacionada ao tema do controle da fecundidade e da reprodução, um cenário de transformações gradativas, mas profundas, tornou possível a emergência de novas ideias e a circulação de discursos e que questionam as prerrogativas do crescimento populacional. Foi nesse cenário que a questão dos direitos reprodutivos e o caminho de formulação do conceito se inseriram.

No que se refere ao contexto brasileiro, Ávila<sup>32</sup> reforça que, considerando a configuração dos movimentos feministas da década de 1970 e o regime militar enquanto conjuntura política, as discussões sobre reprodução e sexualidade não se revelaram como a pauta do emergente discurso feminista naquele momento.

Isso por que, segundo a autora, no país, as reivindicações do movimento se mostravam muito relacionadas à luta política por democracia, estabelecidas a partir de alianças com a Igreja Católica e com os partidos de esquerda. Desta forma, apenas em anos finais da década de 1970, temas como reprodução, contracepção, aborto e sexualidade são incluídos de forma mais contundente nas discussões, a partir principalmente da contribuição de mulheres que voltam ao Brasil após a Anistia Política, em 1979 <sup>32</sup>.

Então, novas pautas foram inseridas na elaboração da agenda de direitos reprodutivos no país, afirmando ser necessária autonomia no que se refere, não somente às escolhas reprodutivas, mas ao campo da sexualidade e sobre os corpos. Segundo Ávila<sup>32</sup>, particularmente no contexto brasileiro, podem ser consideradas as reflexões e reivindicações nas áreas da saúde e da reprodução como estreitamente relacionadas com a mobilização pelo fim do regime militar e a busca por direitos.

Considerando a configuração de um campo da saúde da mulher a partir de tais pautas, Ávila<sup>32</sup> aponta para a importância da formulação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism) pelo Ministério da Saúde em 1983, que tem em sua formulação a marca do Movimento Sanitário brasileiro. O Paism trazia ideias feministas em suas bases propositivas, no que se refere a assistência à saúde da mulher, direitos reprodutivos, saúde reprodutiva e sexual, a partir de temas como a contracepção, esterilização, aborto e reprodução.

Assim, o Paism foi o primeiro programa de saúde no Brasil a abordar o planejamento familiar<sup>16</sup>. O programa incorporava pautas dos movimentos feministas sobre o assunto, considerando o tema como parte da assistência à saúde da mulher de forma isenta de uma motivação relacionada ao controle populacional e enfatizando o respeito aos direitos individuais e a necessidade de assistência à mulher de forma integral em suas diversas etapas da vida<sup>40</sup>.

No entanto, apesar da existência de toda uma mobilização por sua implementação e uma busca pelo estabelecimento de direitos formais, Itaboraí<sup>16</sup> reforça que a implantação do Paism se mostrou muito ineficiente e ineficaz. De acordo com Ávila<sup>30</sup>, tais dificuldades evidenciam, acima de tudo, o quanto o movimento de consolidação dos direitos reprodutivos e direitos sexuais refletia as tensões presentes no movimento de construção da democracia brasileira.

Costa<sup>40</sup> faz uma importante ponderação sobre o assunto quando aborda o quanto se mostram necessárias novas reflexões e alterações que restrinjam os limites impostos pelo Estado à vida privada no país. Isso por que, para a autora, enquanto essa deveria ser a postura pertinente em um país laico e democrático, moralidades e preconceitos permanecem se constituindo como impedimentos para o estabelecimento de uma atenção integral de qualidade,

assim como na elaboração e efetivação de políticas de saúde no que se refere às questões relacionadas aos direitos reprodutivos e ao campo da sexualidade<sup>40</sup>.

Por sua vez, Ávila<sup>30</sup> defende que a reprodução e a sexualidade precisam configurar-se como áreas específicas da política geral de saúde pública. Segundo a autora, essas são duas esferas distintas da vida e que precisam ser garantidas em seu exercício de forma autônoma, mesmo se tratando de campos relacionados entre si e perpassados por outras dimensões da vida social.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism), elaborada no ano de 2004, estabelece como premissa a busca por avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com a proposição de implementação de ações de saúde a partir do enfoque de gênero e garantia de direitos humanos para as mulheres<sup>41</sup>.

Desta forma, desenvolve como perspectiva de atenção integral à saúde da mulher *“o atendimento à mulher a partir da percepção ampliada de seu contexto de vida, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas”*<sup>41</sup> (p. 64).

No entanto, em que pese as conquistas de direitos no campo da saúde reprodutiva, observa-se um panorama atual que contrapõe esses avanços. Como afirma Côrrea<sup>35</sup>, observa-se uma reativação de programas e propostas pautados na saúde materno-infantil e no planejamento familiar.

### 3.2.2. O programa de ação do Cairo à luz do cenário atual

Passados vinte cinco anos da Conferência do Cairo, uma reflexão se faz necessária acerca dos possíveis avanços, permanências e retrocessos a partir

do que foi proposto em sua agenda para o campo dos direitos e da saúde reprodutiva.

Afinal, como afirma Corrêa<sup>35</sup>, são as instituições democráticas consolidadas nos anos 1980 e 1990, as mudanças culturais e estruturais profundas estabelecidas nas sociedades, assim como as conferências realizadas ao longo dessas décadas, que possibilitaram a constituição de um território propício para a realização da Conferência do Cairo, sendo esse o resultado de um longo ciclo de ideias, disputas e proposições.

Passados esses anos, mudanças emergiram em um contexto pautado por problemáticas distintas daquelas que possibilitaram as discussões e resoluções de 1994. Corrêa<sup>42</sup> reforça os anos 1990 como um ciclo expansivo e de conexões horizontais entre as dinâmicas societárias. Segundo a autora, esse panorama global foi, entretanto, profundamente modificado com os eventos de 11 de setembro de 2001, nos Estados Unidos e as consequentes invasões no Afeganistão e no Iraque, sendo infringidas abertamente convenções internacionais com base nos direitos humanos<sup>42</sup>.

No que se refere ao contexto brasileiro, demonstra-se interessante ressaltar primeiramente a transição substancial que pôde ser observada no padrão demográfico do país ao longo dos anos. Isso porque, considerando a dinâmica populacional, houve profundas mudanças, a partir da diminuição do ritmo de crescimento da população<sup>38</sup>.

A autora destaca as mudanças ocorridas nas estruturas familiares, uma vez que, no contexto atual, muitas são famílias com apenas um filho ou formada por casais sem filhos. Além disso, o crescimento da esperança de vida ao nascer, assim como o aumento na expectativa de vida, proporcionados

principalmente pelo avanço das novas tecnologias, se constituem como elementos fundamentais desse processo de transição<sup>38</sup>.

Barros, Coutinho e Mendonça<sup>43</sup> corroboram essa afirmação quando reforçam que, enquanto na década de 1960 a população brasileira poderia ser considerada extremamente jovem, em meados de 2010 a população havia envelhecido de forma considerável. Tal tendência em se mantido ao longo dos anos. Sendo assim, se mostram necessários ajustes constantes nas políticas e nos investimentos públicos, para que esses sejam adequados ao novo perfil da população.

Entretanto, Cavenaghi<sup>44</sup> destaca as grandes desigualdades presentes no contexto atual, considerando especialmente a América Latina. Isso porque, mesmo considerando um importante crescimento econômico, assim como o desenvolvimento social da região, países como o Brasil concentram hoje as maiores taxas de desigualdade, fazendo com que sejam grandes as distâncias entre os mais pobres e mais ricos em diversos aspectos.

Sobre o assunto, Bonan<sup>45</sup> reforça os temas da reprodução e da sexualidade como alicerces das relações desiguais e onde diferenciais de poder se estabelecem, sendo perpassadas por marcadores como gênero, raça, classe e origem cultural.

Segundo a autora, considerando o contexto brasileiro, são os movimentos sociais e culturais que assumem o papel de desvelar essas relações, evidenciando os conflitos produzidos pelas instituições ao buscarem modificá-las<sup>45</sup>. Isso porque, são os movimentos feministas, de mulheres negras e pela diversidade sexual, entre outros, que assumem o papel de questionar as

estruturas estabelecidas quando buscam o reconhecimento de seus direitos e de participação na sociedade.

Assim, um maior contingente de sujeitos individuais e coletivos encontram possibilidades de serem representados em suas aspirações e necessidades. Contudo, como Bonan<sup>45</sup> reforça, as articulações e proposições dos movimentos na América Latina são acompanhadas pela ascensão de um projeto neoconservador moral e religioso, cuja construção incorpora novos discursos e conhecimentos biomédicos, tecnológicos, éticos, sociais e também filosóficos, precisando ser, assim, compreendido em suas reais dimensões.

Corrêa<sup>42</sup> corrobora essa ideia quando afirma que *“a paisagem geopolítica contemporânea em que se entrelaçam gênero, sexualidade e poder é, portanto, a de um campo minado, onde é preciso mover-se com muita cautela”* (p. 36). De fato, observam-se hoje muitos entraves para a implementação de resoluções dispostas no programa de ação da Conferência do Cairo e uma série de retrocessos no que se refere às suas conquistas em momentos anteriores.

Segundo a autora, esse movimento pode ser associado aos aparatos institucionais que resistem ao abandono de mecanismos de controle e disciplinamento, sendo esses de ordem instrumental ou moral. Assim, para ela, alguns direitos são privilegiados em detrimentos de outros, enquanto os discursos relacionados aos direitos humanos, principalmente no que se refere a questões como gênero, reprodução e sexualidade, encontram-se cada vez mais envolvidos por lógicas globais e geopolíticas<sup>42</sup>.

De fato, a pauta dos direitos reprodutivos, legado central da Conferência do Cairo, situa-se hoje no cerne de conturbadas discussões, tendo em vista que muitas são as controvérsias nacionais e os debates normativos internacionais

sobre o assunto. Sendo assim, observa-se que no contexto brasileiro, leis e políticas que poderiam ser formuladas ou sustentadas buscando assegurar meios de sua efetivação continuam a ser alvos de procrastinação e relutância por atores estatais<sup>35</sup>.

A autora destaca o papel desempenhado por setores conservadores e por um crescente dogmatismo exercido por grupos religiosos nas perdas concretas sofridas no campo dos direitos reprodutivos, considerando principalmente o âmbito das leis e políticas públicas<sup>35,42</sup>. Assim, tendo em vista o cenário brasileiro atual, onde uma busca por conservação das ordens de gênero e sexualidade se estabelece, são muitos os desafios que se apresentam para as conquistas promovidas pela agenda do Cairo.

### 3.3. A epidemia do vírus Zika e justiça reprodutiva

*“Se considerarmos que os direitos reprodutivos incluem não só o direito de não ter filhos, como também o direito de os ter, vemos mais uma vez as várias desigualdades que se combinam para gerar uma situação em que apenas um grupo de mulheres tem de fato a possibilidade de exercer seus direitos ao escolher ter e criar seus filhos”* <sup>46</sup> (p. 633).

No contexto da epidemia do vírus Zika, em seu momento de eclosão e quando declarada como ESPIN, um aspecto estava no bojo das discussões que se estabeleceram: a estreita relação da epidemia com os direitos e a saúde reprodutiva das mulheres.

Apontando para essa perspectiva, Pitanguy<sup>47</sup> reforça o quanto as mulheres em idade reprodutiva conviveram com o medo e com a apreensão diante das muitas dúvidas a serem ainda esclarecidas a respeito da infecção e suas formas de transmissão. A partir desse cenário, a autora problematiza o quanto o debate acerca das legislações relacionadas ao tema do aborto se mostrava urgente em tais condições, uma vez que esse se configurava como um momento oportuno para a revisão das leis restritivas relacionadas aos direitos reprodutivos no Brasil.

Entre esses direitos, o direito de escolha sobre levar adiante ou não uma gestação deveria estar em pauta, como parte do *“direito à saúde, à autonomia reprodutiva e à sua integridade física e emocional”*<sup>47</sup> (p. 2). Ainda no que se refere ao assunto, a autora atribui responsabilidade ao Estado na garantia de assistência necessária, à mulher e à criança, nos casos em que a opção fosse feita pela continuidade da gravidez.

*“De fato, no debate sobre o aborto é necessário considerar a ponderação de direitos reconhecendo, entretanto, que os direitos do nascituro não se estendem a ponto de eliminarem os direitos fundamentais das mulheres à sua autodeterminação, bem como ao*

respeito à sua saúde, integridade física e emocional e à sua dignidade”<sup>47</sup> (p. 2).

Segundo a autora, os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil, signatário da Conferência do Cairo, se mostravam como um argumento importante na busca por consolidação desses direitos. Ela reforça, entretanto, o papel que as influências moral e religiosa exerceram na discussão, resultando em um movimento oposto no país ao seguido por países que empreenderam mudanças em suas legislações<sup>47</sup>.

Na América Latina, Chile e Colômbia podem ser citados como países onde o tema do aborto foi discutido diante do que foi exposto pela epidemia do vírus Zika. No caso chileno, Perry e Beca<sup>48</sup> abordam as diferentes instâncias que facilitavam o aborto mesmo em países onde a prática se mostrava proibida.

Segundo os autores, o surto do vírus, mesmo não verificado no Chile, encontrou condições de revelar o papel que as ONGs internacionais exerciam no acesso ao aborto, tendo em vista que 442 petições de mulheres pleiteando esse direito foram atendidas em um curto espaço de tempo, a partir da emissão do alerta sobre os riscos da infecção<sup>48</sup>.

A Colômbia, por sua vez, empreendeu mudanças importantes no acesso aos procedimentos diante dos riscos envolvidos na epidemia. Como afirmam Baum *et al*<sup>13</sup>, o país reconheceu na ocasião o direito ao aborto seguro às mulheres infectadas pelo vírus Zika, sob o argumento de risco à saúde, seguindo a recomendação estabelecida pela ONU no que se refere ao assunto.

Ainda no debate sobre o aborto naquele contexto, Rego e Palácios<sup>49</sup> problematizam que a *“hipocrisia com a qual o assunto é tratado no Brasil deve ser abordada, se possível com apoio internacional”* (p. 433). Isso por que, considerando a formulação dos direitos humanos, o direito à saúde, o acesso

aos serviços integrais de saúde sexual e reprodutiva – incluindo a contracepção, o cuidado sobre a saúde materna e também os serviços de abortamento seguro – precisam ser necessariamente tratados como uma atribuição do Estado e efetivamente presentes nas políticas públicas.

Galli e Deslandes<sup>50</sup> reforçam a discussão acerca da relação entre a epidemia do vírus Zika e o direito de interrupção da gestação a partir da consideração sobre a justiça social reprodutiva. Isso por que, o acometimento pelo vírus, em sua maioria, atingiu mulheres em situação de maior vulnerabilidade social e econômica, sendo papel do Estado o controle do vetor, assim como a garantia do direito à saúde.

De acordo com as autoras, o direito das mulheres de interromper ou não uma gestação estava relacionado não somente aos riscos envolvidos em possíveis acometimentos do desenvolvimento fetal acarretados pela infecção pelo vírus Zika, mas principalmente aos riscos representados pela situação de emergência no que concerne à saúde mental das mulheres.

Considerando esse aspecto, Diniz<sup>10</sup> refere-se particularmente à experiência do grupo de mulheres grávidas e infectadas pelo vírus Zika quando algum conhecimento sobre a epidemia circulava, mesmo que a partir de dados ainda incertos. Segundo a autora, essa se fez como uma experiência “*mais torturante*”, uma vez que a impossibilidade de escolha sobre a interrupção da gestação e a inexistência de soluções traziam apenas novas angústias durante o período gestacional. Ela considera esta experiência uma omissão estatal no que se refere aos direitos fundamentais das mulheres<sup>10</sup>.

Ventura e Medina<sup>46</sup>, ao produzirem uma revisão bibliográfica a respeito do tema, abordaram sob a mesma perspectiva o conceito de justiça reprodutiva.

Na concepção das autoras, o mesmo se relaciona com as possibilidades desiguais encontradas por diferentes mulheres no que se refere ao controle da reprodução, tendo em vista que são as mulheres com menos recursos e residentes nas áreas mais carentes que se encontram mais vulneráveis à epidemia. Estas sofreram com a falta de informação e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, aos métodos contraceptivos e ao aborto seguro, mas também no que se refere às restritas possibilidades de negociação desses aspectos com seus parceiros.

Com relação aos direitos reprodutivos, as autoras destacam que a constatação da transmissão sexual do vírus Zika reforçou a exigência de outras respostas por parte do poder público diante da epidemia. Isso por que, acionavam os campos de discussão ético e jurídico, uma vez que os questionamentos postos excediam a capacidade dos serviços de saúde no que dizia respeito ao controle da infecção e suas consequências. Na realidade, se relacionavam com a garantia dos direitos reprodutivos e a premência sobre a livre decisão e autonomia das mulheres sobre o assunto<sup>46</sup>.

Drezett e Gollop<sup>51</sup> trazem um outro aspecto de análise sobre a situação, quando destacam a recomendação preconizada por diversos governos latino-americanos no início da epidemia acerca da necessidade de mulheres evitarem ou adiares seus planos de gravidez até o momento em que esclarecimentos sobre o vírus estivessem disponíveis. Os autores reconhecem a recomendação como *“inócua e inconcebível”*, considerando o alto número de gestações que se evidenciam como não planejadas no contexto da maioria dos países que compõem a região, assim como a acentuada prevalência de abortamentos clandestinos e inseguros.

De acordo com eles, a orientação atribuiu responsabilidade unicamente às mulheres no sentido de evitar uma gravidez diante da situação de emergência, não reconhecendo a oferta reduzida dos métodos anticoncepcionais e a precariedade muitas vezes presentes em suas condições de vida<sup>51</sup>.

Considerando todas as questões levantadas e a interface da epidemia com os direitos e a saúde reprodutiva das mulheres, Galli e Deslandes<sup>50</sup>, Ventura e Medina<sup>46</sup>, assim como Stern<sup>52</sup> recorreram a um argumento que se mostra bastante coerente nesse contexto. Isso porque, as autoras reforçam o conceito de justiça reprodutiva, que se apresenta como via de reflexão sobre as iniquidades que ganharam especial visibilidade com a situação de emergência.

De fato, o conceito de justiça reprodutiva contribui com uma nova perspectiva ao se referir que o “*completo bem-estar físico, mental, espiritual, político, social e econômico de mulheres e meninas*” deva se basear “*na plena realização e proteção dos direitos humanos das mulheres*”<sup>53</sup> (p. 14).

Buscando reforçar a pertinência dessa noção, Morison<sup>54</sup> destaca o quanto as discussões e a formulação de políticas se encontram vinculadas a um ponto de vista restrito dos direitos reprodutivos e como devem ser ainda ampliadas. Isso porque, geralmente, se encontram relacionados à liberdade das mulheres no que concerne às suas escolhas reprodutivas e no seu acesso à contracepção, configurando uma abordagem que reforça a ideia de direitos que podem ser exercidos por indivíduos independentes e com plenas condições de realizarem escolhas quando esses direitos são efetivados.

Desta forma, o fato de uma mulher possuir direitos não necessariamente se alinha com sua capacidade de exercê-los, uma vez que a combinação de marcadores de identidade como idade, religião, sexualidade, raça, classe e

gênero, assim como fatores socioeconômicos, como a falta de acesso à informação adequada, pobreza e inacessibilidade de cuidados médicos, muitas vezes comprometem sua capacidade de tomar decisões e de fazer escolhas de acordo com suas preferências e desejos<sup>54</sup>.

Sob essa perspectiva, para a autora, as mulheres comumente são consideradas como as principais responsáveis por suas escolhas reprodutivas, enquanto desigualdades fundamentais são ignoradas, fazendo dessa uma compreensão pautada por limitações e problemas<sup>54</sup>.

Diante disso, o conceito de justiça reprodutiva se apresenta como uma noção pertinente e instrumental, tendo em vista que o mesmo reforça a conexão existente entre a saúde sexual e reprodutiva e os fatores socioeconômicos e políticos que se relacionam com as diferentes realidades de diferentes mulheres<sup>54</sup>.

Nesse sentido, também Ross<sup>53</sup> destaca que a justiça reprodutiva enfatiza principalmente a desigualdade de oportunidades entre as mulheres no que se refere ao controle do seu destino reprodutivo, uma vez que nem todas possuem oportunidades iguais de acesso a recursos ou voz em decisões políticas. Sob essa perspectiva, essas desigualdades passam a ser entendidas como elementos que não podem ser dissociados dessas condições.

No que concerne à construção do conceito de justiça reprodutiva, Ross<sup>53</sup> refere sua formulação a um grupo de mulheres negras, norte-americanas que criou o termo em 1994, após a Conferência do Cairo. O conceito propõe uma integração entre o que é definido como saúde reprodutiva em relação com justiça social.

Posteriormente, o conceito foi sendo aprimorado a partir de encontros que buscaram justamente dar voz às experiências de mulheres negras nos Estados Unidos. Desta forma, o Coletivo de Saúde Reprodutiva Feminina *SisterSong*, formado no ano de 1997 através de sua militância tem reforçado os direitos humanos como estrutura unificadora e o conceito de justiça reprodutiva como meio de compreensão sobre a capacidade de cada mulher determinar seu destino reprodutivo quando são fornecidas essas condições, não sendo essa simplesmente uma questão de direito, de escolha ou de acesso.

De acordo com Ross<sup>53</sup>, o coletivo, que busca atuar junto aos movimentos sociais e suas lideranças nos Estados Unidos, destaca o quanto a noção de escolha encobre e legitima as formas com que leis, políticas e serviços públicos “*punem ou recompensam a atividade reprodutiva de diferentes grupos de mulheres de forma diferente*” (p. 5), sendo o impacto desigual do aborto nas diferentes camadas sociais do país um argumento importante sobre a questão.

Sendo assim, a autora defende que o conceito de justiça reprodutiva abrange não uma solução universal no que se refere a temas tão profundos, mas se apresenta como uma nova e possível abordagem que almeja unificar essas questões e modificar as desigualdades estruturais a partir de um processo abrangente de transformação<sup>53</sup>.

São muitas as formas de exclusão que as mulheres, especialmente as mulheres negras, experimentam, configurando uma verdadeira opressão reprodutiva. Ross<sup>53</sup> reforça, entretanto, a relação dessas ideias com um contexto específico, tendo em vista que formas distintas estabelecem os direitos em diferentes países.

No que se refere aos meios de enfrentamento da opressão reprodutiva, a autora destaca o papel desempenhado pelo Relatório de Justiça Reprodutiva das Comunidades Asiáticas pela Justiça Reprodutiva. Isso porque, o conceito de justiça reprodutiva foi inserido nesta publicação, redigida no ano de 2005, sendo esse o primeiro documento informativo a considerar o conceito como um argumento principal e fortalecendo, assim, a análise da justiça reprodutiva<sup>53</sup>.

O mesmo concentra sua importância ao analisar os três principais quadros relacionados com a ideia de opressão na reprodução: (1) a saúde reprodutiva, relacionada à prestação de serviços ou a dificuldade de acesso aos mesmos como uma questão central; (2) os direitos reprodutivos, que abordam o regime jurídico a partir da estratégia de contestar legislações ou defender políticas públicas que protejam as escolhas reprodutivas, considerando os contextos sociais que estão inseridas as mulheres e como podem exercer essas escolhas, assim como o acesso aos serviços de saúde, através de um modelo baseado em *advocacy*; e, por fim, (3) a justiça reprodutiva, que se concentra na construção do movimento, através da organização de mulheres e seu fortalecimento no que se refere ao enfrentamento das desigualdades estruturais<sup>53</sup>.

Segundo Ross<sup>53</sup>, esses se mostram como esferas distintas, mas que se forem consideradas articuladas encontram possibilidade de garantir soluções mais abrangentes para as questões que se apresentam, viabilizando a construção de uma agenda da justiça reprodutiva.

## 4. Metodologia

### 4.1. O processo de definição do campo da pesquisa

Da Matta<sup>55</sup>, ao abordar o ofício do etnógrafo, diferencia três fases fundamentais entre as etapas de constituição de uma pesquisa: a primeira, marcada por um contato com o conhecimento exclusivamente teórico; a seguinte de cunho mais prático, que diz respeito ao período que antecede a realização da pesquisa e a entrada no campo e, uma terceira fase, denominada por ele como pessoal ou existencial, que inaugura o momento em que o pesquisador não mais dialoga apenas com a teoria, mas com o conhecimento suscitado pela relação direta com as pessoas, aquelas que configuram seu objeto de estudo.

Sendo assim, “(...) *de modo artesanal e paciente, dependendo essencialmente de humores, temperamentos, fobias e todos os outros ingredientes das pessoas e do contato humano*”<sup>55</sup> (p. 27), o estudo propriamente dito encontra condições de se estabelecer, a partir do encontro entre distintos universos de significação, proporcionado pelo trabalho de campo.

Wright Mills<sup>56</sup>, em consonância com o afirmado por Da Matta, refere-se ao verdadeiro artesanato que se revela com o processo de composição de uma pesquisa, considerando o caminho e os procedimentos que modelam o trabalho de um estudioso. Nesse processo, saber intelectual e experiências pessoais se misturam.

As reflexões dos autores, acerca do processo de desenvolvimento da pesquisa, se mostram pertinentes para o percurso dessa dissertação, uma vez que o caminho seguido não se mostrou linear. Pelo contrário, até o delineamento

de uma proposta final, os chamados por Da Matta<sup>55</sup> “*ingredientes das pessoas e do contato humano*”, assim como questões e entraves institucionais, se mostraram presentes desde as etapas iniciais da pesquisa, principalmente no que se refere às que precederam a definição de um campo de estudo que possibilitasse uma aproximação das mulheres que se buscou ouvir.

Tendo em vista esse percurso, previa-se que a pesquisa fosse desenvolvida em serviço de saúde ou instituição que recebesse crianças com o perfil escolhido, sendo a observação participante nas unidades e as entrevistas semiestruturadas as técnicas para essa execução.

Assim, no que se refere às articulações feitas com esse fim, os contatos iniciais se mostravam bem-sucedidos, se prolongando por outros encontros, mas percalços, de diversas ordens, se apresentaram quando se aproximou o momento de uma entrada efetiva no campo.

Sobre a questão, Vieira<sup>57</sup>, considera que elementos podem se colocar como entraves entre os serviços de saúde e o pesquisador no contexto do campo de um estudo, principalmente quando o pesquisador se mostra estranho naquele meio. Nesse sentido, a observação participante pode suscitar sentimentos de desconfiança.

Também refletindo sobre as relações que envolvem os serviços de saúde e pesquisas, Deslandes e Gomes<sup>58</sup> sinalizam para duas formas distintas, a partir das quais essas relações podem ser pensadas. Uma dessas formas se daria justamente com o entendimento dos serviços de saúde como cenários de pesquisas, espaço em que relações se produzem, baseadas em representações construídas historicamente e na ação dos sujeitos em sua prática cotidiana.

Cabe ressaltar que, apesar das dificuldades que se colocaram nesse percurso, foi através do estabelecimento de uma rede de contatos com gestores de instituições de saúde e educação, pesquisadores e profissionais de saúde que se tornou possível o acesso às participantes do estudo e a configuração do seu desenho.

De fato, foram os caminhos percorridos ao longo da constituição do campo que possibilitaram a formulação do trabalho tal como esse se configurou, sem a intermediação direta ou a partir da autorização de espaços institucionais. Isso se tornou claro quando, na ocasião de visita a uma instituição, tive a oportunidade de estar diretamente em contato e conversar com algumas mulheres, mães de crianças com a SCZV, que se mostraram bastante receptivas à proposta da pesquisa.

Sendo assim, a partir desse encontro, foi possível vislumbrar uma nova possibilidade, de ir aonde as mulheres definissem como o espaço em que falariam comigo sobre suas experiências acerca das decisões reprodutivas. De acordo com a nova proposta, as entrevistas poderiam ocorrer nos lugares que se mostrassem mais confortáveis às participantes, fossem eles locais públicos ou suas casas, de acordo com a escolha individual de cada uma. Sob a minha responsabilidade estavam os contatos, as articulações e deslocamentos necessários para que os encontros com as participantes pudessem ocorrer.

Mesmo que de maneira bastante distinta daquela prevista inicialmente, a proposta se mostrou não somente como uma possibilidade extremamente rica, mas também mais adequada ao trabalho, uma vez que, considerando o objeto da pesquisa, relacionado ao campo das decisões reprodutivas, essas experiências envolviam e ultrapassavam os limites de relações institucionais

relacionados à saúde de seus filhos e filhas e se constituíam como pauta de espaços pessoais privados.

Desta forma, buscando explorar aspectos que compreendiam o manejo de experiências cotidianas dessas mulheres, assim como os diferentes contextos em que tais situações se inseriam, a proposta de um universo de estudo se configurou a partir da possibilidade de ouvi-las nos espaços propostos por elas.

No que se refere aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi cadastrado na plataforma da Vice-direção de pesquisa do IFF (Anexo 2) e, posteriormente, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IFF. O estudo seguiu as normas estabelecidas pela Resolução nº 466/12<sup>59</sup>, assim como a Resolução nº 510/16, que reconhece as especificidades éticas das pesquisas desenvolvidas nas áreas de Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvem a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes<sup>60</sup>.

O trabalho foi aprovado pelo CEP do IFF (Anexo 3), sendo registrado sob o número CAAE 91590218.5.0000.5269, após o aceite de alguns ajustes que foram apontados como necessários com a apreciação. Esses foram principalmente relacionados com a forma de articulação do campo e com a inexistência de uma instituição que mediasse os contatos com as participantes.

Tendo em vista o objeto proposto pelo estudo, definido a partir dos sentidos construídos por mulheres com filhos e filhas vivendo com a SCZV no campo das decisões reprodutivas, a abordagem qualitativa se fez como a mais adequada, uma vez que pode ser definida como aquela que se estabelece *“atenta com sua dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças,*

*valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas”*<sup>61</sup> (p. 2).

No que se refere às pesquisas nas áreas de ciências sociais e humanas, Guerriero e Minayo<sup>62</sup> destacam as dificuldades encontradas por pesquisadores na aprovação de seus estudos pelos Comitês de Ética em Pesquisa, pois mesmo nas situações em que os projetos não apresentam problemas éticos, as resoluções que geralmente sustentam as apreciações consideram essencialmente as pesquisas biomédicas, não dialogando com as demais tradições de pesquisa.

Assim, na percepção das autoras, tal fato apenas reforça o desconhecimento que envolve as metodologias qualitativas e seu extenso leque de teorias e técnicas. Considerando esse contexto, pesquisadores e interlocutores se mostram como atores ativos do processo, visto que, usualmente, o conhecimento das ciências sociais e humanas não é gerado a priori, mas sim em intersubjetividade, não podendo, assim, ser previsto em sua totalidade através de um protocolo de pesquisa<sup>62</sup>.

No que se refere a essa dissertação, todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, a partir do consentimento das participantes. Isso porque, após a apresentação dos objetivos da pesquisa, do compromisso assumido pela investigadora em garantir a confidencialidade e o sigilo das informações através de seu anonimato e de seu filho, assim como sobre o caráter voluntário do estudo, as mesmas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), constando todas as informações necessárias para que pudessem fazer suas escolhas de participar ou não da pesquisa em questão.

#### 4.2. Construção dos dados: técnicas e instrumentos

Diante da mudança da proposta para o trabalho de campo, as ferramentas do estudo também precisaram ser adaptadas à nova realidade. Afinal, a ideia de construção de um diário de campo a partir da observação participante se mostrava coerente quando relacionada ao acompanhamento da rotina de uma instituição e, principalmente, explorando o processo de aproximação e interação com as mulheres, mães de crianças com a SCZV.

Como afirmam Caprara e Landim<sup>63</sup>, a etnografia caracteriza-se como atividade de pesquisa que se estabelece através do contato direto com o objeto de estudo, traduzido na experiência do investigador em convívio com o grupo que busca conhecer por prolongados períodos de tempo. Nesse contexto, a observação participante se apresenta como técnica privilegiada, enquanto o diário de campo, por sua vez, como instrumento fundamental de registro para o pesquisador sobre os encontros, processos e imersões no campo.

Desta forma, na observação, uma relação social entre investigador e participantes da pesquisa pode ser pressuposta, sendo esse o subsídio para a construção de um registro pessoal, detalhado e pautado justamente nessas experiências, sentimentos e percepções, elementos suscitados pelo trabalho de campo. Tais informações se complementam, no processo de análise, com os dados coletados através de outras técnicas, como por exemplo as entrevistas<sup>63</sup>.

Considerando o trabalho exposto nessa dissertação, inicialmente, as ocasiões que viriam a anteceder a realização do convite para a etapa das entrevistas e mesmo o fluxo institucional do espaço escolhido se estabeleciam como os contextos privilegiados para a realização da observação proposta.

Contudo, as mudanças no projeto, relacionadas à configuração do campo de estudo, fizeram com que os instrumentos propostos para sua realização também fossem revistos.

Nesse sentido, a construção dos dados foi mantida através da realização de entrevistas, no formato semiestruturado, combinando perguntas fechadas e abertas<sup>64</sup>, a partir de um roteiro temático previamente delimitado (Apêndice 1).

Segundo Gaskell<sup>65</sup>, a entrevista possibilita o mapeamento e a compreensão sobre o mundo e a vida de seus respondentes, uma vez que seu objetivo se concentra justamente na compreensão detalhada de crenças, atitudes, valores e motivações em contextos sociais específicos. O autor afirma a possibilidade de acúmulo de informações obtida por um conjunto de entrevistas como forma fundamental de compreensão do mundo dos entrevistados.

Aliado às entrevistas no formato semiestruturado, um outro instrumento se estabeleceu como meio de produzir e sistematizar as reflexões da pesquisadora no desenvolvimento do estudo, buscando promover principalmente um diálogo com as entrevistas realizadas.

Sendo assim, de acordo com essa nova proposta, os contatos e as negociações que antecediam os encontros presenciais, assim como os trajetos, deslocamentos, espaços e todos os pormenores que correspondiam ao dia de realização das entrevistas constituíram um novo instrumento, tornando-se esses registros notas de inspiração etnográfica sobre o trabalho de campo. Com isso, um material relevante para o estudo pôde ser construído de acordo com essa proposta.

As notas de inspiração etnográfica se basearam em escritos pessoais e observações sobre as etapas de construção da pesquisa, interações e relações

desenvolvidas com as participantes do estudo, assim como impressões e sentimentos suscitados nesse percurso.

Considerando esse conteúdo, o instrumento viabilizou também reflexões importantes acerca de ajustes necessários ainda na etapa de coleta de dados da pesquisa, uma vez que somente no contato direto com as entrevistadas, a configuração final do roteiro de entrevistas, a adaptação de alguns termos utilizados e mesmo adequações no perfil proposto para as participantes se mostraram como pontos necessários.

No que se refere ao desenvolvimento e aplicação dos métodos qualitativos em pesquisa, Caprara e Landim<sup>63</sup>, analisando o uso crescente do método etnográfico nas pesquisas em saúde, afirmam o quanto a análise dos dados em estudos que seguem essa orientação não se estabelecem apenas a partir de categorias pré-definidas, mas encontram base também em elementos que se mostram presentes durante o trabalho de campo e a coleta dos dados.

#### 4.3. O processo de escolha das participantes do estudo

As participantes do estudo foram mulheres com filhos e filhas acometidos pelo espectro da SCZV ou expostos ao vírus, estando em situação de investigação e acompanhamento médico relacionado com o quadro. No que se refere aos critérios de inclusão, foram convidadas as mulheres que durante o período da coleta de dados tivessem acima de dezoito anos.

Tendo em vista a questão motivadora dessa pesquisa, compreender todas essas situações se revelou como uma necessidade, visto que muitos bebês expostos ao vírus durante a gestação apresentaram sintomas

relacionados com a infecção após o nascimento, mesmo que de forma mais tardia.

Isso porque, em estudo recente, Moreira *et al*<sup>66</sup> destacam o percentual de crianças que, em acompanhamento regular após a exposição ao vírus no período gestacional, apresentaram atrasos no desenvolvimento neurológico, visão e audição somente ao longo do processo de neurodesenvolvimento, considerando os primeiros dezoito meses de vida.

Além disso, considerando o período de realização das entrevistas, outra questão se mostrou bastante relevante no que se refere à escolha das participantes do estudo. Isso porque, com o passar de mais de dois anos da situação de emergência provocada pelo vírus Zika, uma nova gravidez ou o nascimento de um outro filho se fazia como uma possibilidade para essas mulheres.

Sendo assim, foi considerado entrevistar mulheres grávidas ou que tivessem engravidado após o nascimento da criança afetada pelo vírus Zika. Assim, dentre as dezesseis mulheres contatadas via *WhatsApp*, quatro se apresentavam com esse perfil. Uma estava grávida no momento de coleta dos dados, enquanto as outras três já tinham outros filhos após a nascimento da criança exposta ao vírus.

Desta forma, entre os quatro contatos realizados buscando mulheres que tivessem vivido uma gravidez após aquela da criança com a SCZV, apenas duas possíveis participantes se mostraram disponíveis para a proposta e marcação dos encontros presenciais. Uma entre elas, no entanto, apresentou horários que se mostravam muito restritos naquele momento, por motivos de trabalho e também por seu filho, a criança com a SCZV, estar internado na ocasião. Tal

fato dificultou possíveis combinações de data e horário. Sendo assim, admitindo esse perfil buscado, foi realizada a entrevista com apenas uma entre essas mulheres.

Cabe ressaltar, entretanto, que a partir do desenvolvimento do trabalho de campo, se mostrou posteriormente interessante excluir mulheres que estivessem grávidas na ocasião. Isso porque, considerando o período complexo e notadamente dotado de maior sensibilidade e particularidades no psiquismo da mulher que configurava a gravidez, a delicadeza de alguns assuntos tratados nas entrevistas fizeram com que esse se tornasse um critério de exclusão para o estudo, mesmo que isso não estivesse previsto em seu desenho inicial.

Assim, considerando toda a pesquisa, foram realizadas um total de nove entrevistas. O número de participantes foi definido por inclusão progressiva e não a priori, seguindo o critério de saturação para a conclusão da coleta dos dados. Isso por que, como afirma Deslandes<sup>67</sup> *“o universo em questão não são os sujeitos em si, mas as suas representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes”* (p. 44). De fato, a amostra de uma pesquisa qualitativa se encontra relacionada à dimensão do objeto e articulada com a escolha dos grupos a serem entrevistados.

Segundo Gomes *et al*<sup>15</sup>, o trabalho de campo se encontra esgotado somente quando o material construído e recolhido apresenta ideias vinculadas às questões pesquisadas que começam a se repetir, constituindo uma base suficiente para o processo de análise e para a sugestão de novas conclusões.

No que se refere ao critério de saturação dos dados, Minayo<sup>61</sup> considera toda a problemática envolvida em seu uso no campo das pesquisas qualitativas, uma vez que o *“número de pessoas é menos importante do que o empenho de*

*enxergar todas as possibilidades de se aproximar do objeto empiricamente, prestando-se atenção a todas as suas dimensões e interconexões”*<sup>61</sup> (p. 8).

Sendo assim, a autora reforça a particularidade do que é provocado pela presença do pesquisador, a partir de seus próprios estranhamentos, indagações, assim como pela intersubjetividade gerada nas experiências vividas no campo de estudo.

Nesse sentido, a autora reforça a produção de um conhecimento empírico para além do que a aplicação dos instrumentos permite, fazendo da amostra qualitativa ideal *“aquela que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo”*<sup>61</sup> (p. 10).

Gaskell<sup>65</sup> reforça esse ponto de vista quando afirma que a quantidade de informações obtidas em uma pesquisa qualitativa não se relaciona com o número de entrevistas realizadas, tendo em vista que essa compreensão não pode ser obtida através de uma quantidade, mas sim no que possibilita descobrir a variedade de pontos de vista no assunto em questão e na compreensão mais detalhada do problema proposto.

#### 4.4. Análise e interpretação dos dados

O caminho de análise do material empírico construído a partir das notas de inspiração etnográfica e das entrevistas semiestruturadas, foi proposto a partir da interpretação de sentidos, tal como delimitada por Gomes *et al*<sup>15</sup>, método orientado pela concepção da hermenêutica dialética.

De acordo com Caprara<sup>68</sup>, a tradição hermenêutica considera a cultura, entendida como o conjunto de ideias, regras e comportamentos compartilhados de um grupo, como produtora de estruturas simbólicas que se relacionam diretamente com o processo experiencial de cada indivíduo.

Assim, tendo em vista essa perspectiva, a hermenêutica dialética se estabelece buscando compreender essas estruturas e seus significados, tomando como base a relação estabelecida entre interpretante e interpretado no processo de pesquisa. Nesse sentido, o pesquisador assume um papel importante quando se consideram suas escolhas e sua influência nesse processo, baseado em interpretações e reinterpretações.

A exemplo do que Ferreira e Dias<sup>69</sup> reforçam como o processo de produção de sentidos durante a leitura de textos, a interpretação se estabelece como um ponto mais profundo na compreensão de significados. A inferência, por sua vez, é o que permite ao leitor atribuir coerência ao texto e chegar a sua interpretação. Nesse processo, seu papel é ativo, visto que suas experiências prévias e valores se mostram como parte da construção de novos conhecimentos.

Dessa forma, a leitura se compõe não apenas pelo texto proposto pelo autor, mas também pelo que essa escrita tem a dizer a esse leitor em particular, que o interpreta em sua singularidade e a partir de uma circunscrição de sentidos possíveis dados pelo texto<sup>69</sup>.

Segundo Gomes *et al*<sup>15</sup>, a interpretação de sentidos se apresenta como caminho possível para a análise de significados, buscando o sentido de falas e ações para além da simples descrição. Seu interesse se concentra na busca por uma compreensão da lógica interna e dos sentidos presentes entre “*palavras*,

*ações, conjunto de inter-relações, grupos, instituições, conjunturas, dentre outros corpos analíticos”* (p. 202) em relação ao tema estudado, sendo a interpretação o objetivo do decurso de análise.

Propondo um percurso de etapas para a realização da proposta, Gomes *et al*<sup>15</sup> consideram, no entanto, que estas não se estabelecem como um processo sequencial, tratando-se de etapas que, na realidade, se conjugam ao longo da interpretação dos dados. São eixos comuns que norteiam a organização dos dados e sua posterior análise.

A primeira etapa se desenvolve em momento anterior e posterior à montagem das estruturas de análise, compreendendo a leitura compreensiva do material selecionado. Busca-se, assim, uma visão de conjunto e sobre as particularidades presentes nesse material, a partir da perspectiva dos atores, inseridos em seu tempo e em suas próprias circunstâncias<sup>15</sup>.

Sendo assim, essa primeira etapa se estabeleceu a partir da organização dos instrumentos e seus conteúdos para a interpretação e análise interna. No caso da presente pesquisa, esses materiais consistiram nas transcrições das entrevistas semiestruturadas realizadas e nas notas de inspiração etnográfica.

Para facilitar esse processo, foi construída uma tabela com os dados principais colhidos nas entrevistas, relacionados ao perfil socioeconômico e com relação aos principais assuntos abordados durante os encontros com as participantes. Seguindo esse caminho, as notas de inspiração etnográfica puderam contextualizar o campo de pesquisa e a relação estabelecida com as entrevistadas, cabendo a esse instrumento um papel complementar às entrevistas.

Consistindo em uma etapa de construção de inferências, a segunda etapa se apresentou como o momento onde perguntas foram organizadas no sentido aprofundar os dados, buscando a identificação das noções e sentidos implícitos em cada uma das partes da estrutura de análise<sup>15</sup>.

Foram identificadas, assim, as noções gerais que emergiram a partir das entrevistas semiestruturadas, sendo elaboradas perguntas a fim de aprofundá-las. Buscou-se, assim, o diálogo entre a leitura compreensiva realizada na primeira etapa do processo de análise e os conceitos e referenciais teóricos adotados pela pesquisa.

Após esse exercício, foram observados os conteúdos principais e coincidentes que evidenciaram com a coleta dos dados, sendo identificadas os núcleos de sentido. Assim, a partir das respostas às perguntas, a organização de um quadro mais sintético acerca das temáticas e eixos orientadores da interpretação foram estabelecidos<sup>15</sup>.

De acordo com Gomes *et al*<sup>15</sup>, enquanto a segunda etapa quebra e divide essa interpretação, através das indagações e comparações realizadas a fim de aprofundar os dados, a terceira etapa se estabelece buscando um movimento de síntese, a partir da construção de possíveis significados.

Desta forma, a terceira etapa se mostra como o ápice da interpretação, sendo estabelecido o movimento de reinterpretação pelo pesquisador. Nessa etapa, sentidos mais amplos se articulam aos modelos subjacentes às ideias, sendo promovido o diálogo entre dimensão teórica e dados empíricos, ao mesmo tempo em que as escolhas e experiências do pesquisador são consideradas nesse fluxo.

Com isso, a construção de significados e sentidos se mostra possível, considerando não somente o que está sendo representado, mas os conflitos inerentes ao processo de interpretação, visto que, a partir de um movimento dialético, *“realiza-se, na realidade, uma reinterpretação, ou seja, uma interpretação das interpretações”*<sup>15</sup> (p. 207).

## 5. Caminhos percorridos pelo estudo

5.1. Do projeto à execução do campo: encontros, desencontros, distâncias e possibilidades.

Entre 19 de julho e 31 de outubro de 2018, período estipulado para a coleta de dados junto ao CEP do IFF, foram contatadas dezesseis mulheres, possíveis participantes da pesquisa.

Esses contatos foram obtidos principalmente através da rede de relações já existente das orientadoras, proveniente de outras pesquisas, assim como, em proporção menor, através de referências indicadas por outras profissionais de saúde envolvidas ou à frente de projetos de pesquisa relacionados à SCZV desenvolvidos no próprio IFF.

Dessas mulheres, entrevistei nove delas, em diferentes locais, todos próximos ou em suas próprias residências, assim como em lugares nos arredores de espaços institucionais pelos quais circulavam, de acordo com a proposta de priorizar aqueles escolhidos por elas.

Os convites feitos às possíveis participantes, por sua vez, ocorreram utilizando o aplicativo *WhatsApp Messenger* como recurso. O mesmo se configura como meio de troca mensagens instantâneas via Internet, possibilitando a comunicação através de mensagens de texto e também de voz, assim como o envio de uma grande variedade de mídias, como fotos, vídeos e documentos<sup>70</sup>.

Nesse espaço virtual, os objetivos da pesquisa eram expostos, sendo questionado o interesse ou não de participação na mesma. Em caso afirmativo,

o encontro presencial para a realização da entrevista era também mediado através do aplicativo de mensagens.

Frossard e Dias<sup>71</sup>, caracterizam como um novo e amplo fenômeno de saúde a utilização da internet e suas ferramentas de interação por parte dos pacientes, seus familiares e cuidadores. Isso porque, segundo as autoras, ao permitir a comunicação entre pares e a circulação de conhecimentos, os grupos de discussão e apoio que se estabelecem nesses espaços se mostram como importantes meios que viabilizam não somente a troca de experiências e a disseminação de informações, mas que também permitem a comunicação e o estabelecimento de relações que excluem a necessidade de uma intermediação profissional.

Assim, através dos mecanismos proporcionados por essas redes de interação, novos lugares passam a ser ocupados, fazendo desses canais ferramentas fundamentais para o compartilhamento e a expressão de suas demandas<sup>71</sup>.

De fato, no que se refere particularmente às repercussões da epidemia do vírus Zika, os grupos mantidos através do aplicativo *WhatsApp Messenger*, assim como através de redes sociais como o *Facebook*, se constituíram como importantes meios de troca, compartilhamento e de mobilização por acesso à assistência e direitos. Esses se configuraram como importantes recursos diante de um panorama que se mostrava inicialmente pautado pelo desconhecimento e por muitas incertezas, inclusive para os profissionais de saúde.

Assim, como bem afirmam Parry Scott e seus colaboradores sobre o assunto, “*nos bastidores deste processo de emergência, algumas mães de filhos com microcefalia, diante de inúmeras incertezas, se conheceram, se*

*reconheceram e se uniram por meio do aplicativo de mensagens de texto (...)*<sup>72</sup>  
(p. 82, 83).

Diante disso, considerando esse cenário, o aplicativo *WhatsApp Messenger* se mostrou como forma mais interessante para um primeiro contato com as possíveis participantes, tendo em vista que muito provavelmente essa se tratava de uma ferramenta a qual elas já eram afeitas.

Além disso, a escolha tratou-se de uma opção pessoal, pois assim eu me sentia mais confortável para acioná-las, principalmente porque acreditei que esse posicionamento também as deixaria mais à vontade para responderem se, o que e quando quisessem, de forma diferente de uma ligação através do telefone.

Apenas um único contato ocorreu dessa maneira, pois a participante havia trocado o número de celular em período próximo, restando apenas um telefone fixo como possibilidade de realização do convite para integrar a pesquisa. No entanto, todas as conversas posteriores, inclusive para agendar o encontro presencial, ocorreram via aplicativo.

Foi muito interessante perceber como, em sua maioria, elas se mostravam muito disponíveis para me receber ou me encontrar em um primeiro contato. Entre as dezesseis mulheres contatadas, apenas duas mulheres não responderam as mensagens, enquanto outras quatro mulheres responderam, mas não se mostraram disponíveis para combinar um encontro pessoalmente. Nessas situações, algumas evitaram contatos posteriores, deixando de responder as mensagens, enquanto outras não retomavam o contato informando uma possível data para a entrevista acontecer, conforme combinado anteriormente.

Uma entre as entrevistas realizadas ocorreu a partir de um processo distinto daquele que se configurou com as demais participantes. Isso porque, o convite para a integrar o estudo ocorreu através da intermediação de outras duas entrevistadas. Nessa situação, as três entrevistas individuais ocorreram todas em uma mesma ocasião, na residência de uma das participantes.

Apesar de uma receptividade percebida por mim nesta etapa dos primeiros contatos, a combinação dos encontros presenciais não aconteceu de uma forma simples ou sem obstáculos. Isso porque, foram comuns, ao longo das negociações e conversas para que as entrevistas pudessem acontecer, o que compreendi como provas, de verdadeiro interesse ou mesmo de merecimento, para que os encontros pudessem acontecer.

Nesse sentido, foram alguns os “esquecimentos” das mulheres sobre os encontros, sendo necessário novos agendamentos; a espera por outros compromissos que antecederiam as entrevistas e que certas vezes duravam muitas horas; as mudanças de horário ou imprevistos que surgiam de última hora diante de uma tentativa de confirmação e o tempo contado que, naquele dia, se mostrava disponível para a realização da entrevista agendada.

Entre esses elementos, o lugar ocupado pela presença das crianças se mostrou particularmente importante. Afinal, foram muitas as situações em que as mulheres notavelmente buscavam estar junto de seus filhos nos encontros, para além das necessidades de cuidado, como certa tentativa de interdição, diante de assuntos que, em um momento anterior, foram reforçados como relacionados às suas vidas e intimidade. Da mesma forma, outras mulheres optavam, de início, pela ausência do filho no momento da entrevista, que permanecia sob o olhar de outra pessoa, talvez justamente para que esses

temas pudessem emergir e serem abordados sem interrupções ou constrangimentos.

## 5.2. Particularidades do campo e caracterização das entrevistadas

Como destacado anteriormente, a pesquisa compreendeu um total de nove participantes, com idades entre 22 e 35 anos, residentes da região metropolitana do Rio de Janeiro. Quatro entre elas residiam em bairros da cidade do Rio de Janeiro, enquanto cinco residiam em municípios adjacentes: duas entrevistadas em São João de Meriti, uma em Belford Roxo, uma no município de Magé e uma em Nova Iguaçu.

No que se refere à realização dos encontros presenciais, fui aos locais nos quais as participantes se mostraram dispostas a me receber. Em duas situações, o oferecido foram os dias de consulta de seus filhos e filhas no IFF. Nesses casos, considerando a proposta de que as entrevistas acontecessem sempre fora de espaços institucionais, mostrou-se necessário o deslocamento para locais públicos nas proximidades do instituto (uma lanchonete de uma loja de conveniência em um posto de gasolina), o que era devidamente explicado nas conversas prévias feitas através do aplicativo *WhatsApp*. As entrevistas nessas situações eram sempre acompanhadas de um café ou lanche, sendo frequente o curioso olhar dos profissionais da instituição que circulavam pelo local.

Cabe ressaltar que, a comida, em particular, se mostrou em muitos momentos como um recurso importante de reciprocidade e mediação durante os encontros. Considero, nesse contexto, o lanche preparado para me receber na

casa das participantes, ocasiões em que eu também sempre levava algo; os cafés quando as entrevistas aconteciam em lugares públicos; assim como as situações onde havia uma recusa a essa oferta, geralmente ocorridas quando era percebido um sentimento de maior preocupação com os temas que seriam abordados antes da realização das entrevistas.

Nas ocasiões em que algum desconforto era percebido, outro recurso também se mostrou importante durante os encontros: as tentativas de me colocar e me apresentar mais pessoalmente. Essa ferramenta foi utilizada com intencionalidade e preocupação ética, buscando tornar mais confortável o encontro e a abordagem das temáticas trabalhadas. De fato, esse componente pareceu, em muitos momentos, facilitar o estabelecimento de uma certa confiança entre nós, tendo em vista principalmente as questões que seriam abordadas ao longo das entrevistas.

Campos, Moreira e Nascimento<sup>73</sup> ressaltam o papel do pesquisador, seus próprios interesses e características pessoais, assim como sua interação com o pesquisado e mesmo os espaços em que as pesquisas se desenvolvem como elementos importantes e que precisam ser considerados no processo de produção do conhecimento.

Tendo em vista essa ideia, no que se refere aos espaços escolhidos para a realização dos encontros presenciais, além dos dois ocorridos nas proximidades do IFF, outras três entrevistas aconteceram também em lugares públicos – um café e uma praça de alimentação de shopping e a biblioteca de uma faculdade, na qual uma participante era aluna.

Os encontros que aconteceram nas residências das entrevistadas foram quatro: um ocorreu na residência da participante, enquanto as outras três

entrevistas ocorreram na casa de uma delas, em um mesmo dia. O vínculo entre elas se estabeleceu após o nascimento dos seus filhos e, por morarem perto umas das outras e serem bastante próximas, se articularam para que o encontro acontecesse no mesmo dia e local.

De fato, no que se refere à epidemia do vírus Zika, as redes de compartilhamento de experiências e de apoio que se estabeleceram entre as mulheres, mães de crianças com a SCZV, se constituíram como um elemento importante de enfrentamento das dificuldades impostas. Nesse sentido, um protagonismo feminino pôde se revelar diante da situação, evidenciado principalmente na organização das Associações que se estabeleceram na busca de garantia de direitos dessas crianças.

Parry Scott *et al*<sup>72</sup> reforçam essa ideia quando afirmam que, com a epidemia de Zika, as experiências compartilhadas viabilizaram a construção de espaços de sociabilidade por essas mulheres, mães de crianças afetadas pela SCZV.

Sobre as associações, Frossard e Dias<sup>71</sup> as definem não somente como espaços de organização de demandas dos pacientes e seus familiares no que se refere ao cuidado, prestação de apoio e informação, mas também como instrumentos que almejam dar visibilidade à doença e que mobilizam a sociedade e o Estado no desenvolvimento de políticas de assistência e de promoção de direitos.

Ainda no que se refere ao encontro com as participantes, cabe ressaltar que foram as primeiras experiências no campo de estudo que evidenciaram a necessidade de algumas modificações, principalmente no que se refere à condução das entrevistas. Um exemplo foi quando percebi no contato com as

primeiras entrevistadas certo incômodo ao ouvir a designação “Síndrome Congênita do Zika Vírus” como relacionada a seus filhos. Isso aconteceu durante a leitura do TCLE e, considerando esse desconforto, resolvi perguntar a elas o motivo.

Elas disseram então não saber até aquele momento o diagnóstico de seus filhos, reforçando a ausência de um “laudo” ou documento que constasse essa informação, mesmo com o acompanhamento das crianças por diferentes serviços de saúde. Nesse sentido, as participantes abordaram a não existência de um retorno sobre as pesquisas e exames realizados.

Assim, a partir dessas conversas iniciais, pude depreender o quanto esse incômodo percebido não se referia somente a tudo o que uma possível síndrome e sua designação poderiam representar no que se refere ao desenvolvimento de seus filhos e filhas, mas também o quanto o termo se relacionava diretamente com toda uma história da própria doença que os acometia, pautada por um desconhecimento inicial, desencontros e com uma construção muito recente e ainda sendo estabelecida.

Diante disso, essas mulheres, mães de crianças com a SCZV ou com alterações no desenvolvimento possivelmente relacionadas com o vírus Zika, pareciam encontrar uma maior identificação com a utilização da denominação microcefalia para identificar as questões apresentadas por seus filhos. Assim considerando o evidenciado nos primeiros encontros, fiz a opção de suprimir o termo nas entrevistas posteriores, me referindo principalmente à microcefalia, a fim de evitar esse desconforto – desconforto que muito provavelmente também tenha sido meu ao perceber esses significados.

De fato, oito entre as nove crianças, filhos e filhas das mulheres entrevistadas, apresentavam o diagnóstico de microcefalia, considerando os sintomas relacionados ao espectro pertencente à SCZV. Cabe ressaltar, entretanto, que o TCLE foi mantido tal como aprovado pelo CEP, sendo apenas manejado dessa forma junto aos outros elementos presentes na descrição, uma vez que essa se mostrava como uma marca identitária que unia a maior parte desse grupo.

As crianças que nasceram dessas gestações se encontravam entre dois anos e sete meses e um ano e nove meses na ocasião da entrevista, sendo sete entre elas do sexo masculino e duas do sexo feminino. Essa foi a primeira gravidez de apenas duas participantes e o primeiro filho de três entre elas. Além disso, quatro entre as gestações foram planejadas, de acordo com as entrevistadas.

Dentre as nove mulheres, quatro tiveram perdas gestacionais anteriores às gravidezes das crianças afetadas pelo vírus Zika. Cabe salientar que duas delas relataram que as perdas gestacionais ocorreram em um período anterior muito próximo à gravidez da criança com SCZV. Uma entre as participantes interrompeu uma gestação, mas em momento muito distante à eclosão da epidemia.

Quanto ao uso de métodos contraceptivos, oito das entrevistadas disseram ter feito uso de anticoncepcional (oral e injetável) em algum momento da vida.

Em relação à escolaridade, três entre as participantes da pesquisa possuem o ensino médio incompleto, três o ensino médio completo e as outras três o ensino superior incompleto. Apenas uma dentre as nove relatou estar

trabalhando naquele momento, mas em um horário bastante reduzido, com uma carga diária de quatro horas.

Todas as entrevistadas reforçaram em seus depoimentos que trabalhavam antes e, algumas, durante a gravidez. Contudo, sete delas precisaram se afastar dos trabalhos com o nascimento e as necessidades de cuidado com a criança, o que representou uma mudança significativa na renda familiar.

Cabe reforçar que o benefício concedido à criança foi apontado como insuficiente pelas oito mulheres que o recebiam, tendo em vista os gastos necessários com o cuidado, assistência e tratamento de seus filhos e filhas. Também foi criticada a restrição de estar em um trabalho formal para recebê-lo.

Todas as entrevistadas viviam com outros filhos, com exceção de uma, que residia apenas com o filho mais novo, a criança com a SCZV. Seis participantes estavam naquele momento em um relacionamento com o pai da criança afetada pela epidemia. Duas não estão em nenhum relacionamento, enquanto uma entre elas está em um novo relacionamento, com quem já tivera uma filha. Cabe destacar que essa foi a única participante que engravidou após a gestação da criança exposta ao vírus Zika, hoje com dois anos e cinco meses.

No entanto, cabe ressaltar, que a criança que apresentava uma condição que fizera com que sua mãe fosse convidada a participar da pesquisa apresentava um perfil diferente quando considerada entre as demais. Isso porque, enquanto os filhos e filhas das demais participantes eram considerados sintomáticos para o quadro denominado então como SCZV, o filho dessa participante não apresentava, segundo o seu relato, sintomas além de um atraso considerável no desenvolvimento da fala.

Tal fato fez com que a entrevista se configurasse de forma muito diferente das demais. Diante disso, percebemos então a possibilidade desse material funcionar como um contraponto em relação às demais entrevistas durante o processo de análise. Assim, sua experiência distinta das demais e dissonante do restante do grupo que circunstancialmente configurou a pesquisa foi devidamente pontuada ao longo do caminho de análise e discussão dos resultados.

Essa mulher também foi a única entre as demais que aceitou a possibilidade de que eu mediasse contatos para encaminhá-la para um serviço no qual pudesse ter avaliação e atendimento psicológico, de acordo com o previsto no projeto. Ela relatou, ao longo da entrevista, o que foi identificado por mim como sofrimento psíquico, relacionado, entretanto, com questões de outra ordem que não a criança.

## 6. Interpretação de sentidos e discussão dos resultados

Este capítulo apresenta a interpretação e discussão dos resultados organizados em três tópicos, referentes aos núcleos de sentido que emergiram a partir dos depoimentos das entrevistadas, contextualizados com as notas de inspiração etnográfica sobre o trabalho de campo.

Com fins de sistematização, esses tópicos foram articulados com os objetivos específicos do estudo. Assim, pretendemos nos aproximar de seu objetivo geral, pautado na intenção de compreender como se constroem as decisões reprodutivas de mulheres com filhos e filhas vivendo com a SCZV.

O primeiro tópico, “***Eu tenho isso na cabeça. O filho é da mãe***”: a vida a partir da epidemia do vírus Zika, se associa aos aspectos da vida dessas mulheres relacionados às muitas modificações acarretadas pela eclosão da epidemia e o nascimento de seus filhos e filhas. Sendo assim, buscamos compreender essas mudanças e suas relações com as redes de referência, representadas por cônjuges, relações nas esferas do trabalho e da família, em diálogo com o campo da saúde e dos direitos reprodutivos.

No segundo tópico, por sua vez, “***Ao mesmo tempo, eu queria e não queria***”: o campo da contracepção e a construção dos caminhos reprodutivos, a proposta foi depreender a relação que as mulheres construíram ao falar sobre os métodos contraceptivos ao longo de suas vidas – incluindo questões como acesso, orientação e pessoas envolvidas nessas escolhas – suas experiências gestacionais e o território que envolve relações sexuais e suas vidas afetivas. Dessa forma, nos dedicamos a explorar as estratégias de

negociação frente aos condicionantes sociais, econômicos e afetivos vinculados aos seus caminhos reprodutivos.

Por fim, no terceiro e último tópico, “***Como é que eu vou dar atenção para mais uma criança?***”: escolhas reprodutivas após a epidemia”, discutimos como essas mulheres interpretaram suas escolhas reprodutivas após a epidemia do vírus Zika. Nessa perspectiva, trabalhamos os sentidos relacionados ao que permeia a possibilidade de novas gestações, incluindo seus posicionamentos, expectativas e sentimentos perante a temática, assim como as iniquidades impostas no que se refere ao manejo dessas escolhas.

## 6.1. “*Eu tenho isso na cabeça. O filho é da mãe*”: vida a partir da epidemia do vírus Zika.

A partir da análise das entrevistas, apresentamos como ponto de partida para a discussão as mudanças na vida das participantes do estudo, considerando a relação dessas mulheres com a infecção pelo vírus Zika. Essas mudanças se mostraram relacionadas com a gestação e o nascimento das crianças<sup>ii</sup> acometidas pelo espectro da síndrome ou expostas ao vírus.

Cabe ressaltar que, no que se refere às repercussões do vírus Zika relacionadas às crianças, dentre as entrevistadas, oito mulheres tiveram filhos acometidos pela síndrome, se diferenciando de uma única<sup>iii</sup>, cujo filho era assintomático até o momento da entrevista, porém exposto ao vírus durante a gestação e acompanhado em estudo de coorte do IFF - Fiocruz.

Contudo, foram encontradas semelhanças entre os relatos das mulheres que compõem o grupo de mães de crianças com a SCZV e a mãe da criança assintomática, que passaremos a chamar de Una. As semelhanças foram principalmente no que se relaciona as questões no campo reprodutivo. Esses aspectos serão abordados ao longo de todo o processo de análise desse estudo.

---

<sup>i</sup> Trecho retirado da entrevista realizada com a participante Fernanda. Cabe ressaltar que todos os nomes foram modificados, a fim de garantir o anonimato das entrevistadas.

<sup>ii</sup> No decorrer do processo de análise fizemos a opção de utilizar somente o termo criança ou filho, sem referência ao sexo, para designar os filhos e filhas das mulheres participantes da pesquisa acometidos pela SCZV ou expostos ao vírus. Essa opção considerou as implicações éticas envolvidas na questão, sendo essa mais uma forma de garantir o anonimato das entrevistadas.

<sup>iii</sup> Com fins de diferenciação, essa entrevistada recebeu uma denominação que a distinguisse das demais. Assim, enquanto todas as outras participantes receberam um nome com a letra inicial correspondente à ordenação das entrevistas, a participante foi designada como Una.

Tendo em vista essas considerações e buscando dar mais fluidez à análise, sistematizamos no Quadro 1 determinadas características das participantes.

Quadro 1 – Caracterização das participantes

Caracterização	Participantes								
	Alessandra	Beatriz	Carolina	Débora	Elisa	Fernanda	Gisele	Heloísa	Una
Idade	33 anos	26 anos	23 anos	25 anos	22 anos	32 anos	35 anos	29 anos	28 anos
Cor da pele	Parda	Parda	Branca	Branca	Parda	Negra	Branca	Parda	Branca
Com quem reside	Cônjuge e dois filhos	Cônjuge e dois filhos	Cônjuge, filho, sogro e sogra	Cônjuge e filho	Filho	Dois filhos	Cônjuge e filho	Cônjuge e dois filhos	Cônjuge e três filhos
Relacionamento Afetivo	Com o pai de seus dois filhos	Com o pai de seu filho mais novo	Com o pai de seu filho	Com o pai de seu filho	Não está em um relacionamento	Não está em um relacionamento	Com o pai de seu filho	Com o pai de seu filho mais novo	Com o pai de seu filho mais novo
Trabalhando hoje	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Escolaridade	Ensino médio com formação técnica	Ensino Médio incompleto	Superior incompleto	Ensino Médio incompleto	Ensino Médio incompleto	Superior incompleto	Superior incompleto	Ensino médio	Ensino médio
Renda familiar	BPC e renda proveniente do trabalho do cônjuge	BPC, renda proveniente do seu trabalho e do cônjuge	BPC, rendas ocasionais e renda proveniente do trabalho do sogro.	BPC, renda proveniente de aluguéis e do trabalho do cônjuge	BPC	BPC	BPC e renda proveniente do trabalho do cônjuge	BPC e renda proveniente do trabalho do cônjuge	Bolsa Família e renda ocasional proveniente de trabalhos do cônjuge
Idade da criança	2 anos	2 anos e 5 meses	1 ano e 9 meses	2 anos e 7 meses	2 anos	2 anos e 7 meses	2 anos	2 anos e 2 meses	2 anos e 5 meses
Quando engravidou	Novembro de 2015	Junho de 2015	Fevereiro de 2016	Março de 2015	Dezembro de 2015	Mai de 2015	Dezembro de 2015	Outubro de 2015	Julho de 2015
Diagnóstico SCZV	Após o nascimento	Após o nascimento	Após o nascimento	Após o nascimento	Durante o pré-natal	Durante o pré-natal	Durante o pré-natal	Durante o pré-natal	Assintomático

No que se refere ao quadro apresentado, demonstra-se importante sublinhar que a referência relacionada a raça/cor se estabeleceu a partir da autodeclaração feita pelas próprias entrevistadas, de acordo com os questionamentos presentes no roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice 1).

Considerando o Quadro 1, as informações relacionadas ao momento em que as participantes engravidaram de seus filhos, se mostra como um ponto necessário de compreensão, uma vez que podem ser entendidas como distintas as experiências das mulheres em diferentes momentos da epidemia.

Isso porque, segundo Diniz<sup>10</sup>, no que se refere à primeira geração de mulheres grávidas infectadas pelo vírus Zika, composta por aquelas acometidas pela infecção antes de notícias serem veiculadas relacionando essa ocorrência com as microcefalias, uma diferença se faz fundamental: essas foram mulheres que *“souberam que seus futuros filhos foram afetados pelo vírus, por imagem no pré-natal, ao mesmo tempo em que a pesquisa biomédica lançava hipóteses de vinculação ou causalidade”*<sup>10</sup> (p. 1).

No que se refere à segunda geração, por sua vez, a epidemia já se mostrava conhecida, assim como a correlação entre o vírus e as malformações, mesmo que a partir de informações ainda incertas. Uma experiência difícil para muitas delas, diante da impossibilidade de interrupção das gestações e as muitas dúvidas que ainda pautavam esse cenário<sup>10</sup>.

Considerando Diniz<sup>10</sup> e o marco que representa o dia 28 de novembro de 2015, quando foi reconhecida pelo Ministério da Saúde a relação entre a infecção pelo vírus Zika durante a gravidez e a ocorrência de microcefalias e outras alterações do sistema nervoso central dos conceptos<sup>2</sup>, Beatriz, Débora, Fernanda e Una fazem parte da primeira geração, ao passo que Alessandra, Carolina, Elisa, Gisele e Heloísa compõem a segunda geração de mulheres grávidas infectadas pelo vírus.

Em sua maioria, a extensa vermelhidão pelo corpo, comumente diagnosticada como alergia, ocorreu durante o primeiro trimestre de gravidez, considerando que apenas duas entre as participantes, Gisele e Una, receberam o diagnóstico e, posteriormente, a confirmação da infecção através de exames laboratoriais.

Segundo Brasil *et al*<sup>74</sup>, o diagnóstico da doença causada pelo vírus Zika se estabeleceu inicialmente relacionado com o período agudo da infecção, visto que, aos exames disponíveis para sua identificação, o vírus se mostrava detectável no sangue quando eram percebidos os sintomas iniciais, sendo liberado através da urina posteriormente. Contudo, considerando que esses exames não estavam usualmente disponíveis na rede de saúde (RT-PCR), a maioria dos casos foi diagnosticada clinicamente, sem confirmação laboratorial.

Ainda segundo os autores, os sintomas clínicos relacionados à infecção aguda pelo vírus Zika incluíam erupção cutânea, artralgias, injeção conjuntival, cefaleia e, em menor proporção, febre baixa. Cabe ressaltar que, de acordo com mesmo o estudo, a janela de tempo relacionada com a infecção congênita mostrou-se vinculada a todo período gestacional<sup>74</sup>.

A experiência das mulheres que engravidaram no início da situação de emergência (Alessandra, Carolina, Elisa, Gisele e Heloísa), em um panorama ainda cercado de desconhecimentos e incertezas, se mostrou, de fato, bastante distinta das demais participantes. Assim, seus relatos reforçaram o sentimento de medo diante de notícias que começavam a circular, o que fica expresso na fala de Gisele sobre a adoção de uma rotina de cuidados de prevenção bastante rígida.

*“(...) eu poderia ter esperado mais um pouco. Imagina no verão, janeiro, fevereiro você usando calça, blusa de manga, repelente o tempo todo. Em casa usando repelente de parede, elétrico, tudo que você possa imaginar e mesmo assim aconteceu”.* (Gisele)

Como reforçam Carneiro e Fleischer<sup>75</sup>, uma responsabilização individual sobre os corpos e espaços de moradia se estabeleceu no que se refere ao controle do vírus Zika pelas autoridades brasileiras. Nesse sentido, orientações

dirigidas às gestantes, sobre o uso de roupas compridas e de repelentes como formas de proteção, se apresentaram junto com discursos e investimentos relacionados ao controle do vetor, o mosquito *aedes aegypti*. Com isso, aspectos relacionados à falta de saneamento, urbanização, assim como às desigualdades sociais, o machismo e o racismo, condicionantes presentes no exercício da justiça reprodutiva, foram claramente negligenciados, não sendo reconhecidos como elementos que propiciaram a eclosão da epidemia.

*“(...) às vezes eu fico assim revoltada com o descaso do governo em relação, assim, com a sociedade em si, mas principalmente com as crianças com microcefalia por causa da Zika. Eu acho que eles tinham que dar uma atenção especial, porque assim, foi descaso deles, foi negligência deles”. (Gisele)*

De fato, considerando as *“Orientações provisórias relacionadas à gestão da gravidez no contexto de infecção pelo vírus Zika”*<sup>76</sup>, divulgadas pela OMS em 13 de maio de 2016, às mulheres grávidas que residiam em zonas de transmissão do vírus, assim como aquelas com possível exposição através de viagens para essas regiões ou a partir de relações sexuais não protegidas com parceiro infectado, medidas preventivas de caráter pessoal eram reforçadas.

Entre as recomendações, a proteção da pele através de vestuários que cobrissem a maior parte do corpo, incluindo mangas, calças ou saias compridas; a preferência pelo uso de roupas com cores claras; o uso de mosquiteiros na cama e de telas em janelas e portas e o uso de repelentes, devidamente reaplicados ao longo do dia, se apresentavam como formas de evitar possíveis infecções. De acordo com as mesmas orientações, o uso de preservativos durante toda a gravidez era destacado como forma de evitar a potencial transmissão sexual do vírus que começava a se delinear naquele momento.

Todas as participantes apresentaram os sintomas da infecção durante a gestação, com exceção de Alessandra, que não teve qualquer indício da doença ao longo do período, assim como seu marido. Essa ponderação a respeito do cônjuge foi feita pela própria entrevistada, possivelmente buscando descartar a possibilidade de transmissão sexual da doença em seu caso.

Porto e Moura<sup>77</sup> apontam o quanto o desconhecimento acerca da doença e a falta de respostas definitivas sobre a relação da infecção com os casos de microcefalia resultou em especulações por parte de veículos de comunicação, nacionais e internacionais, assim como através das redes sociais. Dessa forma, segundo as autoras, hipóteses de causalidade ainda não confirmadas eram acionadas e divulgadas para explicar um cenário que se instalava, causando muitas desconfianças e desconfortos.

No que se refere ao presente estudo, esse contexto exposto por Porto e Moura<sup>77</sup> se articula com os modos de significação e entendimentos evidenciados pelas entrevistadas no que diz respeito às formas de transmissão associadas ao vírus Zika. Isso porque, para as participantes Alessandra e Gisele, essa compreensão se mostrou perpassada por saberes incipientes e relacionados com o panorama de desconhecimento que se estabeleceu acerca da infecção, noções que se apresentaram em diálogo com as convicções das próprias entrevistadas.

*“Eu acho que foi a vacina. Que logo depois eles tavam aprovando a lei, se a mãe descobrisse que a criança era portadora da microcefalia, poderia abortar. Aí eu pensei assim: pronto. Lançaram a vacina, pra criança vir com micro, logo depois lançam a lei do aborto. (...) a gente escuta muita coisa, de chegar e falar assim: teu filho não vai ter expressão facial, seu filho não vai falar, seu filho não vai andar, seu filho vai vegetar. Isso na gravidez, quando a pessoa, a mulher, já fica sensível. Você ouvir isso de um médico! O que a mãe vai preferir optar? Abortar. Aí eu falei assim: pronto. Foi uma lavagem cerebral, que eles mesmos lançaram a vacina, que causou microcefalia nas crianças e*

*logo depois causaram a lei do aborto. Controle de natalidade”.*  
(Alessandra)

*“(...) teve médico que já falou que esse mosquito que transmitiu o vírus da Zika, foi uma mutação de mosquito de laboratório com mosquito da natureza. Eles cruzaram e nasceu um outro mosquito que transmitiu. (...) hoje você não vê mais caso de microcefalia pela Zika porque, assim, eles controlaram. Eles modificaram. Eles podem até soltar mosquito de laboratório na natureza, só que eles modificaram o mosquito no laboratório. Ai a gente não sabe se é verdade”.* (Gisele)

Conforme reforçam Carneiro e Fleischer<sup>75</sup>, durante a configuração da situação de emergência, as causas relacionadas aos muitos casos surgidos de microcefalia se relacionaram com diferentes concepções a respeito da transmissão da doença durante o período gestacional, opiniões que se mostraram controversas inclusive nos meios acadêmico e científico. Contudo, as autoras apontam como um processo análogo aquele ocorrido entre as mulheres, mães de crianças afetadas pelo espectro da SCZV.

Nesse sentido, muitas foram as formas de entendimento sobre a questão. Segundo Carneiro e Fleischer<sup>75</sup>, as redes sociais e a internet foram as principais responsáveis pela veiculação dessas informações, enquanto as mulheres, diante de um verdadeiro desamparo provocados por um território permeado ainda por muitas dúvidas, existentes mesmo entre os profissionais de saúde, buscavam por conta própria e em suas redes de relações esses significados e possíveis vinculações.

De fato, no que se refere à epidemia do vírus Zika, uma construção gradativa de conhecimentos pode ser apontada em um curto espaço de tempo, tendo em vista o recorte de pouco mais de um ano que configurou a situação de emergência – fevereiro de 2016 a maio de 2017 – e as muitas conclusões a respeito da infecção que foram disponibilizadas no período.

No entanto, quando a situação de emergência em saúde pública se estabeleceu diante da eclosão dos casos de microcefalia, um outro panorama se configurou, no qual eram poucas e difusas as informações a respeito da infecção. Esse desconhecimento foi expresso por Elisa, que disse ter tomado conhecimento que a doença “*passava pelo ato sexual*” somente depois do nascimento de seu filho, durante as consultas de acompanhamento da criança.

Tendo em vista a problemática da prevenção no contexto da epidemia, Heloísa trouxe em seu relato uma outra dimensão, uma vez que destacou os cuidados tomados ao longo da gestação, mas enfatizando sua dificuldade na manutenção de uma rotina e seu motivo de receio principal: o fato de morar perto de um “*valão*” e a impossibilidade de comprar constantemente o repelente, dadas as dificuldades financeiras enfrentadas pela família.

*“Assim, eu ficava com medo, né? Sempre botava roupa coberta, botava sempre repelente. Só que a gente não ficava comprando sempre, porque não dava também, né? Ficava um pouquinho difícil. Aí comprava quando dava”.* (Heloísa)

O relatório *Esquecidas e Desprotegidas*, publicado pela Human Rights Watch<sup>78</sup>, reforça o quanto a epidemia e a necessidade de resposta nacional evidenciaram a dificuldade de combate aos desafios de saúde pública e de direitos humanos já existentes no Brasil. Entre as necessidades apontadas, destacaram-se as disparidades raciais e socioeconômicas em relação ao acesso a serviços de saúde e a omissão quanto a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos.

Considerando essas disparidades, Marteleto *et al*<sup>11</sup> apontam como as mulheres com melhores condições socioeconômicas relataram encontrar maiores possibilidades de evitar uma gravidez não planejada no contexto de

epidemia provocado pelo vírus Zika. Em comparação, as mulheres com menos recursos, evidenciaram sentir um limitado controle sobre sua fertilidade, relatando o uso inconsistente do anticoncepcional e um acesso limitado aos contraceptivos no Sistema Único de Saúde (SUS), o que nos leva a sinalizar para a necessidade de ir além de reafirmar os direitos reprodutivos das mulheres mas de incluir na pauta das análises e discussões a problemática da justiça reprodutiva<sup>52</sup>.

Marteleto *et al*<sup>1</sup> destacam ainda as recomendações das autoridades de saúde no contexto da epidemia acerca do adiamento da gravidez, ressaltando, entretanto, o grande número de gestações que se revelam não intencionais no Brasil.

De fato, Castro *et al*<sup>9</sup>, ao analisarem as taxas de fecundidade referentes ao período de setembro de 2015 a dezembro de 2016, verificaram uma redução significativa no número de nascimentos no intervalo, sendo esse possivelmente um impacto demográfico causado pela epidemia do vírus Zika. Diante disso, os autores reforçam que os achados de sua pesquisa podem evidenciar o quanto o adiamento de gestações e o aumento no número de abortos possuem um papel importante no declínio de nascimentos no período.

Cabe ressaltar, entretanto, que essas decisões se evidenciaram como restritas para um determinado grupo de mulheres. Além disso, no que concerne à pesquisa apresentada nessa dissertação, a gravidez, assim como a escolha e controle sobre o uso de métodos contraceptivos, comumente se mostraram entendidos como uma responsabilidade apenas da mulher.

Ao abordar a epidemia do vírus Zika sob o marco da justiça reprodutiva, Stern<sup>52</sup> aponta para as desigualdades estruturais que emergem a partir desse

cenário. Assim, a autora reforça o quanto as mulheres, majoritariamente pobres, negras e pardas, se mostram como as mais atingidas pela situação de emergência, refletindo a dificuldade de acesso desse determinado grupo a direitos assegurados pela constituição.

Carvalho<sup>80</sup> destaca que, de forma distinta ao discurso preconizado pelas autoridades governamentais, as ações articuladas por movimentos feministas seguiram um outro caminho ao estabelecerem como foco do debate os direitos reprodutivos. Nesse sentido, a partir de propostas que buscavam contribuir com a possibilidade de discussão em territórios relacionados à tomada de decisão, sexualidade e reprodução nesse contexto, *“as ativistas deslocaram o foco do mosquito e dos bebês com microcefalia para as mulheres que foram convidadas a não engravidar”* (p. 153).

A participante Gisele, que apresentou os sintomas relacionados com a infecção quando estava com dez semanas de gestação, relatou que este fato motivou que seu marido tenha querido que ela *“abortasse”*. A entrevistada, por sua vez, se posicionou contra essa possibilidade, considerando principalmente seus princípios religiosos católicos.

Ela, no entanto, enfatizou em seu depoimento que se, no momento em que deu a entrevista, descobrisse uma gravidez, pensaria na possibilidade de interrupção da gestação, entendendo essa opção como relacionada à sua decisão de não querer ter outros filhos. A rotina de cuidados exaustiva se mostrou como um componente importante ao considerar o abortamento nessa situação, mas também sua realização no que se refere à esfera da maternidade a partir do nascimento da criança afetada pela SCZV.

Como observado por Stern<sup>52</sup>, a epidemia evidenciou complexidades sociais, estratificações e profundas desigualdades. Sendo assim, o evento se relacionou diretamente com o questionamento sobre a possibilidade de exercício dos direitos reprodutivos e a efetivação da noção de equidade, uma vez que as autonomias individuais foram postas em questão, principalmente quando considerado o acesso restritivo e também distinto vinculado à contracepção e ao aborto.

Como disse a participante Alessandra, que relatou a ausência do planejamento de outros filhos pelo casal no momento em que engravidou da criança com a SCZV. Quando tomou conhecimento da gestação, Alessandra trouxe em seu depoimento sua surpresa diante do inesperado, com uma imensa preocupação, uma vez que estava em um momento profissional promissor.

Ela abriu espaço para a gravidez em sua vida, apesar do susto inicial e do momento profissional que vivia. Seu cônjuge, no entanto, não *“aceitou muito bem a gestação”*, sendo esse um motivo de grande sofrimento para a entrevistada durante o período da gravidez, para além das preocupações com a epidemia do vírus Zika: *“eu sofri muito por isso também. Por que ele nem se aproximava de mim, nem encostava na minha barriga”*.

Cabe reforçar que a entrevistada tomou conhecimento acerca dos sintomas relacionados ao espectro da SCZV de seu filho, como a microcefalia, somente após o nascimento do bebê. Dessa forma, o fato acarretou muitas mudanças em sua vida, incluindo o seu afastamento do trabalho, de forma diferente do planejado.

Una, por sua vez, apresentou os sintomas relacionados à infecção quando estava com vinte semanas de gestação. Ela afirmou que, a partir desse

momento, “*nem comia e não dormia direito*”, sendo grande o seu incômodo com as constantes perguntas de pessoas próximas a respeito da gravidez e com as frequentes recomendações feitas por muitos acerca dos cuidados “*para não pegar a Zika*”.

A participante se refere ao período demarcado pela apresentação dos sintomas e o sentimento de incerteza sobre o acometimento do seu filho como um percurso exaustivo de consultas e exames, que também se mostrou muito solitário, uma vez que o cônjuge demonstrou a não aceitação de um possível quadro de microcefalia que poderia ser apresentado pela criança ao nascimento. Diante disso, Uma relatou que “*não tinha nada. Era como se fosse um deserto*”, quando se referia ao seu relacionamento diante de todo o medo e apreensão provocado pela situação.

Com o apreendido pela análise e interpretação do acervo, torna-se possível dizer que, naquele momento, o sentimento de preocupação e apreensão, de uma forma geral, passou a pautar a relação das mulheres entrevistadas com a possibilidade de uma gestação. Esse sentimento, aflorado especialmente para aquelas que estavam grávidas, se evidenciou mesmo que na ausência do surgimento de sintomas que pudessem estar relacionados à infecção.

O relatório Vozes silenciadas: a experiência da mulher com o Zika vírus<sup>81</sup>, destaca o quanto a epidemia evidenciou o estigma relacionado aos direitos reprodutivos no Brasil, considerando principalmente a disparidade entre o posicionamento assumido pelo governo brasileiro diante da questão e as recomendações internacionais que pautavam o assunto. O documento salientou ainda os entraves enfrentados pelas mulheres no exercício desses direitos.

No que se refere ao presente trabalho, uma marca social relacionada à epidemia se reforçou nas questões reprodutivas, uma vez que, as entrevistadas trouxeram em seus relatos a compreensão sobre uma exposição ao julgamento e a sua responsabilização nos casos de gravidez, o que incrementou um sentimento de culpa relacionado à infecção e com a gestação ocorrida naquela ocasião.

*“Às vezes eu me sentia culpada, de ter tido a Zika. A culpa era minha dele ter vindo especial. Eu me culpava de tudo, mas a culpa não é minha, aconteceu. Infelizmente tem esse mosquito, infelizmente. Assim, levei um tempo para tirar essa culpa de mim, porque aí você vai vendo seu filho crescendo com outras crianças, as crianças desenvolvendo e o seu filho ainda não”. (Fernanda)*

*“Eu me sentia culpada, várias vezes: a culpa é minha, a culpa é minha”. (Alessandra)*

De fato, as considerações sobre os sentimentos de medo, preocupação e mesmo de culpa que se apresentaram especialmente na situação de emergência, e que se verificou nos discursos das entrevistadas, sinalizam para um aspecto presente na epidemia que necessita ser problematizado: uma gradativa responsabilização individual que recaiu de forma crescente sobre as mulheres no campo das decisões reprodutivas, inclusive no que se refere a prevenção e ao controle do vírus Zika.

Hunt<sup>82</sup> reforça o quanto as questões relacionadas à esfera da reprodução se situam ainda relegadas à esfera doméstica, sendo compreendidas como responsabilidade das mulheres, em todas as suas consequências. Essa perspectiva se estabelece com despeito ao vínculo existente entre saúde reprodutiva e as questões que se entrelaçam diretamente com esse campo, tal como o racismo e as disparidades econômicas, fazendo com que a autora

defenda sua perspectiva sobre a reprodução com base na ideia de justiça e não de escolha.

Considerando os desdobramentos do assunto, a noção de gênero se apresenta como categoria de análise apropriada para a compreensão da questão, uma vez que “*normas de gênero rígidas são profundamente presentes na cultura brasileira e influenciam outras formas de vulnerabilidade social*”<sup>81</sup>.

Essa responsabilização da mulher no que se refere à gravidez e ao cuidado com os filhos se mostrou como elemento importante na discussão. Isso porque, todas as entrevistadas precisaram se afastar de seus empregos ou se viram impossibilitadas de buscar uma nova oportunidade de trabalho profissional após o nascimento da criança, em função de uma rotina exaustiva de cuidados.

Entre as participantes, apenas Beatriz relatou estar trabalhando, exercendo a atividade de ajudante num comércio com uma carga horária reduzida, de quatro horas por dia, sendo que esse momento coincidia com o período que seu filho estava em uma creche do município em que residia.

Como Hirata<sup>83</sup> defende ao abordar a divisão sexual do trabalho, o fato da atribuição com a educação e o cuidado das crianças ser vista tradicionalmente como das mulheres é o que garante a sustentação de mercados de trabalho que se apresentam geralmente como desvantajosos para elas. Como consequência, um poder desigual se estabelece com reflexos diretos na organização familiar.

Para a autora, as desigualdades entre homens e mulheres vinculadas à divisão do trabalho doméstico e do trabalho de cuidado são reguladas por um regime heteronormativo. Nesse contexto, os afetos, por muito tempo relacionados ao exercício dessas formas de trabalho gratuitas dentro dos

espaços privados, se constituem como base para a reprodução de uma “*servidão doméstica*” das mulheres<sup>83</sup> (p. 16).

A exemplo da naturalização dessa norma social, as palavras como “*ajudar*” e “*apoiar*” se mostraram bastante recorrentes nos discursos das mulheres que participaram da pesquisa, quando as mesmas se referiam à participação masculina na rotina de cuidados com a criança. De fato, como afirma Hirata<sup>83</sup>, o homem não se vê impelido a conciliar o trabalho profissional, doméstico e de cuidados justamente pela ausência dessa norma.

Sendo assim, o que se observa, geralmente, é a articulação de um modelo de delegação, através do qual outras mulheres passam a exercer tanto o trabalho de cuidado quanto doméstico. Entretanto, no caso das crianças com a SCZV, a efetivação desse modelo se mostra bastante dificultada, uma vez que a rotina extensa de compromisso das crianças com tratamentos e terapias, assim como quadros complexos de saúde, muitas vezes compostos por convulsões e desordens na deglutição, inviabilizam essa organização.

*“Às vezes me sinto até culpada, de certa forma. Se desde o início eu tivesse corrido mais atrás dessas coisas, acho que ele já estaria melhor. Por isso que eu também decidi sair [do trabalho] e cuidar só dele mesmo”. (Heloísa)*

Como afirmam Parry Scott *et al*<sup>84</sup>, quando as mulheres precisam deixar seus empregos para se dedicarem a essa atividade de cuidado, a falta de recursos, em muitos casos, é intensificada. Sendo assim, necessidades não existentes em momentos anteriores ao nascimento da criança, como medicamentos, alimentos especiais e equipamentos terapêuticos, são elementos somados à redução de renda nas famílias.

As mulheres participantes se viram impelidas a deixarem seus trabalhos para se dedicarem quase exclusivamente à rotina de seus filhos. Algumas articulações, entretanto, se observam, como o caso da participante Gisele, que precisou se afastar do trabalho profissional para se voltar aos cuidados com a criança, mas conciliando esses cuidados, a partir da divisão de tarefas com o cônjuge e também com a sogra, com o retorno ao seu curso de graduação em uma faculdade privada.

Contudo, tal como afirmam Moreira, Mendes e Nascimento<sup>85</sup>, um modelo de parentalidade, pautado na “*díade mãe-criança*” (p.703), no contexto da epidemia do vírus Zika foi reforçado, considerando principalmente o papel preponderante exercido pela mídia no que se refere às imagens públicas divulgadas sobre a situação de emergência, corroborando o lugar das mulheres como principais cuidadoras de seus filhos.

Considerando esse exercício do cuidado e sua construção bastante particular quando referida à SCZV, Williamson<sup>86</sup> reforça que, mesmo que muitas sejam as incertezas acerca do desenvolvimento das crianças, demonstra-se claro que aquelas afetadas pelo seu espectro vão exigir cuidados especiais ao longo de suas vidas.

Rego e Palácios<sup>49</sup>, por sua vez, reforçam a ausência não somente de uma garantia de direitos, mas também de uma infraestrutura, relacionada à atenção, acompanhamento e tratamento das crianças afetadas pela epidemia. Nesse sentido, suas necessidades são comumente vistas e compreendidas como responsabilidade apenas de suas famílias, considerando particularmente o papel da mulher nesse contexto de cuidados.

De forma paralela, tendo em vista o campo de estudos que envolve o adoecimento crônico, Moreira, Cunha e Mello<sup>87</sup> apresentam uma reflexão acerca do cuidado e sobre as relações que o perpassam. As autoras apontam o quanto as condições de saúde crônicas e raras se relacionam muitas vezes com exigências prolongadas de cuidado e suporte, sendo geralmente altos os custos sociais de manejo dessa situação. Assim, elas reforçam que essas crianças produzem novas mães, *“que expressam o bem-estar de seus filhos não só pela capacidade de estarem ativos, brincando sorrindo, indo à escola, mas porque saturam em tal e qual índice”*<sup>87</sup> (p. 186).

Cabe ressaltar que, considerando o cenário atual, o campo das condições complexas de saúde envolve também as crianças que se apresentam dentro do espectro da SCZV. De fato, como reforçam Moreira, Mendes e Nascimento<sup>85</sup>, as mulheres, principais responsáveis pelo cuidado também no contexto das doenças raras, passam a se mesclar em uma *“interação associativa”* (p. 705) com aquelas com filhos nascidos com a SCZV. Diante disso, luzes são lançadas também sobre suas necessidades, abrangendo um território mais amplo, relacionado às deficiências.

No que se refere às crianças afetadas pelo vírus Zika, o relato de Una encontra condições de evidenciar uma dimensão importante que se relaciona com essas exigências prolongadas de cuidado e suporte, assumindo as particularidades de sua experiência.

Isso porque, mesmo que seu filho hoje não apresente os sintomas relacionados à SCZV, a participante teve a infecção confirmada através de exames durante a gestação, assim como, segundo seu relato, o vírus encontrado

em seu líquido amniótico, placenta e cordão umbilical do bebê, em investigações realizadas após o nascimento da criança.

Seu filho permaneceu então sendo acompanhado por um período de cerca de dois anos. Durante esse tempo, hipóteses de causalidade a respeito de bebês que apresentavam calcificações cerebrais e atrasos não na ocasião do nascimento, mas ao longo do processo de desenvolvimento, começaram a ser levantadas. Nesse sentido, diante da possibilidade de seu filho ter sido afetado pelo vírus Zika, Una afirma que passou a “*respirar*” a doença, tamanha era a sua preocupação.

*“Você não sabe lutar com o que não veio ainda. Eu ficava na expectativa: como é que eu vou reagir? O que fazer? Se ele estiver com isso, como é que eu vou estar? Como é que eu vou pensar?”.*  
(Una)

As palavras da participante revelam os sentimentos de angústia e apreensão experimentados por mulheres que tiveram seus filhos expostos ao vírus Zika durante a gestação, mesmo que esses não apresentassem os sintomas condizentes com essa transmissão. Assim, diante de um panorama de incertezas que se constituiu a partir de evidências, Una reforçou a vigilância constante que pautava sua relação com a criança, uma vez que “*olhar, observar todos os movimentos dele*” se mostrava como uma necessidade.

De outra maneira, um outro aspecto importante que dialoga com esse contexto de cuidados e preocupações constantes, mas que ganha uma outra configuração, se evidenciou nas entrevistas com Alessandra, Carolina, Elisa, Fernanda e Heloísa, que referiram o seu desejo de ingressar em formações universitárias relacionadas a trabalhos profissionais vinculados ao cuidado, nesse caso a área da saúde.

Todas elas atuavam ou se dedicavam a outros ofícios antes do nascimento de uma criança afetada pelo vírus. Eram vendedoras em shoppings, caixas de supermercado, funcionárias administrativas e/ou estudantes de contabilidade ou de publicidade.

Esse desejo expresso em suas falas se mostrou muito vinculado ao cuidado com seus próprios filhos e também associado à atenção com os filhos de outras mulheres acometidos pelo vírus com quem vivenciam espaços de solidariedade, compartilhamento de experiências e apoio mútuo.

Outro aspecto associado a essa questão é o entendimento delas de se sentirem convocadas a suprirem a falta de profissionais em algumas áreas demarcadas como essenciais no acompanhamento das crianças, tais como a fisioterapia, a fonoaudiologia, enfermagem ou medicina.

*“(...) eu vendo a dificuldade que nós mães temos pra poder achar uma fisioterapeuta, a minha vontade é de voltar a estudar, mas pra área da fisioterapia. Pra poder ajudar não só o meu filho, mas como outras mães que precisam e não têm como”. (Fernanda)*

A fala da participante enaltece a relação de solidariedade e proteção estabelecida entre as mulheres, mães de crianças com a SCZV. Contudo, mais do que isso, movimentos como esses encontram condições de revelar, tal como afirmam Parry Scott *et al*<sup>84</sup>, o quanto o associativismo empreendido por elas se relaciona com uma melhor representação no que se refere à busca por serviços de saúde e de assistência para as crianças.

Considerando esse associativismo, Pinheiro<sup>88</sup> reforça a construção da relação entre as mulheres envolvidas no contexto da epidemia como uma verdadeira “*militância*”, uma vez que para além da troca de experiências e de informações, a luta por direitos em comum fez emergir uma maternidade

atravessada pelo *“lugar de sujeito político, porta-voz de uma realidade emergencial e ao mesmo tempo definitiva”* (p. 134), mas perpassada também por laços de solidariedade, de assistência e caridade.

No que se refere ao presente estudo, um outro aspecto pode ser acrescentado à questão levantada: a relação assimétrica que se evidenciou entre as mães e profissionais de saúde com a eclosão da epidemia e as tentativas de reposicionamento diante desse campo de poder, ligados a assistência e pesquisa, por parte das mulheres entrevistadas.

Isso porque, considerando que os profissionais de saúde, representados especialmente pelos médicos, atuaram durante a situação de emergência em um território pautado por muitas incertezas, as mães, de certa maneira, foram destituídas do saber sobre seus próprios filhos, visto que as crianças estavam a cargo dos especialistas naquele momento. Diante disso, a intenção de exercício de atividades nessas áreas relacionadas ao campo da saúde pode também ser compreendida como uma busca pela inversão de possíveis relações de poder e saber que se estabeleceram entre mães e profissionais.

A fala da participante Elisa esclarece a questão, quando a mesma, contrariada por não ter conseguido uma receita médica para seu filho no dia de realização da entrevista, reforça que se ela mesma fosse *“uma médica”* - considerando o desejo que a mesma expressou durante o seu relato, sobre seguir essa formação acadêmica – seu filho teria a garantia de *“atenção para ele”*, sinalizando para uma compreensão da necessidade de buscar uma instrumentalização técnica para garantir cuidados a seu filho.

Ela se mostrou então bastante insatisfeita com a forma de organização dos serviços de saúde, afirmando que em sua visão os profissionais de saúde

“queriam descobrir o que descobriram e para eles não importa mais a criança”, revelando uma outra face da questão, compartilhada por outras participantes a respeito da atenção recebida por seus filhos após o fim da situação de emergência em Saúde Pública.

*“Hoje em dia, as crianças viraram número numa estatística. Porque, no início, todo mundo falava. No início eu me sentia invadida”. (Gisele)*

Fleischer e Carneiro<sup>89</sup>, de fato, consideram a possível retração dos investimentos e compromissos não somente públicos, mas também morais e políticos assumidos no que se refere à SCZV. Tal cenário se traduz a partir do posicionamento assumido por entidades responsáveis pelo oferecimento de estimulação precoce para as crianças, preconizada como a principal tecnologia de enfrentamento ao conjunto de sintomas relacionados ao espectro da síndrome. De acordo com as autoras, as muitas altas terapêuticas dadas às famílias se mostram como ponto de questionamento sobre o investimento no desenvolvimento dessas crianças em um cenário mais atual.

Williamson<sup>86</sup>, por sua vez, aponta para a experiência singular no que se refere ao tempo para aqueles que se dedicam aos cuidados de pessoas com deficiências e doenças crônicas. Isso porque, para a autora, esse tempo distinto se configura a partir de uma rotina rígida, composta por retornos periódicos aos serviços de saúde e por uma extensa agenda que envolve terapias, medicamentos e exames, fazendo com que reconstruções e reorientações de vida se mostrem necessárias como forma de convivência com os prognósticos geralmente graves.

Considerando um outro aspecto vinculado a essa rotina intensa, as participantes revelaram o grande envolvimento e dedicação associado a seus

filhos expostos ao vírus Zika. Mas, ao mesmo tempo, se referiram ao afastamento de outras esferas de suas vidas, como a relação com seus outros filhos, cônjuges, amigos e mesmo ao que se refere ao autocuidado.

O pouco investimento nesses aspectos de suas vidas se mostrou associado ao fato dessas mulheres se perceberem absorvidas pela rotina intensa das crianças afetadas pela epidemia do vírus Zika, tal como expresso na fala de Heloísa.

*“Eu comecei a me cuidar também por causa dele. Porque se eu ficar doente, como é que vai ser? Tem que pensar em mim também agora. Eu tô vendo também o processo pra emagrecer, porque eu tô me sentindo muito mal, me sentindo feia, assim. Quando você olha às vezes assim: você parou, sua vida parou, de certa forma. Você não liga pra você mais. Então agora eu tô querendo emagrecer um pouco. Tô me sentindo mal com isso”. (Heloísa)*

Nesse sentido, dificuldades relacionadas ao autocuidado, demarcado por uma falta de tempo para si mesmas e para as atividades anteriormente cotidianas, foram aspectos que se apresentaram de forma frequente em seus depoimentos. Essa desconformidade entre o cuidar de si e o cuidar do outro se expressou principalmente através de uma negligência percebida no que se refere também à manutenção de sua própria saúde.

Como afirmam Hirata e Debert<sup>90</sup>, a respeito do cuidado, esse se mostra como *“um termo utilizado para descrever processos, relações e sentimentos entre pessoas que cuidam uma das outras, como também de seres vivos e até mesmo objetos, cobrindo várias dimensões da vida social”* (p. 7).

No que se refere especialmente ao estabelecimento da experiência de cuidado entre mulheres, mães de crianças afetadas pela epidemia do vírus Zika, Pinheiro<sup>88</sup> observa as muitas alterações relacionadas ao nascimento dessas

crianças no cotidiano e no ritmo de suas famílias, considerando as imposições do campo biomédico um elemento importante nessa formulação.

Nesse sentido, o autor destaca um reforço sobre as noções e valores morais relacionados à maternidade, apontando para uma naturalização dessa instituição entre essas mulheres, compreendida através de uma simbiose entre essas mães e seus respectivos filhos e por um reconhecimento pessoal a partir de um associativismo, tendo em vista os achados de sua pesquisa.

## 6.2. “Ao mesmo tempo, eu queria e não queria<sup>iv</sup>”: o campo da contracepção e a construção dos caminhos reprodutivos.

A frase de uma das entrevistas que intitula o presente tópico resume a complexidade envolvida no campo da reprodução e dos elementos que o circulam. Tendo em vista essa consideração, nesta seção exploramos a relação das mulheres com a utilização dos métodos contraceptivos, as informações sobre as opções e indicações destes, suas experiências gestacionais e os condicionantes, sociais, econômicos e afetivos que se mostram diretamente relacionados ao manejo de suas decisões reprodutivas.

Sendo assim, no Quadro 2 são apresentadas as informações sobre as participantes relacionadas à saúde reprodutiva.

Quadro 2 – Informações sobre a saúde reprodutiva das participantes

Informações	Participantes								
	Alessandra	Beatriz	Carolina	Débora	Elisa	Fernanda	Gisele	Heloísa	Una
Idade 1ª gestação	22 anos	15 anos	21 anos	22 anos	15 anos	25 anos	34 anos	18 anos	15 anos
Número de filhos	2 filhos	2 filhos	1 filho	1 filho	2 filhos	2 filhos	1 filho	2 filhos	3 filhos
Número de gestações	2 gestações	4 gestações	2 gestações	1 gestação	2 gestações	2 gestações	1 gestação	3 gestações	4 gestações
Históricos de métodos contraceptivos adotados	Pílula Anticoncepcional	Anticoncepcional (pílula e injetável) e preservativo	Pílula Anticoncepcional e preservativo.	Preservativo e contracepção de emergência	Anticoncepcional injetável	Anticoncepcional (pílula e injetável) e preservativo	Pílula Anticoncepcional.	Preservativo e Anticoncepcional injetável	Preservativo, contracepção de emergência e anticoncepcional (oral e injetável)
Uso de métodos contraceptivos na gravidez da criança afetada ou exposta	Pílula Anticoncepcional	A gestação foi planejada	Pílula Anticoncepcional	Uso de preservativo ocasionalmente	Transição de métodos sem orientação.	Pílula Anticoncepcional	A gestação foi planejada	A gestação foi planejada	A gestação foi planejada
Nascimento da criança	Rede privada	SUS	SUS	SUS	SUS	Rede privada	Rede privada	SUS	SUS
Método contraceptivo atual	Fez laqueadura no nascimento do filho com SCZV	Preservativo	Pílula Anticoncepcional	Preservativo	Não	Não	Pílula Anticoncepcional	Anticoncepcional injetável	Pílula Anticoncepcional

<sup>iv</sup> Trecho retirado da entrevista realizada com a participante Beatriz.

Como pôde ser observado através do Quadro 2, Beatriz, Elisa e Una engravidaram pela primeira vez ainda na adolescência, quando estavam com quinze anos de idade. Esse se mostrou como um dado significativo, uma vez que, como afirmam Heilborn *et al*<sup>91</sup> ao tratarem do assunto, aspectos culturais e expectativas sociais relacionados aos papéis de gênero muitas vezes ressaltam a feminilidade como vinculada à maternidade.

Ferrari, Peres e Nascimento<sup>92</sup>, abordando as experiências que envolvem a sexualidade e sua iniciação durante a adolescência, reforçam o quanto relações desiguais e assimétricas de gênero perpassam esse campo quando considerado o contexto brasileiro. A partir disso, reconhecendo esse como um período de experimentações e construção de recursos, os autores defendem que a saúde sexual e reprodutiva de meninas mostra-se afetada diretamente por esses fatores.

Dadoorian<sup>93</sup>, por sua vez, explorando o tema da gravidez na adolescência, aponta para a complexidade do fenômeno quando, para além da ideia corrente que relaciona a gravidez nesse contexto como indesejada e relacionada com a desinformação, reforça o significado individual e os fatores culturais, sociais e psicológicos envolvidos na questão.

Assim, segundo a autora, a maternidade demonstra-se valorizada especialmente entre as jovens pertencentes às classes populares, visto que o exercício da sexualidade nesse grupo se mostrou como vinculado a uma mudança de status social quando relacionado à gravidez. Nesse sentido, Dadoorian<sup>93</sup> defende a importância do entorno social na construção de atributos relacionados ao feminino, uma vez que, mesmo diante do conhecimento sobre

os métodos contraceptivos, essas adolescentes revelaram a importância de entrada na vida adulta através desse recurso, legitimado entre seus pares.

Os relatos das participantes Beatriz e Débora se vinculam com essa compreensão quando as mesmas abordam as circunstâncias que suas primeiras gestações aconteceram. Débora, apesar de ter engravidado pela primeira vez aos 22 anos, afirmou que “*via todo mundo tendo filho*” e expôs que sempre considerou essa possibilidade, uma vez que não fazia uso de nenhum método contraceptivo com regularidade, apenas o preservativo masculino e que “*às vezes era sim, às vezes não*”. Como estava no mesmo relacionamento desde os quatorze anos de idade, ela reforçou em seu depoimento que pessoas do convívio do casal, como familiares e amigos, demonstravam estranhamento por isso nunca ter acontecido e os questionavam sobre uma possível gravidez. De forma semelhante, Beatriz, por sua vez, salienta que:

*“(...) eu achava que as meninas lá tavam tudo tendo filho, então eu queria ter também. Não pensava nas consequências e via que era só ter um filho (...). Então, pra mim tava todo mundo tendo filho... então: vou ter um filho! E aí parei de tomar remédio. Escondido”.* (Beatriz)

Essas mulheres revelam em seus relatos não somente uma marca social dos papéis de gênero tradicionais, mas também o universo relacionado aos seus círculos de convívio e os valores por eles atribuídos à maternidade, assim como os significados vinculados à fecundidade, à fertilidade e à reprodução.

Ainda no que se refere ao Quadro 2, a informação relacionada ao número de filhos, quando considerada com relação ao número de gestações informadas por elas, perdas e/ou interrupções gestacionais se revelaram nos casos de Beatriz, Una, Carolina e Heloísa. Considerando essas duas últimas

participantes, a gravidez da criança com a SCZV ocorreu logo após uma perda gestacional.

No que se refere a possíveis questionamentos ou correlações entre os eventos, tendo em vista que essas gestações ocorreram também no contexto de epidemia do vírus Zika, esse não foi um dado que se verificou a partir do depoimento das entrevistadas.

De fato, como afirma o relatório Vozes silenciadas: a experiência da mulher com o Zika vírus<sup>81</sup>, ainda há uma lacuna no conhecimento a respeito do prazo considerado aconselhável para uma concepção segura após o diagnóstico da infecção, uma vez que especialistas ainda não possuem essa estimativa.

Considerando essas perdas gestacionais e possíveis reverberações nas gravidezes que aconteceram posteriormente, Heloísa, em particular, evidenciou que o relacionamento com o filho, nascido com a SCZV de uma gravidez planejada, pareceu em muitos momentos ser permeado pela perda ocorrida alguns meses antes.

*“(...) a gente não sabe como seria hoje, se tivesse aqui. Poderia ter sido diferente. Mas Deus é quem sabe. Não sei. Aquele momento não era pra gente ter tido, né? Se a gente tivesse parado e pensado. Tudo é permissão mesmo. Tudo é permissão de Deus”. (Heloísa)*

Seu relato corrobora o enunciado por Moreira, Cunha e Mello<sup>87</sup>, quando os mesmos afirmam que *“o anúncio de um diagnóstico grave, marcado pela incurabilidade na criança, seja ao nascimento ou ainda no pré-natal (...) muitas das vezes se revela associado a uma situação de saúde complexa”* (p. 180). De fato, esses bebês, que claramente exigem muitos cuidados, demandam também atenção contínua dos serviços de saúde e a busca por atendimentos

especializados, dada a gravidade das situações apresentadas no espectro produzido pelo vírus Zika.

As gestações das crianças com SCZV se relacionavam diretamente com um problema de Saúde Pública, no entanto, como afirmam Moreira, Mendes e Nascimento<sup>85</sup>, se estabeleceu como um processo com consequências e responsabilizações no âmbito individual, marcado pela iniquidade de gênero. Assim, esses desfechos reprodutivos se configuraram num campo de discursos no qual as liberdades individuais das mulheres eram confrontadas diretamente com questões estruturais vinculadas ao Estado.

Nesse sentido, a afirmação de Heloísa possibilita a reflexão sobre o conceito de justiça reprodutiva como pertinente perante a discussão, tendo em vista que, considerados os direitos reprodutivos em sua interconexão com fatores socioeconômicos e políticos que se impõem em diferentes realidades, seu exercício se mostra dificultado para algumas mulheres.

No que se refere ao planejamento ou não das gestações no contexto de epidemia do vírus Zika, Alessandra traz em seu relato o inesperado de uma gestação naquele momento e o “*esquecimento*” da pílula anticoncepcional durante dois dias, o que fez com que tomasse a medicação no dia subsequente, ingerindo três comprimidos de uma única vez. Segundo ela, em função de episódios como esse, sua intenção era há algum tempo mudar do anticoncepcional oral para o injetável, o que não se concretizou justamente em função do medo de que uma nova gravidez acontecesse no intervalo de mudança entre os métodos.

O depoimento de Alessandra, assim como de Carolina, Elisa e Fernanda, possibilitou refletir sobre o que Leal<sup>25</sup> diz serem os modos de significação

próprios que podem ser apreendidos no que se refere aos temas da contracepção e da reprodução.

Isso porque, segundo a autora, um sistema de representações, distanciado do referencial científico se estabelece no que se refere a esses temas, mesmo quando apropriado de seus elementos. Assim, essas noções se apresentam como essenciais no processo de compreensão sobre os corpos das mulheres e suas dinâmicas em interface com as informações obtidas a partir do saber reconhecido como científico.

Tendo em vista essas considerações, uma rede de referências e influências, composta por relações de amizade, familiares, com parceiros, contextos culturais próprios e também estabelecidas com os profissionais de saúde, se mostra profundamente imbricada com a construção desses modos de significação particulares.

Elisa, ao refletir sobre sua gestação, inesperada e no período em que buscava a transição do anticoncepcional injetável para o dispositivo intrauterino (DIU), relata que essa tentativa de mudança ocorreu a partir da orientação de uma colega de trabalho. A mesma, que havia adotado o uso do DIU, afirmou que *“não poderia ficar nenhum resíduo de anticoncepcional no organismo”*, fazendo com que Elisa tentasse *“limpar ele primeiro”* antes de buscar qualquer consulta com um profissional de saúde com fins de orientação.

*“Eu tinha que esperar os três meses pro organismo liberar todo aquele processo que tinha já daquelas injeções pra botar o DIU. Porque senão, não ia adiantar. Não chegou a durar dois meses do tratamento pra fazer a eliminação das injeções, eu peguei a gravidez”.* (Elisa)

De acordo com Elisa, após a gravidez, ela desistiu do uso do DIU depois de ter buscado orientações com uma médica que a atendeu em um posto de

saúde. Conforme a compreensão da participante, o DIU não se mostrava como um método tão seguro quanto esperava, uma vez que seu corpo precisaria se adaptar a ele. Da mesma maneira que, segundo ela, “o DIU também corria o risco de morte”, informação que a entrevistada apreendeu através de outros meios, nesse caso a internet.

A experiência da entrevistada enaltece o quanto uma hierarquia de saberes se estabelece, através da qual o saber científico ou técnico não necessariamente se mostra como preponderante ou mais reconhecido, uma vez que um campo pautado por afetos e emoções, em constante construção, se mostra como envolvido nessas atribuições de valor.

No que se refere ao uso do anticoncepcional injetável, método que Elisa permaneceu fazendo uso após sua gravidez, a participante relata que o medicamento era comprado por sua avó, sendo aplicado em sua residência ou em uma farmácia comercial.

Da mesma maneira, quando Beatriz relatou seu uso da pílula anticoncepcional, era sua sogra quem comprava o medicamento. O que nos possibilita indagar sobre os demais envolvidos nos processos para a garantia dos direitos reprodutivos dessas mulheres e mesmo sobre o controle sobre sua saúde reprodutiva. Beatriz, no entanto, afirmou que interrompeu o uso do método por conta própria, visto que sentia-se mal com a pílula, assim como eram constantes também os esquecimentos.

*“Então, ela comprava pra mim. Mas eu não gostava. Eu odiava também. Eu passava muito mal com o remédio. Aí eu esquecia um dia, aí no outro eu tomava. Aí ficava meio que não fazia efeito, né? Porque eu não tomava certo”. (Beatriz)*

Essa informação reforça o papel exercido por outras mulheres no que se refere à composição de uma rede de referências e influências concernentes aos conhecimentos e práticas. De fato, quando questionadas sobre as pessoas que buscavam quando alguma dúvida surgia nesses campos, as referências mais frequentes das participantes foram outras mulheres: colegas, amigas, irmãs e tias. De forma mais pontual, observa-se nas falas de Alessandra e Carolina que profissionais de saúde e os cônjuges também se apresentaram na tessitura dessa rede.

O depoimento de Carolina traz mais uma perspectiva a respeito da discussão, quando a mesma afirma que “(...) *nunca quis engravidar, na verdade*” e que ter um filho não estava entre os seus planos: “*se acontecer aconteceu, mas não era uma coisa que fosse meu sonho*”. Através de suas palavras, a participante evidencia o quanto realmente são contraditórias e difusas as motivações de uma mulher no que se refere ao campo reprodutivo. Cabe ressaltar que ela já havia engravidado anteriormente, visto que sofreu uma perda gestacional antes de engravidar da criança com a SCZV.

*“Foram dois acidentes. Duas faltas de vergonha. (...) Pelo menos da minha parte não. Ele também falava que não, aí eu não sei [sobre o desejo de ter filhos]. Aí a gravidez veio e foi tranquilíssima, o mais tranquilo possível que você possa imaginar. Não tinha nada”. (Carolina)*

Como aponta Donath<sup>24</sup>, no contexto das sociedades ocidentais, muitas são as expectativas relacionadas à maternidade. Nesse sentido, discursos são produzidos reforçando um suposto destino biológico e natural referido à natalidade e que, ainda na contemporaneidade, tornam restritas, de acordo com determinados contextos e marcadores sociais, as possibilidades de escolha de uma mulher sobre se tornar-se mãe ou não.

Para a autora, tal fato faz com que pressões de diversas ordens, inclusive aquelas internalizadas, assim como a busca por aceitação ou por sanções de um entorno social, condicione a trajetória de cada mulher no que concerne à maternidade. Essas diversas trajetórias reforçam o quanto “*nem sempre está claro para elas se a maternidade é algo que buscaram, algo que simplesmente aconteceu ou algo que lhes foi imposto*”<sup>24</sup> (p. 48).

De acordo com a concepção de Vilela e Barbosa<sup>94</sup>, as decisões reprodutivas das mulheres se relacionam com as representações que essas mantêm sobre si mesmas, mas também são constituídas pelos discursos e relações de poder estabelecidas entre os gêneros.

Dessa forma, ao buscarem compreender as opções contraceptivas entre as mulheres, as autoras apontam para os métodos contraceptivos definitivos, tal como a ligadura tubária, como geralmente associadas às mulheres que experimentam algum grau de tensão em suas vidas reprodutivas, uma vez que essa escolha se mostra geralmente vinculada com a possibilidade de experimentar a sexualidade desvinculada à possibilidade de gravidez. Para as autoras, essas concepções situam-se principalmente entre mulheres que compreendem a contracepção como uma tarefa feminina<sup>94</sup>.

*“Para viver bem e não ter perigo de engravidar, a intenção era essa. Mas por mais que eu tivesse vontade de ter outro filho, eu estava fazendo mais a vontade dele e não a minha, porque eu também deixei de lado a minha vontade”* (Fernanda).

Mesmo considerando que o estudo de Vilela e Barbosa<sup>94</sup> tenha sido realizado há mais de duas décadas, o relato de Fernanda se relaciona diretamente com seus apontamentos, refletindo sua aderência a estereótipos relacionados ao feminino no interior do seu relacionamento. Isso porque,

segundo a participante, como seu cônjuge já tinha filhos de outro relacionamento, além daquele que tinham juntos, o mesmo deixou claro o seu desejo de não ter mais filhos, sendo combinado entre os dois que ela faria a laqueadura, mesmo sendo o desejo de Fernanda ter outros filhos. A entrevistada, entretanto, engravidou da criança com a SCZV quando fazia uma transição entre pílulas anticoncepcionais e buscava informações a respeito do método definitivo. Através do ocorrido, contudo, torna-se possível ponderar o quanto a baixa capacidade de negociação nas relações afetivas e sexuais não se traduz necessariamente em uma falta de poder exercido pelas mulheres nessas relações, tendo em vista que seu desejo se apresenta, mesmo que sob um manto de negação.

Fernanda relatou as muitas mudanças sofridas após o nascimento da criança afetada pela SCZV, como o término do relacionamento com o cônjuge, com quem tinha um relacionamento desde os quatorze anos de idade. O mesmo hoje se mostra ausente na vida dos filhos. Em seu depoimento, a participante reforçou que, com a descoberta da gestação, ele se posicionou a favor da interrupção, visto que não queria ter outros filhos, sendo esse o motivo da separação do casal, antecedendo a descoberta da microcefalia durante a gestação.

Da mesma maneira, em uma gravidez que antecedeu aquela da criança com a SCZV, quando estava em outro relacionamento conjugal, Beatriz trouxe em seu depoimento as repercussões da interrupção de uma gestação. Segundo ela, o pai do bebê, que separou-se dela com a descoberta da gravidez, a pressionou para abortar e ela acabou tomando essa decisão. Em seu relato, Beatriz demonstrou a delicadeza que o assunto tinha para ela.

*“(...) foi dando aquele desespero, que era pra mim tirar, pra mim comprar... que ele ia me levar na mulher, que faz o remédio e tal. Fiquei meio que o que é que eu faço? Aí acabei indo com ele e tirei”.* (Beatriz)

Sendo assim, sobre os processos de negociação e tomada de decisões a respeito do aborto, Heilborn *et al*<sup>95</sup> reforça esse como um tema que se mostra capaz de evidenciar lógicas sociais não somente relacionadas ao exercício da sexualidade, como também associadas às estruturas desiguais de acesso estabelecidas no país. Nesse sentido, relações familiares, entre gêneros, gerações, assim como o pertencimento a certos determinantes, como raça/cor e o acesso aos serviços e políticas públicas, se configuram como fatores que perpassam diretamente essas experiências entre diferentes mulheres e necessários de serem problematizados à luz dos preceitos propostos pela justiça reprodutiva.

Heilborn *et al*<sup>95</sup> apontam que a negociação dessa prática envolve não somente o casal, mas também uma rede social próxima composta por amigos e/ou familiares. Sendo assim, *“não há uma postura a priori já tomada pelo par, contrária ou a favor do aborto em caso de uma gravidez imprevista. Cada contexto de gravidez é avaliado em suas diversas circunstâncias”* (p. 232).

No que se refere ao presente trabalho, o posicionamento das mulheres frente ao tema do aborto se mostrou bastante diverso. Para Alessandra, Carolina, Gisele e Heloísa, essa deveria ser uma escolha da mulher, considerando seu momento de vida e suas condições psicológicas e financeiras para ter um filho, ao passo que Elisa, Fernanda e Una se posicionaram contra essa possibilidade na maior parte das circunstâncias.

*“O meu pensamento é esse: eu jamais abortaria... assim, no caso, ah, tive relação com o meu marido, engravidei, ah, não quero, vou fazer um aborto ali rapidinho e já volto. Não. Não acho certo. Se fosse assim*

*como um caso de um estupro, alguma coisa assim diferente, aí já é um caso a pensar, mas, fora isso, eu acho errado” (Fernanda).*

Una trouxe em seu relato que sua posição sobre a questão vinculava-se diretamente com sua religião, visto que a participante se designou como testemunha de Jeová. Segundo a mesma, o aborto “é errado”.

*Você tá pecando contra um corpo que não é seu. Tem o nosso corpo e tem o corpo dela. Pra mim é um assassinato, entendeu? É o que eu acho”. (Una)*

Para a participante, que já havia sofrido uma perda em uma gestação inesperada e não desejada, anterior aquela da criança exposta ao vírus Zika, as mulheres necessariamente se arrependem e se culpam quando são feitas essas escolhas, estabelecendo uma correlação com a forma como viveu essa perda gestacional. Mas ao estabelecer uma ligação direta entre o acontecimento e o seu não desejo pela gravidez, expressou as contradições envolvidas, quando disse que *“foi espontâneo, mas eu fiquei muito triste por engravidar. Eu acabei perdendo, meio que foi proposital. Eu não queria”*.

No que se refere ao tema da relação dos homens com o campo da contracepção, Machado<sup>96</sup>, traz uma perspectiva importante sobre o assunto. Segundo a autora, os homens não compreendem essa como uma questão relegada apenas às mulheres, demonstrando entender a sexualidade e a reprodução como temas não excludentes e também são parte do universo masculino, principalmente no que se refere às dimensões contraceptiva e preventiva.

A autora, no entanto, destaca que as decisões sobre os métodos utilizados geralmente não implicam em uma negociação entre o casal, uma vez que se distinguem aqueles atribuídos às mulheres (anticoncepcional oral e

injetável, assim como o DIU) e aqueles compreendidos como de responsabilidade dos homens (preservativo masculino e coito interrompido), não existindo necessariamente interferência entre as práticas contraceptivas citadas. De acordo com Machado<sup>96</sup>, essas escolhas para os homens obedecem certo código de classificação, dado a partir do entendimento das relações estabelecidas com diferentes mulheres e apontando para o exercício de relações de gênero e de poder.

Cabe ressaltar que uso de anticoncepcional, oral ou injetável, se mostrou presente no relato de todas as entrevistadas, mesmo que essa escolha contraceptiva estivesse situada a apenas algum momento da vida da participante. A exemplo de Débora, que afirmou que:

*“Pra não falar que eu nunca tomei remédio, cheguei a comprar um anticoncepcional, por que eu tava com medo de engravidar, tomei dois comprimidos e até hoje eu não sei onde que foi parar a cartela. Não tomei mais e quando a gente achava que podia ter dado algum vacilo, eu tomava a pílula do dia seguinte e ia. Tipo, era na sorte”. (Débora)*

De fato, os sentidos que se evidenciaram no nosso estudo se apresentaram em consonância com a pesquisa empreendido por Farias *et al*<sup>97</sup>, a respeito da utilização e acesso aos contraceptivos orais e injetáveis por mulheres na faixa etária de quinze a quarenta e nove anos no Brasil. Através do estudo em questão, observou-se que a prevalência de uso desses métodos para aquelas não gestantes e residentes em área urbana foi de 32,7%, sendo 28,2 % desse total representativo do contraceptivo oral, em contraposição aos 4,5% injetável. As diferenças entre regiões e também relacionadas aos aspectos socioeconômicos não se mostraram como estatisticamente significativas no que se refere ao uso do método contraceptivo.

Além disso, os autores reforçam que a maioria das usuárias de contraceptivos orais e contraceptivos injetáveis, de acordo com o perfil proposto, não buscou sua obtenção através do SUS, pagando pelo medicamento em farmácias comerciais. Para Farias *et al*<sup>7</sup>, o fato sugere que o conceito de universalidade proposto pelo sistema não está devidamente apropriado pela maior parte da população.

Diante disso, os diferentes níveis de acesso aos serviços de saúde e às formas de educação que envolvem o campo da reprodução se evidenciam como relacionados a um grupo específico de mulheres. Nesse sentido, a noção de justiça reprodutiva se mostra pertinente na discussão, uma vez que o exercício desses direitos se relaciona diretamente com uma combinação que envolve marcadores de identidade e fatores sociais e econômicos que conduzem uma maior ou menor possibilidade de escolhas nos processos decisórios.

6.3. “Como é que eu vou dar atenção para mais uma criança?”: escolhas reprodutivas após a epidemia.

Tendo em vista o contexto de eclosão da epidemia do vírus Zika no Brasil e o posicionamento do governo perante a questão, os discursos relacionados ao controle do vetor, o mosquito *aedes aegypti*, e a recomendação de que as mulheres não viessem a engravidar naquele momento se mostraram como as principais medidas preventivas relacionadas à proliferação do vírus no país.

Nesse sentido, uma estratégia de enfrentamento com diversas lacunas se configurou no que se refere à situação de emergência, uma vez que sua perspectiva não se estabeleceu em diálogo com as prerrogativas dos direitos humanos das mulheres.

Na realidade, a adoção e a adequação de serviços de saúde com base nos direitos sexuais e reprodutivos, assim como a promoção e acesso aos serviços básicos, como água encanada e saneamento, se evidenciaram como medidas relegadas nesse cenário<sup>81</sup>. Diante disso, as cobranças de comportamentos no âmbito individual recaíram sobre a população, especialmente sobre as mulheres.

De forma distinta, entre os posicionamentos adotados pela OMS sobre o assunto, a ideia de que gestantes deveriam evitar viajar para países onde vírus circulava, assim como a recomendação sobre os cuidados que deveriam ser tomados pelo casal quando os parceiros tivessem visitado esses mesmos locais, se mostravam como exemplos do que a abordagem internacional, por sua vez, pautava sobre a questão<sup>81</sup>.

---

<sup>v</sup> Trecho retirado da entrevista realizada com a participante Gisele.

Como analisam Nunes e Pimenta<sup>98</sup>, ao produzirem uma reflexão acerca dos diferentes processos de significação envolvidos na epidemia do vírus Zika e a conexão desses processos com os limites da saúde global, medidas sanitárias se apresentaram como elementos políticos nesse contexto. Nesse sentido, ao pautar uma lógica voltada para a contenção de doenças infecciosas e reforçar um discurso biomédico orientado para o controle do mosquito, a saúde global ignorou e negligenciou determinados aspectos.

Assim, *“estruturas e relações políticas globais que promovem desigualdade, a vulnerabilidade e a desvantagem de alguns grupos e regiões”*<sup>98</sup> (p. 5) foram reforçadas. Diante disso, os autores enfatizam que foram negligenciados determinados aspectos, dentre os quais as questões relacionadas aos direitos reprodutivos, aos determinantes sociais envolvidos no contexto de proliferação da doença e também aqueles pertinentes a problemas de infraestrutura e de gestão que permitiram sua propagação<sup>98</sup>.

Considerando toda a problemática envolvida no assunto e o posicionamento oficial adotado pelo Estado brasileiro, frases como a proferida pelo Ministro da Saúde, Marcelo Castro, no final do ano de 2015, foram emblemáticas e amplamente difundidas através dos meios de comunicação tradicionais e digitais (Figura 1).

Figura 1 - Publicação de 18 de novembro de 2015



(Fonte: Página do Jornal Extra. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/saude-e-ciencia/sexo-para-amador-gravidez-para-profissional-diz-ministro-sobre-microcefalia-18080803.html>. Acesso em 27 de abril de 2019).

Durante a Conferência Global sobre Segurança no Trânsito, um evento da Organização Mundial da Saúde (OMS), realizado em Brasília em 18 de novembro de 2015, o Ministro, afirmou: *"Tomem os cuidados devidos quando forem engravidar. Sexo é para amador, gravidez é para profissional. A pessoa que vai engravidar precisa verdadeiramente tomar os devidos cuidados (...)"*<sup>99</sup>.

A frase foi dita quando o mesmo se referia aos cuidados que uma mulher precisaria ter caso engravidasse naquele contexto, no qual evidências começavam a apontar para a relação entre os casos de microcefalia entre recém-nascidos e a epidemia do vírus Zika, denotando uma clara responsabilização das mulheres no que se refere ao assunto.

Na realidade, tornou-se possível observar, ao longo da situação de emergência em saúde pública, a reafirmação de um discurso de controle por parte do Estado. Esse discurso se dirigia a um certo grupo de mulheres,

comumente consideradas como as principais responsáveis por determinados desfechos reprodutivos, enquanto as desigualdades fundamentais as quais se encontravam submetidas não eram consideradas.

Assim, como uma estratégia de abordar questões relacionadas as compreensões das mulheres sobre essa responsabilização ligada a saúde, direitos e justiça reprodutiva presentes na epidemia do vírus Zika, propusemos que as entrevistadas se expressassem sobre a fala do Ministro, considerando suas experiências sobre viver uma gravidez naquele contexto.

Mesmo sendo uma frase de ampla circulação naquele período, nenhuma dentre as nove mulheres entrevistadas afirmou tê-la ouvido ou lido anteriormente. A primeira reação diante do enunciado, por sua vez, se mostrou muito distinta entre elas, mas um entendimento se mostrou presente: a ideia de que a mulher torna-se uma “*profissional*” ou deve ser responsável quando é mãe, no que se refere particularmente a assuntos relacionados ao seu filho.

*“Qualquer um pode fazer sexo? Gravidez só uma pessoa profissional? Eu não entendi. Gravidez é só pra quem é um profissional da saúde? Tipo assim, só posso ficar grávida se eu for uma fisioterapeuta, que vou saber cuidar do meu filho? (...) na verdade, a gente acaba sendo um profissional, né?” (Alessandra).*

*“Agora, em relação à gravidez, ser para profissional, tipo assim, a gente quando engravida a gente parece que vira profissional. A gente procura tudo sobre. Procura o que faz bem, o que faz mal. Principalmente depois que nasce a criança, a gente sempre vira, todo mundo fala que a gente vira, assim, um pouquinho de médico, sabe o que faz bem ou não pra criança” (Débora).*

Apenas Heloísa se contrapôs a essa ideia. A frase despertou grande incômodo na participante, que a princípio se recusou a falar sobre o assunto. Mas logo depois, afirmou o quanto não havia significado em ser profissional no

exercício da maternidade, pois, em sua concepção, “*mãe é amor*”, assim como “*o sexo também faz parte porque tem amor entre os parceiros, os pais*”.

Carolina, por sua vez, demonstrou perplexidade com o enunciado, a partir de outro ponto de vista: o fato de tratar-se de um homem abordando um assunto como a gravidez de tal maneira. Segundo a mesma, independente da criança apresentar alguma deficiência, as mulheres acabam tornando-se profissionais em assuntos relacionados aos seus filhos, entendendo essa como uma construção gradativa. Contudo, ocupar esse lugar, no seu entendimento, deveria ser uma escolha de cada mulher, para aquelas que se propusessem a assumir e “*aguentar o tranco e tudo mais*”.

*“Detalhe maravilhoso é que esse homem nunca vai engravidar. Então... E assim, acho que sexo é pra qualquer um, uma coisa natural... e gravidez, não é pra profissional, é pra quem se propõe. Na verdade, assim, meu ponto de vista, é pra quem se propõe. Porque quem não se propuser, deveria ter o livre arbítrio de falar "não quero estar grávida, ponto". E aí, com todos os acompanhamentos possíveis, decidir não estar grávida. Mas, poderia ter ficado calado”* (Carolina).

Elisa, Fernanda e Una apresentaram em seus depoimentos uma compreensão diferente quando afirmaram que concordavam com a fala do Ministro da Saúde. Segundo elas, o sexo se mostra como algo que faz parte da vida de todas as pessoas, ao passo que, para criar um filho, exige responsabilidade e disponibilidade, particularmente da mulher.

*“É uma frase assim, muito interessante, porque, tem que ter muito... é quase que uma profissão, pra ser mãe. Porque fazer relação por fazer, qualquer um faz. Mas agora, assumir o erro? Porque, não vamos dizer "ah, não é um erro". É um erro sim, quando não é planejado por você é um erro sim, infelizmente foi um erro, mas como já tá, tem que aguentar, né meu filho?”* (Elisa).

Una complementa essa ideia afirmando que, “*gravidez é pra profissional, mas é um profissional que precisa ser forçado pra existir o trabalho dele*”. A

participante exemplificou sua afirmação referindo-se à sua própria experiência diante de uma perda gestacional. Segundo ela, a gravidez, inesperada naquele momento, havia sido motivo de grande tristeza em sua descoberta, mas esse mesmo sentimento emergiu, junto com um grande sentimento de culpa, quando a entrevistada sofreu um aborto espontâneo.

*“Aí depois eu fiquei com aquela coisa na minha cabeça: será que eu perdi porque eu não quis ele? Se eu tivesse falado que eu queria ele, será que ele tinha ficado? Eu fiquei pensando muito nisso. Me senti um lixo. Literalmente. Eu não quis e ele foi embora. O meu filho mais velho, tadinho, ele sofreu muito, porque eu fiquei um pouco distante, assim. Fiquei uns dois anos, só definhando”. (Una)*

Una, que disse ser Testemunha de Jeová, reforçou que uma reorganização em sua vida, após esse episódio, se mostrou possível apenas com seu ingresso nessa citada religião. Segundo a participante, a situação foi o que permitiu seu posicionamento distinto diante da maternidade, tanto em relação ao seu filho mais velho, quanto por considerar a possibilidade de vir a engravidar novamente, sendo a gestação de seu segundo filho, a criança exposta ao vírus Zika, planejada.

A partir dessas falas, é possível compreender o quanto as responsabilidades atribuídas à maternidade ainda se apresentam para as participantes como campo vinculado essencialmente ao feminino, reforçando o que Bonan<sup>45</sup> relaciona com os campos da reprodução e da sexualidade. Para a autora, esses campos funcionam como alicerces de relações desiguais e através dos quais diferenciais de poder se estabelecem.

Mattar e Diniz<sup>100</sup>, ao abordarem a ideia sobre a existência de hierarquias reprodutivas, acrescentam que determinados marcadores sociais das mulheres, como raça, classe social e parceria sexual, perpassam diretamente a legitimidade e aceitação social de um modelo de maternidade a ser exercido por

elas. Além disso, segundo as autoras, mesmo diante de transformações, a maternidade permanece como uma “*identidade forçada das mulheres*” (p. 108), enquanto o cuidado com os filhos se mantém como atribuição delas.

A partir da fala do Ministro, mas também ao longo das entrevistas, os depoimentos das participantes evidenciaram clara cobrança sobre um determinado lugar que precisava ser ocupado por elas como mães, pautado na responsabilidade e dedicação incondicional aos seus filhos.

Em especial, no que se refere à epidemia do vírus Zika, uma rotina de cuidados exaustiva, pautada por consultas médicas, exames e terapias que envolviam diversas especialidades, era apresentada como necessária desde os períodos mais precoces, quando as crianças eram ainda recém-nascidas.

Galli<sup>101</sup> corrobora esse ponto de vista quando afirma que as mulheres se mostraram como as principais responsáveis pelo cuidado no contexto da epidemia do vírus Zika, diante de todas as suas consequências. De acordo com essa perspectiva, a autora defende que o exercício diário da maternidade se mostrou como uma verdadeira estratégia diante de todas as dificuldades envolvidas e as incertezas sobre as condições em que seus filhos iriam se desenvolver.

Fleischer e Carneiro<sup>89</sup> afirmam que esse verdadeiro itinerário de tratamentos, além de significar uma mudança profunda na rotina e nas relações familiares das mulheres, mães de crianças com microcefalia, reforçava também o quanto as mesmas “*tinham aceitado a estimulação precoce como valor e enunciavam o tipo de mãe pelo qual desejavam ser reconhecidas, aquela publicamente comprometida com a deficiência do filho*” (p. 25).

*“(...) teve uma época que era todo dia da semana fisioterapia, natação. Cada dia da semana era uma coisa e era num lugar diferente. Ele ia*

*em todos. No final de semana eu tava cansada, mas eu ia em todas pra ela poder tá progredindo. E se tiver outras coisas, eu vou lá, vou me inscrever e se eu conseguir eu vou. O que for pra mim fazer que for pra estimular ele, eu tô indo". (Beatriz)*

Considerando a configuração de uma condição grave e crônica de saúde para essas crianças, que exige muitas readaptações em um contexto onde as mulheres se mostram como as principais cuidadoras, o conceito de “*performances narrativas*”, tal como desenvolvido por Castellanos<sup>102</sup> a respeito da experiência de adoecimento crônico, se mostra pertinente para refletir sobre as ideias que circulam no terreno da maternidade para essas mulheres.

Isso porque, segundo o autor, ao longo do processo de adoecimento, reconstruções narrativas podem se apresentar como um recurso para a geração de novos contextos de significação. Sendo assim, as narrativas podem se mostrar como elementos de agenciamento de experiências, a partir de processos que se caracterizam pela resignificação do cotidiano e organização de experiências, pautando e direcionando possíveis ações<sup>102</sup>.

Entretanto, o autor não aborda esse processo como uma retificação do eu, mas sim a partir do pressuposto que, ao longo de uma narrativa, os entrevistados adotam “*performances narrativas*”, apresentando-se, por exemplo, como bons cuidadores, competentes e comprometidos com seus filhos. Segundo ele, a partir dessas performances, o entrevistado encontra condições de afirmar-se em um lugar que compreende como correto e coerente diante de uma determinada situação.

No caso da participante Una, mesmo diante da singularidade de sua experiência<sup>vi</sup>, ela buscou no decorrer de toda a entrevista reforçar seu lugar

---

<sup>vi</sup> Seu filho quando foi realizada a entrevista não apresentava sintomas relacionados ao espectro da SCZV, mas era acompanhado em uma coorte de expostos ao vírus Zika

como mãe, a partir do que atribuía como atrelado a essa função, de acordo com seu entendimento, em termos de presença, dedicação e atenção.

Ela destacou ainda o quanto aquela experiência, de viver sua gestação e o nascimento do filho espreitada pela sombra da infecção pelo vírus Zika, incluindo a necessidade de acompanhamento do bebê de forma assídua no período de dois anos, havia sido transformadora em sua vida, permitindo inclusive novos posicionamentos em relação aos seus outros filhos. Contudo, a participante apontou ainda outras mudanças como resultantes do nascimento da criança.

*Até hoje eu tenho umas crises de ansiedade que eu fico respirando fundo para ver ser passa. É uma crise assim, é um pensamento negativo que eu tenho que vai desencadeando vários pensamentos negativos e vai vindo e só desgraça assim. (...) o coração palpita, eu começo a me tremer, tenho que beber uma água, saio até de perto. A única pessoa que eu conto essas coisas é para o meu marido, mas eu acho que ele não entende, ele acha que é maluquice da minha cabeça.*  
(Una)

Tais dificuldades, relacionadas à emergência de transtornos, foram abordadas também por outra participante da pesquisa, Fernanda. Na ocasião da entrevista, ela falou a respeito dos diagnósticos recentes de depressão, transtorno de ansiedade e síndrome do pânico que havia recebido. A participante se encontrava na ocasião da entrevista em acompanhamento psiquiátrico e psicológico.

*“(...) você vai vendo seu filho crescendo com outras crianças, as crianças desenvolvendo e seu filho ainda não. Fica isso na gente e eu não estava sabendo ainda lidar (...). Só que tem uma hora que eu não aguentei mais suportar isso, até demorou. Foi quando eu entrei em depressão. Eu não tinha mais onde guardar, acabou transbordando”.*  
(Fernanda)

Nesse sentido, repercussões psicológicas, além das sociais, podem ser compreendidas diante de uma necessidade contínua de cuidados e atenção com

as crianças, caracterizada por retornos periódicos aos serviços de saúde, as muitas incertezas que se apresentam e a configuração de um estado de saúde crônico para alguns<sup>103</sup>. Além disso, a dificuldade de deixar a criança sob os cuidados de outras pessoas ou mesmo a inexistência de uma rede de apoio se mostrou como algo frequente no relato das participantes.

Como destacam Rego e Palácios<sup>49</sup>, a estrutura atual, pautada por políticas públicas que se mostram insuficientes no que se refere à questão, tais como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), já significativamente baixo na ocasião de publicação do artigo, e o comprometimento na oferta de serviços em saúde, indicavam que as crianças afetadas pela SCZV e suas famílias, em especial suas mães, teriam uma vida permeada por muitas dificuldades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, educação e assistência social.

Alves e Moreira<sup>104</sup> complementam essa ideia quando abordam os cuidados comumente relacionados a um filho com adoecimento crônico. Isso porque, segundo as autoras, os conhecimentos necessários para lidar com essas determinadas situações podem ser vinculados a aprendizados que extrapolam os recursos tradicionais. Nesse sentido, uma possível sobrecarga do cuidador se estabelece nesse contexto, relacionadas a mudanças não somente no âmbito familiar, mas que envolvem também laços de afeto, amizade e relações de trabalho.

Freire *et al*<sup>103</sup> reforçam ainda como campos significativos pertencentes à experiência de famílias de crianças com o espectro da SCZV as rotinas de vida profundamente modificadas, incluindo as alterações na relação do casal, que são destacadas pelos autores como elementos importantes nesse contexto.

De fato, esse se revelou como um aspecto que pode ser corroborado pela presente pesquisa, tendo em vista que a relação com os cônjuges e as modificações advindas com o nascimento das crianças se revelaram como um ponto importante no depoimento das entrevistadas.

Com exceção de uma participante, Gisele, todas as mulheres relataram que dormiam no mesmo cômodo que a criança, considerando que, em algumas situações, o filho dormia na mesma cama com os pais. Apenas para a participante Heloísa essa opção se relacionava como consequência das condições de moradia da família. A casa, com apenas três cômodos – quarto, cozinha e banheiro – se situava em um terreno dividido com outras casas de integrantes de sua família. Diante disso, o filho mais velho da entrevistada também dormia no mesmo cômodo que o casal.

Sendo assim, muitas mudanças foram pontuadas, principalmente no que se refere às impossibilidades do casal ter um cotidiano a sós, seja pela falta de privacidade estabelecida com a necessidade de atenção contínua ou pela rotina exaustiva de tratamentos da criança. Em particular, aspectos da vida sexual do casal, se mostraram comumente modificados.

Quando questionada sobre o assunto durante a entrevista, Beatriz afirmou que *“não tenho paciência pra nada, eu não sinto mais vontade pra nada”*. Da mesma maneira, Carolina, em dúvida se por efeito da pílula anticoncepcional ou em função do cansaço do dia a dia com a criança, apontou para alterações profundas em aspectos de sua vida afetiva e sexual.

Segundo a mesma, *“libido quase não existe”*. Diante disso, esse se apresentava como um motivo de preocupação para a participante, que temia esses reflexos no seu relacionamento: *“tem vários dias na semana que o meu*

*marido vai dormir de bico porque eu não quero fazer nada (...) dá uma sensação esquisita de que, tipo assim, ele procura menos para fazer coisas juntos”.*

Entre as participantes, Alessandra e Gisele reforçaram que não foram muitas ou significativas as mudanças na vida sexual do casal, sendo apenas necessárias algumas adaptações com a chegada de seus filhos, crianças com a SCZV. Essas mudanças para Alessandra se relacionavam com o fato do filho dormir em seu berço no quarto do casal, ao passo que Gisele havia notado que sua *“libido diminuiu um pouco”*, o que acreditava estar relacionado com as preocupações constantes, sendo esse um motivo para buscar um profissional de saúde, seu ginecologista, com fins de orientação.

No entanto, definições como *“está um caos”* (Carolina), *“ah, não tem. A gente faz uma vez na vida”* (Débora), *“um desastre”* (Elisa) ou *“nada. Uma coisa como se não existisse”* (Fernanda) se mostraram frequentes entre as participantes, denotando o quanto esse se mostrava como um aspecto de suas vidas que havia sofrido transformações importantes a partir do acometimento de seus filhos pelo vírus Zika.

Heilborn<sup>105</sup> considera o exercício da sexualidade como parte integrante da construção de cada indivíduo. Tal processo, entretanto, se mostra diretamente atrelado não somente à sua subjetividade, mas também a distintos contextos culturais e sociais de inserção, que se mostram em diálogo direto com relações de gênero e também de poder. Nesse sentido, a sexualidade se apresenta como campo relacionado a estratégias de integração com determinadas redes sociais, geralmente compostas por relações de parentesco, de vizinhança e de amizade.

Mattar e Diniz<sup>100</sup>, por sua vez, tratam as experiências no campo da sexualidade e da reprodução como aspectos associadas e mediadas

diretamente por relações de poder. Diante disso, para as autoras, “*um imaginário social sexista, generificado, classista e homofóbico*” (p. 114) fundamenta e garante bases para o estabelecimento de um modelo vinculado ao campo da reprodução e ao exercício da maternidade, sendo esse excludente e discriminatório.

O medo que uma nova gestação acontecesse, após o nascimento da criança com a SCZV, perpassou as falas das participantes quando abordadas questões relacionadas à sexualidade. Inclusive, esse se mostrou como motivo de ponderação sobre os métodos contraceptivos escolhidos para algumas delas.

Carolina abordou sua preocupação em continuar fazendo uso da pílula anticoncepcional, pois muitos eram os seus esquecimentos do medicamento, assim como pelo fato do mesmo ter sido receitado apenas para o período de amamentação de seu filho. A partir disso, ela revelou o seu desejo de fazer uso do DIU nesse momento, escolha compartilhada com o cônjuge. Segundo a participante, seu “*pavor*” era ficar grávida de novo, assinalando não ter condições financeiras, mas principalmente psicológicas, para ser responsável por uma outra criança.

Alessandra, por sua vez, fez a opção pela laqueadura tubária, cirurgia que aconteceu no nascimento de seu filho e que escolheu antes de qualquer diagnóstico relacionado à SCZV. Em contraposição, Beatriz desistiu dessa possibilidade ao tomar conhecimento sobre a microcefalia do filho no nascimento, uma vez que muitas eram as notícias naquele momento sobre os óbitos de recém-nascidos em função das malformações.

*“(...) tinham muitas crianças com microcefalia que tavam morrendo. Aí eu fiquei com medo de ligar e acontecer do meu filho vir a falecer e eu não poder ter mais filho. Aí eu não liguei. Mas em si, hoje, no momento, eu não penso em ter filho nenhum”.* (Beatriz)

Sobre a decisão de não ter outros filhos no momento, Beatriz a relacionou com a rotina de cuidados intensa com a criança, visto que, em dúvida se ele seria “*seu bebê pro resto da vida*”, preferia esperar esse desenvolvimento para pensar nessa possibilidade futura.

Cabe ressaltar que a participante referiu fazer uso de preservativo masculino como método contraceptivo por ocasião da entrevista. Sobre o método escolhido anteriormente, o anticoncepcional injetável, Beatriz abordou seu receio com seu uso a longo prazo, entendendo que essa havia sido a causa de morte de algumas mulheres que utilizavam qualquer tipo de anticoncepcional.

Seu relato coincidiu com o de outra entrevistada, Débora, que também afirmou a opção pelo preservativo masculino em função desse medo. Ela, no entanto, fez uso do mesmo método ao longo da vida, não existindo mudanças após o nascimento da criança.

*“A gente usa camisinha. Claro que tem vezes que a gente não usa, mas na maioria das vezes agora a gente usa. Acho que o medo de ter outro filho agora tá maior. Mas acho que nós dois vamos ficar feliz se eu engravidar de novo.... Claro que vai dar trabalho, mas não é uma coisa fora do normal a gente ter outro filho”.* (Débora)

Abordando as atitudes e práticas masculinas relacionadas à reprodução, Oliveira, Bilac e Muszkat<sup>106</sup> afirmam que o DIU e a pílula anticoncepcional se apresentaram como os métodos mais “*cômodos e práticos*” (p.382) entre os homens participantes do seu estudo. No entanto, diante de alguma impossibilidade nesse uso pelas parceiras, os métodos de barreira, tal como os preservativos masculinos, adquirem fundamental importância.

Duarte *et al*<sup>107</sup>, por sua vez, apontam para uma mudança de conduta dos homens no que se refere a uma maior responsabilidade relacionada ao campo

da reprodução. Para os autores, entretanto, esse dado se vincula a um maior grau de escolaridade por parte desses, fazendo da educação um dos fatores que pode afetar positivamente o equilíbrio das relações de gênero.

Sobre os métodos definitivos, Gisele foi a única entre as participantes que trouxe a possibilidade de realização de uma vasectomia<sup>vii</sup> pelo cônjuge, sendo essa uma escolha do casal. Ela, que já tinha como decisão não ter outros filhos, afirmou que a experiência com o nascimento da criança com a SCZV, apenas reforçou seu planejamento, uma vez que acreditava que, diante de uma rotina exaustiva de cuidados, não conseguiria dar a atenção e o cuidado necessário para outro filho.

Na concepção de Duarte *et al*<sup>107</sup>, a possibilidade de realização de uma vasectomia se revela como maior possibilidade de divisão de responsabilidades entre homens e mulheres no que se refere ao território da anticoncepção, sendo esse um indicativo de busca não por regulação, mas de encerramento da fecundidade.

---

<sup>vii</sup> No Brasil, a esterilização voluntária, feminina e masculina, foi regulamentada e normatizada somente no final da década de 1990 e estando relacionada com o planejamento familiar (Portaria 144 do Ministério da Saúde, de acordo com a Lei 9.263, de 1996 e Portaria 048 de 11 de fevereiro de 1999). A ligadura de trompas e a vasectomia voluntárias poderiam ser realizadas perante algumas condições, sendo uma possibilidade para homens e mulheres maiores de 25 anos de idade ou que tivessem pelo menos com dois filhos vivos. No entanto, a esterilização dependeria do consentimento de ambos os cônjuges, no caso de vigência de sociedade conjugal, sendo proibida para a mulher durante o período de parto ou aborto, exceto nos casos em que essa necessidade pudesse ser comprovada.

Heloísa trouxe em seu relato o desejo de realizar a laqueadura tubária durante a gestação de seu segundo filho, a criança com a SCZV. Ela já participava do planejamento familiar em um posto de saúde e, quando soube da patologia da criança, foi encaminhada para outro serviço de saúde especializado, resolvendo adiar essa possibilidade em função das preocupações que emergiram com a nova situação.

Ela, no entanto, falou sobre o medo de que uma outra gravidez acontecesse nesse momento de sua vida, considerando principalmente a rotina de cuidados e tratamentos de seu filho. Tal fato fez com que uma possível realização da laqueadura fosse ponderada pela entrevistada. Contudo, seu depoimento se mostrou ambivalente quando referido a esse aspecto, ao revelar também o seu desejo por ter uma menina em uma nova gestação.

*“Aí depois veio o probleminha dele, aí depois do nascimento eu fiquei pensando mais na ligadura. Pelo fato de ter medo de que viesse de novo com problema, né? Aí a gente fica mais com receio, né? Aí dá vontade de querer outra gravidez. (...) Que eu sempre tive essa vontade de ter uma menina. Poderia chegar no momento e não fazer a ligadura também. Nunca tive essa certeza, de que eu quero”.* (Heloísa).

De fato, o processo de tornar-se mãe relaciona-se com um longo caminho, com início muito anterior ao nascimento do bebê e que se encontra ligado a cada uma dessas mulheres, a partir de suas histórias individuais, suas redes de referência e convívio e também considerando a dinâmica relacional do casal.

Segundo Heloísa, apesar do seu evidente desejo, a possibilidade de realização de uma laqueadura tubária vinculava-se ao seu desconforto com o método contraceptivo que fazia uso naquele momento, o anticoncepcional injetável. Antes da gravidez de seu filho, a criança com a SCZV, ela fazia uso do preservativo masculino, devendo-se essa transição para o anticoncepcional a

uma indicação médica. Assim, de acordo com a participante: *“eu não gostava de tomar remédio assim. Aí, a injeção, eu ficava com um pouco de receio (...). Agora eu estou com medo mesmo de ter outra gravidez”*

No entanto, ela reforçou também essa ponderação sobre a laqueadura como uma forma de evitar um número maior de filhos e também as brigas com seu cônjuge. Diante disso, Heloísa expressa o quanto a opção por um método definitivo, se mostra, em algumas ocasiões, como possibilidade de libertação de uma responsabilidade, dado que os campos da contracepção e da reprodução usualmente encontram-se a cargo das mulheres.

Berquó e Cavenagui<sup>108</sup> partem desse ponto de vista quando abordam os dados vinculados à prevalência de laqueadura tubária no Brasil, reforçando o terreno da contracepção como incumbência atribuída às mulheres. Sendo assim, as autoras destacam o papel exercido por elas no que se refere à regulação da fecundidade e ao controle da reprodução, considerando inclusive o número estimado muito reduzido de vasectomias quando relacionado a esses dados.

O relato de Heloísa se mostra importante também quando relacionado a um outro aspecto: o medo de em uma nova gestação ser acometida não somente pelo vírus Zika, mas de que futuros filhos pudessem ser afetados, da mesma maneira, por alguma deficiência. Esse se configurou como um ponto que emergiu também no depoimento da entrevistada Fernanda.

*“Mas assim, se eu tivesse hoje, uma situação financeira maravilhosa, tranquila, que desse para sustentar, que não tivesse preocupação com nada, eu teria mais filhos. Claro que com receio de ter outra coisa, alguma complicação no caso, de vir uma criança especial. Não que seja preconceito, meu medo é de como ele vai viver (...). Sim, eu penso na Zika. Eu já vejo o trabalho que eu tenho. Como é que eu vou dar atenção para mais uma criança, se vier especial?” (Fernanda)*

Carneiro e Fleischer<sup>75</sup> trazem esse apontamento, quando reforçam a existência de uma discussão e a permanência de dúvidas sobre a possível sobrevivência do vírus Zika não somente no organismo de mulheres que apresentaram a infecção, mas também entre os bebês em processo de desenvolvimento. Sendo assim, de acordo com as autoras, essas dúvidas permearam a possibilidade de uma nova gestação para essas mulheres, mães de crianças com a SCZV.

Considerando o afirmado anteriormente, com base no relatório *Vozes silenciadas: a experiência da mulher com o Zika vírus*<sup>81</sup>, essa ainda se apresenta como um ponto de dúvida a respeito da infecção, considerando que estudiosos sobre o tema ainda não possuem um consenso relacionado ao prazo considerado aconselhável para uma concepção segura após o diagnóstico da infecção.

A única participante da presente pesquisa que viveu essa experiência de uma nova gestação após aquela exposta ao vírus Zika, contudo, não apresentou esse receio. Una reforçou em seu relato que essa não se configurou como uma preocupação durante sua gravidez, considerando que seu filho, exposto ao vírus não havia sido acometido pela doença.

Após essa gestação, Una reforçou o desejo por não ter outros filhos. Ela, na ocasião da entrevista fazia uso de pílula anticoncepcional, mas disse estar em busca da transição e dos caminhos possíveis, considerando os serviços de saúde adequados, para a implantação do DIU, método contraceptivo que considerava ser o mais seguro e o que mais se adequava à sua realidade naquele momento. Segundo a participante, entretanto, seu cônjuge expressava

o desejo de ter outros filhos: “o pai dele é doido, quer ter mais filho, tenho que botar logo o DIU”.

## **7. Considerações finais**

A partir do apresentado e dos três núcleos de sentido que emergiram durante o exercício de interpretação, tornou-se possível uma aproximação com algumas das transformações ocorridas na vida de mulheres, mães de crianças vivendo com a SCZV ou expostas ao vírus.

O encontro com as entrevistadas propiciou também a possibilidade de reflexão sobre o próprio percurso seguido por essa pesquisa, uma vez que tanto o acervo quanto o desenvolvimento do trabalho de campo, instrumentalizado através das notas de inspiração etnográfica, evidenciaram a necessidade de acionamento de novos marcos teóricos conceituais para o decorrer do processo de análise e discussão dos resultados.

Isso porque, algumas premissas iniciais precisaram ser revistas a partir do material empírico e quando considerada a literatura de apoio sobre o tema. Nesse sentido, o termo decisão, que anteriormente se mostrava elemento norteador do estudo, foi problematizado quando relacionado com o campo dos direitos e da saúde reprodutiva. Assim, outras referências foram acionadas na construção de um reposicionamento diante das questões que emergiram.

Tendo em vista as desigualdades estruturais envolvidas no campo reprodutivo e que se evidenciaram com a situação de emergência em saúde pública, o conceito de justiça reprodutiva se mostrou como um embasamento teórico coerente diante do que se apresentou durante o processo de análise dos dados nessa dissertação. De fato, um processo gradativo de responsabilização individual, especialmente das mulheres, foi reforçado no contexto de eclosão da epidemia.

No entanto, problemas de saúde pública e relacionados ao campo dos direitos humanos anteriores à situação de emergência não foram considerados, assim como as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e a efetivação desigual desses direitos.

Diante disso, a esfera da reprodução foi reafirmada como a carga das mulheres, sendo desconsiderado seu vínculo com questões estruturais que a perpassam. As falas das participantes se apresentaram em consonância com esse discurso oficial, principalmente quando mostraram uma cobrança significativa sobre os lugares que deveriam ocupar enquanto mães, pautados pela responsabilização e dedicação incondicional aos seus filhos e filhas.

Ao longo do estudo, um protagonismo feminino se confirmou, uma vez que todas as entrevistadas se apresentaram como as principais referências nos cuidados das crianças afetadas pelo vírus Zika, por vezes, as únicas.

Diante disso, iniquidades de gênero podem ser consideradas, assim como a aderência aos papéis tradicionais e normas sociais por parte dessas mulheres, onde cuidado e educação se reforçaram como sua atribuição. Nesse sentido, as palavras “*ajudar*” e “*apoiar*”, muito presentes no depoimento das entrevistadas, reforçaram essa perspectiva, quando referidas à participação masculina na rotina de cuidados com a criança.

A escolha e controle sobre o uso de métodos contraceptivos também se mostraram como uma responsabilidade dessas mulheres. Assim, a contracepção se evidenciou como uma tarefa feminina, com exceção de uma entrevistada que afirmou que seu marido tinha intenção de se submeter a uma vasectomia, diante da escolha pelo casal de não ter outros filhos após o nascimento da criança com a SCZV. No que se refere aos métodos

contraceptivos definitivos, esses se confirmaram como possibilidade de viver as experiências no campo da sexualidade de forma desvinculada à possibilidade de gravidez.

Observou-se também uma mudança ou mesmo um desejo de mudança dos métodos contraceptivos utilizados anteriormente para a maior parte delas e o papel exercido por outras mulheres no que se refere à composição de uma rede de referências e influências no campo da anticoncepção. O medo de que uma nova gestação viesse a acontecer reforçou essa busca por outros métodos, se confirmando também como elemento presente em suas experiências no campo da sexualidade.

De fato, suas rotinas de vida se mostraram profundamente modificadas, considerando principalmente um cotidiano exaustivo de cuidados e itinerários terapêuticos compostos por inúmeros tratamentos e visitas frequentes aos serviços de saúde com seus filhos e filhas. Diante disso, o afastamento de outras esferas relacionais de suas vidas, incluindo sua relação com os cônjuges, se evidenciou como preponderante nos depoimentos das entrevistadas.

A partir do que pôde ser apreendido pela presente pesquisa, as repercussões provocadas pelo vírus Zika se confirmaram, não restritas às crianças vivendo sob o espectro da SCZV, mas especialmente sobre as mulheres, que se mostraram como as principais cuidadoras de seus filhos e filhas. Nesse sentido, meios de atenção e cuidado para essas mulheres precisam ser estabelecidos, assim como precisam ser favorecidas a construção e o fortalecimento de serviços que garantam atenção integral à sua saúde sexual e reprodutiva.

Tal fato se mostrou evidente diante da dificuldade que as entrevistadas evidenciaram ao falar sobre si mesmas durante as entrevistas. Comumente, esses assuntos eram desviados para o cotidiano de cuidado com as crianças, demonstrando as transformações impostas pela epidemia sobre suas vidas e a dificuldade de considerarem o auto cuidado e a disponibilidade de tempo para si.

No que se refere ao presente estudo, quando ao final da entrevista foram questionadas sobre como havia sido aquela experiência de participar da pesquisa, elas reforçaram essa como uma oportunidade delas como mulheres, mães de crianças com a SCZV, de se expressarem, sem opiniões ou julgamentos e refletirem sobre um certo esquecimento sobre si mesmas. Algumas sinalizaram como havia sido difícil falar sobre alguns assuntos e, ao mesmo tempo, sobre uma falta de confiança para compartilhar o que pensavam sobre as temáticas abordadas com pessoas conhecidas.

Tal fato evidencia que a epidemia para alguns, como essas mulheres e crianças, não acabou e que há necessidade de estabelecimento de meios de escuta direcionados a elas, com fins de possibilitar reposicionamentos diante de uma experiência tão densa e difícil e assim poderem também experimentar caminhos reprodutivos marcados pela autonomia e justiça.

## 8. Referências

- 1- Teixeira D. Dengue Laden: o mosquito terrorista – literatura de cordel. Pernambuco, 2006.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. *Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.  
Disponível em: < <http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/Microcefalia-Protocolo-de-vigilancia-e-resposta-10mar2016-18h.pdf>>. Acesso em jun de 2016.
- 3- Diniz D. *Zika: do Sertão nordestino à ameaça global*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2016a.
- 4- Lesser J, Kitron U. A geografia social do zika no Brasil. *Estud. av*, São Paulo. 2016 Dec; 30(88):167-175.  
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v30n88/0103-4014-ea-30-88-0167.pdf>>. Acesso em 16 de mai 2017.
- 5- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.813, de 11 de novembro de 2015.  
Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1813\\_11\\_11\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1813_11_11_2015.html)>. Acesso em 08 de jan de 2017.
- 6- Organização Mundial da Saúde/ Organização Pan-Americana da Saúde. OPAS/ OMS atualiza caracterização da síndrome congênita do Zika. Brasília: OPAS/OMS Brasil, 2016.  
Disponível em:  
<[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5181:opasoms-atualiza-caracterizacao-da-sindrome-congenita-do-zika&Itemid=821](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5181:opasoms-atualiza-caracterizacao-da-sindrome-congenita-do-zika&Itemid=821)>. Acesso em 12 set 2016.
- 7- Eickmann SH, Carvalho MDCG, Ramos RCF, Rocha MAW, Linden V, Silva PFS. Síndrome da infecção congênita pelo vírus Zika. *Cad. Saúde Pública*. 2016 Jul; 32 (7): 1-3.  
Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000700601&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000700601&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 out 2016.
- 8- Brasil. Ministério da Saúde declara fim da Emergência Nacional para Zika e microcefalia. 2017.  
Disponível em:  
<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/28348-ministerio-da-saude-declara-fim-da-emergencia-nacional-para-zika-e-microcefalia>>. Acesso em 20 de jun de 2017.
- 9- Pan American Health Organization/World Health Organization. Zika cumulative cases. 2018.

Disponível em:

<[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12390:zika-cumulative-cases&Itemid=42090&lang=en](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12390:zika-cumulative-cases&Itemid=42090&lang=en)>. Acesso em 08 fev 2019.

10- Diniz D. Vírus Zika e mulheres. *Cad. Saúde Pública*. 2016 Mai; 32(5): 1-4. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000500601&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000500601&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 out 2016.

11- Marteleto LJ, Weitzman A, Coutinho RZ, Alves SV. The impact of the Zika epidemic on women's reproductive intentions and behaviors in Brazil. Population Research Center. The University of Texas at Austin. Research Brief, October, 2017.

12- Zamboni M. Marcadores Sociais. *Sociologia Especial*, 2015.

Disponível em:

<[http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/wpcontent/uploads/2015/07/ZAMBONI\\_MarcadoresSociais.pdf](http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/wpcontent/uploads/2015/07/ZAMBONI_MarcadoresSociais.pdf)>. Acesso em 12 dez 2017.

13- Baum P, Fiastro A, Kunselman S, Vega C, Ricardo C, Galli B, *et al*. Garantindo uma resposta do setor de saúde com foco nos direitos das mulheres afetadas pelo vírus Zika. *Cad. Saúde Pública*. 2016 Mai; 32(5): 1-4.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n5/1678-4464-csp-32-05-e00064416.pdf>>. Acesso em 05 out 2016.

14- Ribeiro MC. Possíveis repercussões na relação mãe e filho diante de notícias difíceis na gestação de alto risco fetal. Monografia (Residência Multiprofissional em Psicologia). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2017.

15- Gomes R; Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos: a abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 185-221.

16- Itaboraí NR. *Mudanças nas famílias brasileiras (1976-2012): uma perspectiva de classe e gênero*. Rio de Janeiro: GARAMOND; 2017.

17- Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. In: Giffin K, Costa SH. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 67-78.

18- Martins APV. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.

19- Corrêa S. O conceito de gênero: teorias, legitimação e usos. In: Basterd LL, Pitanguy J. *O progresso das mulheres no Brasil: 2003-2010*. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres; 2011. p. 339-334.

20- Scott J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Scott J. Gender: a useful category of historical analyses. *Gender and the politics of history*. New York: Columbia University Press; 1989.

21- Simões Barbosa RH. Humanização da assistência à saúde das mulheres: uma abordagem crítica de gênero. In: Deslandes SF. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 323-350.

22- Bandeira L, Pereira de Melo H. O conflito entre reprodução e o desejo. *Gênero*. 2010; 11 (1): 239-254.

Disponível em:

<<http://www.revistagenero.uff.br/index.php/revistagenero/article/view/69>>.

Acesso em 12 out 2017.

23- Corrêa S. Petchesky R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis*. 1996; 6(1): 147-177.

Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73311996000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311996000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 jun 2017.

24- Donath O. *Mães arrependidas: uma outra visão da maternidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2017.

25- Leal OF. Sangue fertilidade e práticas contraceptivas. In: Alvez PC, Minayo MCS. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994.

26- Giffin K. Corpo e conhecimento na saúde sexual: uma visão sociológica. In: Giffin K, Costa SH. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 79-91.

27- Hobsbawn EJ. *Era dos extremos: o breve século XX (1914 – 1991)*. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.

28- Scavone L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface*. 2001; 5(8): 47-59.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/04.pdf>>. Acesso em 10 nov 2017.

29- Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18 Suppl: 103-112.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v18s0/13797.pdf>>. Acesso em 05 out 2016.

30- ÁVILA, MB. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19 Suppl 2: 465-9.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000800027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800027&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 mai 2017.

31- Corrêa S, Ávila MB. Direitos Sexuais e Reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: Berquó E. *Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora da Unicamp; 2003. p. 17-78.

32- ÁVILA, MB. Modernidade e cidadania reprodutiva. *Estudos Feministas*. 1993; 1(2): p. 382-393.

Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16070>>. Acesso em 10 mai 2017.

33- Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Plataforma de Cairo, 1994.

34- Corrêa S, Jannuzi PM, Alves JED. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. Projeto Sistema de Indicadores Municipais em Saúde Sexual e Reprodutiva – ABEP e IBGE. Rio de Janeiro, 2003.

Disponível em:

<[http://centroriosaudeglobal.org/wp-content/uploads/2016/08/Correa2c-S.-et-all-Ind\\_mun\\_saude\\_sex\\_rep\\_capitulo1\\_p27a62.pdf](http://centroriosaudeglobal.org/wp-content/uploads/2016/08/Correa2c-S.-et-all-Ind_mun_saude_sex_rep_capitulo1_p27a62.pdf)>. Acesso em 15 jun 2017.

35- Corrêa S. Legados do Cairo: para além da “mesmice”? In: Wong LR *et al*. *Cairo+20: perspectivas da agenda de população e desenvolvimento sustentável pós 2014*. Rio de Janeiro: ALAP; 2014. p. 23-31.

36- Xavier AK, Rosato CM. Mulheres e Direitos: Saúde sexual e reprodutiva a partir das Conferências da ONU. *Revista Ártemis*. 2016; XXI: p. 116-130.

Disponível em:

<<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/artemis/article/view/27799/16091>>. Acesso em 05 jan 2018.

37- Organização Mundial da Saúde. A ONU e as Mulheres. Conferências Mundiais da Mulher. ONU Mulheres Brasil, 2014.

Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/planeta5050-2030/conferencias/>>. Acesso em 10 jan 2019.

38- Camarano AA. Perspectivas para Cairo+20: como avançar na discussão sobre população e desenvolvimento. *R. bras. Est. Pop.* 2013; 30(2): 603-8, 2013.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v30n2/14.pdf>>. Acesso em 10 jan 2019.

39- Barroso C, Bruschini C. Construindo a política a partir da vida sexual: discussões sobre a sexualidade entre mulheres pobres no Brasil. In: Labra ME. *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Petrópolis: Vozes; 1989. p. 223-239.

- 40- Costa AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2009 Jul/Ago; 14(4): 1073-1083. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 de mai 2017.
- 41- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em mai 2017.
- 42- Corrêa S. Sexualidade e política da segunda década dos anos 2000: o curso longo e as armadilhas do presente. In: Da Silva DA, Hernandez JG, Da Silva Junior AL, Uziel A. *Feminilidades: corpos e sexualidades em debate*. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2013.
- 43- Barros RP, Coutinho D, Mendonça RM. População e desenvolvimento. In: Wong LR *et al*. *Cairo+20: perspectivas da agenda de população e desenvolvimento sustentável pós 2014*. Rio de Janeiro: ALAP; 2014. p. 41-53.
- 44- Cavenagui S. A dinâmica populacional e a agenda de população e desenvolvimento sustentável. In: Wong LR *et al*. *Cairo+20: perspectivas da agenda de população e desenvolvimento sustentável pós 2014*. Rio de Janeiro: ALAP; 2014. p. 79-93.
- 45- Bonan C. Reflexividade, sexualidade e reprodução: encruzilhadas das modernidades latino-americanas. *Iberoamericana*. 2005; 18: p. 89-107. Disponível em: <<https://journals.iai.spkberlin.de/index.php/iberoamericana/article/download/993/673>>. Acesso em 14 dez 2018.
- 46- Ventura M, Medina TCRC. Direitos reprodutivos e o aborto: as mulheres na epidemia de Zika. *Direito e Práxis*. 2016; 7(15): 622-651. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=350947688020>>. Acesso em 12 mai 2017.
- 47- Pitanguy J. Os direitos reprodutivos das mulheres e a epidemia do Zika vírus. *Cad. Saúde Pública*. 2016 Jun; 32(5): 1-3. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000500603&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000500603&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 out 2016.
- 48- Perry CN, Beca IJ. Virus ZIKA y aborto por correspondencia, una realidad cercana a Chile. *Rev. Chil. Obstet Ginecolol*. 2017; 82 (1): 89-92. Disponível em: <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v82n1/art15.pdf>>. Acesso em 20 jul 2017.
- 49- Rego S, Palácios M. Ética, saúde global e a infecção pelo vírus Zika: uma visão a partir do Brasil. *Rev. Bioét*. 2016; 24(3) 430-4.

Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422016000300430&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000300430&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 mai 2017.

50- Galli B, Deslandes S. Ameaças de retrocesso nas políticas de saúde sexual e reprodutiva no Brasil em tempos de epidemia de Zika. *Cad. Saúde Pública*. 2016 Abr; 32(4): 1-3.

Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/csp/v32n4/1678-4464-csp-32-04-e00031116.pdf>>. Acesso em 05 out 2016.

51- Drezzet J, Gollop TR. O vírus Zika: uma nova e grave ameaça para a saúde reprodutiva das mulheres. *Reprod. Clim*. 2016; 31(1): 1-4.

Disponível em: < <http://www.elsevier.es/es-revista-reproducao-climaterio-385-articulo-o-virus-zika-uma-nova-S1413208716300243?referer=buscador>>.

Acesso em 10 abr 2017.

52- STERN, AM. Zika e justiça reprodutiva. *Cad. Saúde Pública*. 2016 Mai; 32(5): 1-3.

Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n5/1678-4464-csp-32-05-e00081516.pdf>>.

Acesso em 05 out 2016.

53- Ross L. Understanding Reproductive Justice: transforming the pro-choice movement. *Off our backs*. 2006; 36(4).

54- MORISON, T. Moving from reproductive choice to reproductive justice.

Disponível em: <<http://www.hsrb.ac.za/en/review/hsrb-review-may-2013/moving-from-reproductive-choice-to-reproductive-justice>>

55- Da Matta R. O ofício do etnólogo, ou como ter 'Anthropological Blues'. In: Nunes E. *A aventura sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar;1978. p. 23-95.

56- Wright Mills C. Do artesanato intelectual. In: Wright Mills C. *A imaginação sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar; 1982

57- Vieira FB. Desencontros e descaminhos de uma pesquisa sociológica num hospital público. In: Fleisher S, Shuch P. *Ética e regulamentação na pesquisa antropológica*. Brasília: Letras Vivas; 2010. p. 127-140.

58- Deslandes SF, Gomes R. A pesquisa qualitativa em serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosi M. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 99-120.

59- Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012 - Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

60- Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510/2016 – Dispõe sobre a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

61- Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Pesquisa Qualitativa*. 2017; 5(7): 01-12. Disponível em:

<<http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>>. Acesso em 14 mar 2017.

62- Guerriero I, Minayo MCS. O desafio de revisar aspectos éticos das pesquisas em ciências sociais e humanas: a necessidade de diretrizes específicas. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*. 2013; 23(3): 763-782.

63- Caprara A, Landim LP. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2008; 12 (25): 363-76.  
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a11v1225.pdf>>. Acesso em 08 mai 2017.

64- Minayo MCS. Trabalho de Campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Minayo MC, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 61-77.

65- Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer, MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 64-89.

66- MOREIRA, MEL *et al*. Neurodevelopment in infants exposed to Zika virus in útero. *N Engl J Med*, 2018; 379, p. 2377-9.  
Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc1800098>>.  
Acesso em 15 fev. 2019.

67- Deslandes SF. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: Minayo MC, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2016. p. 29-55.

68- Caprara A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cad. Saúde Pública*. 2003 Jul/Ago; 9(4): 923-931.  
Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19n4/16842.pdf>>. Acesso em 14 jul 2018.

69- Ferreira SPA, Dias MGBB. A leitura, a produção de sentidos e o processo inferencial. *Psicologia em Estudo* 2004; 9(3): 439-448.

70- WhatsApp Inc. Sobre o WhatsApp. Nosso App. [Internet]. 2017.  
Disponível em: <<https://www.WhatsApp.com/about/>>. Acesso em 10 dez 2018.

71- Frossard VC, Dias MCM. O impacto da internet na interação entre pacientes: novos cenários em saúde. *Interface*. 2016; 20(57): 349-361.  
Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1334>>. Acesso em 20 de nov 2016.

72- Parry Scott R, Quadros MT, Rodrigues AC, Lira LC, Matos SS, Meira F, *et al*. A epidemia de Zika e as articulações das mães num campo tensionado entre

feminismo, deficiência e cuidados. *Cadernos de Gênero e Diversidade*. 2017; 3(2): 73-92.

73- Campos DS, Moreira MCN, Nascimento MAF. Navegando em águas raras: Notas de uma pesquisa com famílias de crianças e adolescentes vivendo com doenças raras. *Cien Saude Colet*. 2018; 10: 1-28.

Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/navegando-em-aguas-raras-notas-de-uma-pesquisa-com-familias-de-criancas-e-adolescentes-vivendo-com-doencas-raras/16814?id=16814>>. Acesso em 05 jan 2019.

74- Brasil P *et al*. Zika Virus Infection in Pregnant Women in Rio de Janeiro. *N Engl J Med*. 2016; 375: 2321-2334.

Disponível em:

<[https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1602412?query=featured\\_home](https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1602412?query=featured_home)>. Acesso em 15 fev 2019.

75- Carneiro R, Fleischer SR. “Eu não esperava por isso. Foi um susto”: conceber, gestar e parir em tempos de Zika à luz das mulheres de Recife, PE, Brasil. *Interface*. 2018; 22(66): 709-719.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n66/1807-5762-icse-22-66-0709.pdf>>. Acesso em 07 dez 2018.

76- World Health Organization. Gestão da gravidez no contexto da infecção pelo vírus Zika: orientações provisórias. 13 de maio de 2016.

77- Porto RM, Moura PRS. O corpo marcado: a construção do discurso midiático sobre Zika vírus e microcefalia. *Cadernos de Gênero e Diversidade*. 2017; 3(2): 158-191.

78- Human Rights Watch. *Esquecidas e desprotegidas: o impacto do vírus Zika nas meninas e mulheres no nordeste do Brasil*, 2017.

Disponível em:

<[https://www.hrw.org/sites/default/files/report\\_pdf/wrdzika0717port\\_web\\_0.pdf](https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/wrdzika0717port_web_0.pdf)> Acesso em 20 de jul 2017.

79- Castro MC, Han QC, Carvalho LR, Victora CG, França GVA. Implications of Zika vírus and congenital Zika syndrome for the number of live births in Brazil. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2018; 12(24): 6177-6182.

Disponível em: < <https://www.pnas.org/content/pnas/115/24/6177.full.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

80- Carvalho LP. Vírus Zika e direitos reprodutivos: entre as políticas transnacionais, as nacionais e as ações locais. *Cadernos de Gênero e Diversidade*. 2017; 3(2):134-157.

Disponível em:

<<https://portalseer.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/22030>>. Acesso em 08 mai 2017.

81- Center for Reproductive RIGHTS. *Vozes silenciadas: a experiência da mulher com o Zika vírus*. New York: Harvard T.H. Chan School of Public Health's Women and Health Initiative and Yale's Global Health Justice Partnership, 2018.

82- Hunt M. The human right to reproductive justice: a feminist theo-ethical perspective. *Mandrágora - Gênero, religião e políticas públicas*. 2007; 13(13): p. 33-38.

Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MA/article/view/5552/4538>>. Acesso em 15 mar 2019.

83- Hirata H. Mudanças e permanências nas desigualdades de gênero: divisão sexual do trabalho numa perspectiva comparada. *Friedrich Ebert Stiftung Brasil*, 2015, n.7.

84- Parry Scott R, Lira LC, Matos SS, Souza FM, Silva ACR, Quadros MT. Itinerários terapêuticos, cuidados e atendimento na construção de ideias sobre maternidade e infância no contexto da Zika. *Interface*. 2018; 22(66): 673-684.

85- Moreira MCN, Mendes CHF, Nascimento M. Zika, protagonismo feminino e cuidado: ensaiando zonas de contato. *Interface*. 2018; 22(66): 697-708.

86- Williamson KE. Cuidados nos tempos de Zika: notas da pós-epidemia em Salvador (Bahia), Brasil. *Interface*. 2018; 22(66): p. 685-696.

87- Moreira MCN, Cunha CC, Mello AS. Conversando sobre crianças e adolescentes com condições crônicas complexas na atenção primária: a atenção domiciliar gerando interfaces entre especialidades e o cuidado no domicílio. In: Santos IS, Goldstein RA. *Rede de pesquisa em Manguinhos: sociedade, gestores e pesquisadores em conexão com o SUS*. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 175-192.

88- Pinheiro DAJP. "Mãe é quem cuida": a legitimidade da maternidade no discurso de mães de bebês com microcefalia em Pernambuco. Dossiê Gênero, cuidado e famílias. *Mediações*. 2018; 23(3): p. 132-163.

89- Fleischer S, Carneiro R. A alta terapêutica de crianças com a Síndrome Congênita do vírus Zika: o que esse fenômeno pode nos contar sobre o estado atual da epidemia? In: Braz CAD, Henning CE. *Gênero, sexualidade e saúde: diálogos latino-americanos*. Goiânia: Editora da Imprensa Universitária; 2017. p. 17-51.

- 90- Hirata H, Debert GG. Dossiê Gênero e Cuidado. *Cadernos Pagu*. 2016; 46: 7-15.
- 91- Heilborn ML. Experiência da Sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: Heilborn ML *et al*. *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Garamond; 2006. p. 30-62.
- 92- Ferrari, W, Peres S, Nascimento M. Experimentação e aprendizagem na trajetória afetiva e sexual de jovens de uma favela do Rio de Janeiro, Brasil, com experiência de aborto clandestino. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 23(9): 2937-2950. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n9/1413-8123-csc-23-09-2937.pdf>>. Acesso em 05 abr 2019.
- 93- Dadoorian, D. Gravidez na adolescência: um novo olhar. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2003; 21(3): 84-91.
- 94- Vilela W, Barbosa R. Opções contraceptivas e vivências da sexualidade: comparação entre mulheres esterilizadas e não esterilizadas em região metropolitana do Sudeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 1996; 30(5): 452-459.
- 95- Heilborn ML *et al*. Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. *Sexualidade, salud y sociedad – Revista Latinoamericana*. 2012. n.12: 224-257.
- 96- Machado PS. Muitos pesos e muitas medidas: uma análise sobre masculinidade(s), decisões sexuais e reprodutivas. In: Heilborn ML *et al*. *Sexualidade, reprodução e saúde*. Rio de Janeiro: FGV; 2009. p. 175-201.
- 97- FARIAS, MR *et al*. Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2016; 50 Suppl 2: 1S-10S. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt\\_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006176.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006176.pdf)>. Acesso em 08 de jan. 2019.
- 98- Nunes J, Pimenta DN. A epidemia de Zika e os limites da saúde global. *Lua Nova*. 2016; n. 98: 21-46. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n98/1807-0175-ln-98-00021.pdf>>. Acesso em 05 jun 2017.
- 99- Souza A. “Sexo é para amador, gravidez é para profissional”, diz ministro sobre microcefalia. *Jornal Extra on line*. 18 de novembro de 2015. Disponível em: <<https://extra.globo.com/noticias/saude-e-ciencia/sexo-para-amador-gravidez-para-profissional-diz-ministro-sobre-microcefalia-18080803.html>>. Acesso em 20 de abr. 2019.

100- Mattar LD, Diniz CSG. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface*. 2012;16(40): 107-119.

101- Galli B. Aonde está o direito ao aborto? Comentário sobre o documentário Zika, The Film. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(6) 1-2.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-eES010616.pdf>>. Acesso em 05 out 2016.

102- Castellanos MEP. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2004; 19(4): 1065-1076.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01065.pdf>>. Acesso em 28 set 2017.

103- Freire IM, Pone SM, Ribeiro MC, AIBE MS, Pone MVS, Moreira MEL, *et al*. Síndrome congênita do Zika vírus em lactentes: repercussões na promoção da saúde mental das famílias. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 32(5): 1-5.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n9/1678-4464-csp-34-09-e00176217.pdf>>. Acesso em 04 set 2018.

104- Alves CA, Moreira MCN. As condições crônicas de saúde na infância e adolescência e as redes de atenção à saúde. *Diversitates International Journal*. 2015; 7(1):1-17.

Disponível em: <<http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/90/68>>. Acesso em abr. 2017.

105- Heilborn ML. Construção de si, gênero e sexualidade. In: Heilborn ML. *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999. p. 40-58.

106- Oliveira MC, Bilac ED, Muszkat M. Homens e anticoncepção: um estudo sobre duas gerações masculinas das “camadas médias” paulistas. XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2000; Caxambu.

107- Duarte GA, Alvarenga AT, Osis MJD, Faúndes A, Sousa MHD. Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(1): 207-216

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19n1/14921.pdf>>. Acesso em 10 abr 2019.

108- BERQUÓ, E; CAVENAGUI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19 Suppl 2: S441-S453.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a25v19s2.pdf>>. Acesso em 05 out 2016.

## Apêndice 1

### Roteiro de entrevista semi-estruturada

#### ➤ **Módulo introdutório: perfil sócio-demográfico**

1. Qual a sua idade?
2. Como se define a partir da cor da pele?
3. Onde nasceu? Onde mora?
4. Com quem mora?
5. No momento, tem algum relacionamento afetivo?
6. Você estudou até que série?
7. Você trabalha? Com o que? Está trabalhando nesse momento?
8. Qual a idade de seu filho (a)?

#### ➤ **Módulo temático I: saúde reprodutiva (experiências e métodos)**

1. Você tem outros filhos?
2. Quantas vezes você ficou grávida?
3. Qual a sua idade quando engravidou a primeira vez?
4. Você teve algum aborto? Já interrompeu uma gravidez?
5. Você faz ou já fez uso de métodos contraceptivos? Quais? O que a levou a escolher esse método (considerar o contexto)? Alguém indicou? Precisou de prescrição?
6. Quando engravidou de (criança com a SCZV) usava algum método contraceptivo?
7. Como e quando você descobriu que estava grávida de (criança com a SCZV)?
8. Você já engravidou depois do nascimento de (criança com a SCZV)?
9. Você está fazendo uso de algum método contraceptivo?
10. Em caso afirmativo, existe negociação sobre as práticas contraceptivas? Quem decide?

➤ **Módulo temático II: saúde sexual (sexualidade e sexo - comportamento)**

1. Considerando sua vida hoje, como você me descreveria sua vida amorosa e sexual? (afetos e sexualidade)
2. Houve mudanças na sua vida amorosa e sexual após o nascimento de (criança com a SCZV)? Em caso afirmativo, pode me dizer quais foram?
3. Quando você tem dúvidas sobre alguma questão no campo da sexualidade, com quem conversa? Já procurou algum profissional ou serviço de saúde para conversar sobre esses temas?

➤ **Módulo temático III: decisões reprodutivas (desejos, intenções, surpresas)**

1. Sua gestação foi planejada? Desejada? (ou gestações)
2. Ficar grávida te surpreendeu? (Em caso positivo) Pode me falar sobre essa(s) surpresa(s)?
3. Você planeja ter outros filhos? Mas deseja? E se ficasse grávida agora, como acha que se sentiria com relação a essa gravidez e a ter esse filho? (Sentidos dados às decisões reprodutivas no contexto pós-epidemia).
4. Seus planos mudaram após o nascimento de (criança com a SCZV)? (Planejamentos e desejos de ter outros filhos - decisões reprodutivas diante de condições complexas de saúde e possíveis transformações impostas).
5. Você acha que a forma como se sente hoje sobre a decisão de ter filhos está associada ao nascimento de (criança com a SCZV)?

➤ **Módulo temático IV: sobre a intenção de gravidez diante da microcefalia**

Agora vou pedir que você leia uma frase que circulou nos jornais, televisão, internet, dita pelo Ministro da Saúde em 2016 e que me diga o que pensa (perguntar se ela já conhecia, como se sente, o que diria para ela naquela época e agora).

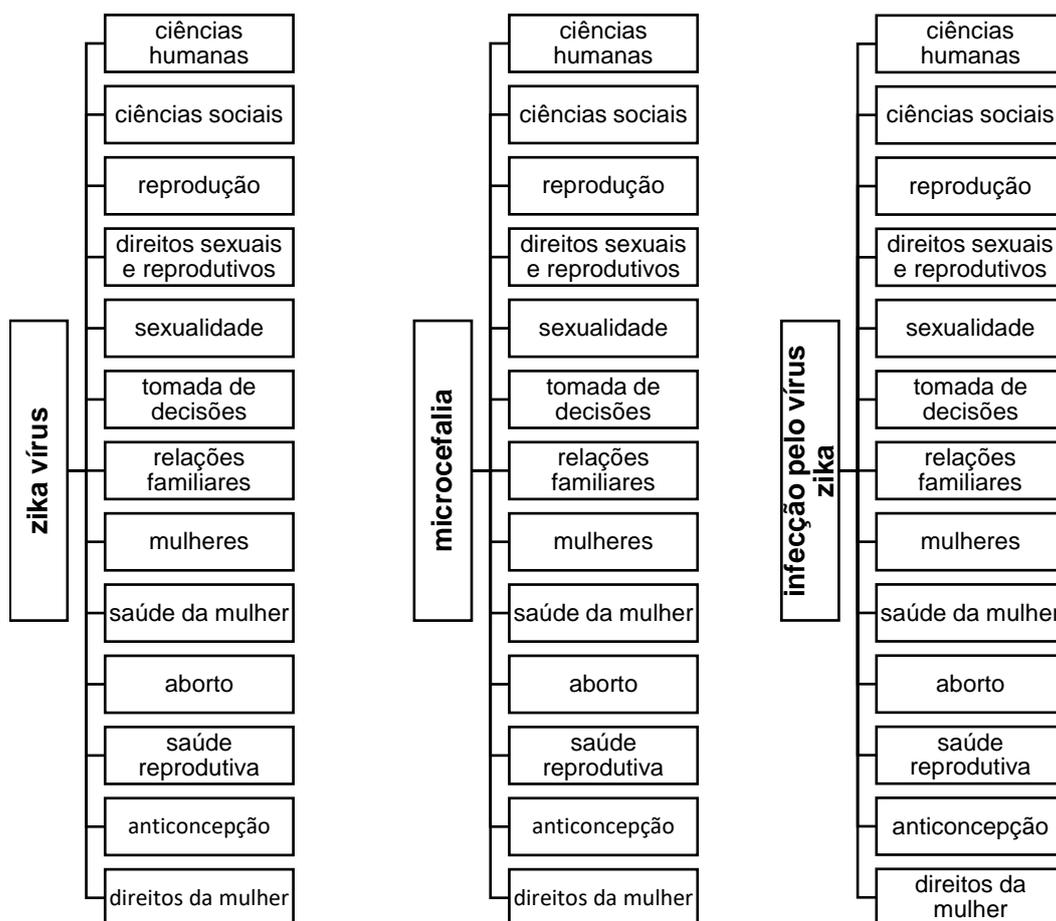
**“Sexo é para amador, gravidez é para profissional”**

**Ministro da Saúde Marcelo Castro**, Jornal EXTRA, publicação de 18/11/2015  
(<https://extra.globo.com/noticias/saude-e-ciencia/sexo-para-amador-gravidez-para-profissional-diz-ministro-sobre-microcefalia-18080803.html>).

**Finalização: Você já havia refletido sobre essas questões antes? Gostaria de saber como você se sentiu ao falar sobre esses temas. Deseja falar algo mais?**

## Apêndice 2

Figura 1 – Diagrama de combinação dos descritores consultados.



## Anexo 1



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Decisões reprodutivas de mulheres com filhos e filhas vivendo com a Síndrome Congênita do Zika Vírus

Pesquisadora responsável: Milena da Cunha Ribeiro

Telefone de contato: (21) 99786-8810

Instituição responsável pela pesquisa: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ).

Endereço: Avenida Rui Barbosa 716, Flamengo – Rio de Janeiro, RJ.

Nome da participante: \_\_\_\_\_

Você está convidada a participar da pesquisa intitulada “Decisões reprodutivas de mulheres com filhos e filhas vivendo com a Síndrome Congênita do Zika Vírus”. Participarão do estudo, mulheres, que como você, tenham mais de dezoito anos de idade e são mães de crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus ou com alterações no desenvolvimento, possivelmente relacionadas com o vírus Zika. A pesquisa tem o objetivo de compreender as escolhas sobre ter ou não outros filhos e o uso de métodos contraceptivos após o nascimento dessas crianças.



Caso aceite esse convite, você participará de uma entrevista com a pesquisadora responsável. Todas as entrevistas serão gravadas, transcritas e ficarão sob a guarda da pesquisadora. Serão adotados procedimentos que garantam confidencialidade e sigilo das informações.

Você pode e deve esclarecer suas dúvidas e fazer perguntas ou interromper a entrevista a qualquer momento da pesquisa.

Os riscos relacionados ao estudo são mínimos, associados a lembranças durante a entrevista. Será priorizado o seu bem-estar, podendo a pesquisadora intermediar encaminhamento para atendimento psicológico, independentemente de sua participação na pesquisa.

As informações obtidas neste estudo poderão ser úteis para a compreensão das consequências produzidas pela epidemia do vírus Zika na vida de mulheres com filhos e filhas vivendo com a Síndrome Congênita do Zika Vírus, em especial sua saúde reprodutiva.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e você poderá abandonar ou retirar-se do estudo a qualquer momento, sem que isto cause qualquer prejuízo. A pesquisadora, julgando necessário para o seu bem-estar, também poderá retirá-la do estudo.

Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação ou de seu (sua) filho (a). Os resultados do estudo poderão ser divulgados apenas em eventos ou publicações científicas. É garantido às participantes da pesquisa o conhecimento dos resultados da mesma, caso solicitem.

Você receberá uma via idêntica deste documento assinado pela pesquisadora responsável pelo estudo.

Sua participação não implicará custos ou despesas para você com procedimentos previstos na pesquisa. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.



É garantido o direito de indenização, em caso de eventuais danos que sejam comprovados como decorrentes da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira, se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (e-mail: [cepiff@iff.fiocruz.br](mailto:cepiff@iff.fiocruz.br); telefone: 2554-1730).



## CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_  
autorizo voluntariamente a minha participação nesta pesquisa.

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

Testemunha (quando necessário)

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

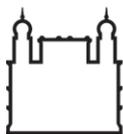
Telefone (quando pertinente): \_\_\_\_\_

Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Anexo 2 - Aprovação da vice diretoria de pesquisa do IFF – Fiocruz**

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

**IFF**INSTITUTO NACIONAL  
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

Rio de Janeiro, 28 de maio de 2018.

Declaro que as exigências feitas para liberação da pesquisa “*Decisões reprodutivas de mulheres com filhos e filhas vivendo com a Síndrome Congênita do Zika Vírus*” desenvolvido por *Milena da Cunha Ribeiro* sob a orientação de *Corina Helena Figueira Mendes*, protocolado neste departamento sob o nº 2003/VDP/2018, foram todas realizadas. Portanto, projeto está **Aprovado**.

Informamos que o projeto de pesquisa só poderá ser desenvolvido após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente – Fernandes Figueira

Vania de Matos Fonseca

Vice-Diretora de Pesquisa

**Vania de Matos Fonseca**  
Vice-diretora de Pesquisa  
IFF/Fiocruz  
Matrícula: 0463389

**Anexo 3 - Aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do IFF – Fiocruz****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

INSTITUTO FERNANDES  
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/  
MS

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** DECISÕES REPRODUTIVAS DE MULHERES COM FILHOS E FILHAS VIVENDO COM A SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS

**Pesquisador:** Corina Helena Figueira Mendes

**Versão:** 2

**CAAE:** 91590218.5.0000.5269

**Instituição Proponente:** Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.777.508

**Apresentação do Projeto:**

Após a mudança do quadro epidemiológico do Zika Vírus que acometeu o Brasil no período de 2015-2017 e do fim da emergência em saúde pública, as consequências e repercussões da epidemia permanecem na vida de crianças e suas famílias, em especial suas mães. Neste sentido, o contexto pós epidemia aponta para a urgência no estabelecimento de meios de atenção e cuidado direcionados às mulheres, que atuam como principais cuidadoras de seus filhos e filhas. Desta forma, considerando as modificações sofridas em suas vidas e dinâmicas familiares, assim como as iniquidades reveladas por esse contexto, este trabalho tem como objetivo compreender como se constroem suas decisões reprodutivas no contexto de pós epidemia.

<b>Endereço:</b>	RUI BARBOSA, 716		
<b>Bairro:</b>	FLAMENGO	<b>CEP:</b>	22.250-020
<b>UF:</b>	RJ	<b>Município:</b>	RIO DE JANEIRO
<b>Telefone:</b>	(21)2554-1730	<b>Fax:</b>	(21)2552-8491
		<b>E-mail:</b>	cepiff@iff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES  
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/  
MS



Continuação do Parecer: 2.777.508

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa com essas mulheres cuja hipótese é que a epidemia do Zika vírus produziu repercussões nas decisões e na vida reprodutiva de mulheres que são mães de crianças vivendo com a SCZV.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Compreender como se constroem as decisões reprodutivas de mulheres com filhos e filhas vivendo com a Síndrome Congênita do Zika Vírus.

Objetivo Secundário:

- 1) Investigar as redes de referências e de influências que compõem o campo das decisões reprodutivas.
- 2) Explorar as estratégias de negociação frente aos condicionantes sociais, econômicos e afetivos de suas decisões reprodutivas
- 3) Discutir como essas mulheres interpretam suas escolhas reprodutivas após a epidemia.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com a pesquisadora, os riscos relacionados ao estudo são de ordem emocional e caso seja percebida a necessidade de atendimento psicológico para a participante, este será intermediado a partir de possíveis encaminhamentos, de forma independente de sua participação na pesquisa. Cabe ressaltar que, diante de algum desconforto percebido pela pesquisadora, serão priorizados o acolhimento, o conforto e o bem-estar das participantes, acima de qualquer interesse acadêmico.

**Endereço:** RUI BARBOSA, 716

**Bairro:** FLAMENGO

**CEP:** 22.250-020

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2554-1730

**Fax:** (21)2552-8491

**E-mail:** cepiff@iff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES  
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/  
MS



Continuação do Parecer: 2.777.508

**Benefícios:**

As informações obtidas neste estudo poderão ser úteis para permitir uma melhor compreensão dos impactos gerados pela situação de epidemia, aspectos relacionados à saúde da mulher, em especial à saúde reprodutiva, assim como sobre o acesso aos métodos contraceptivos nos serviços de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisadora respondeu às pendências de parecer anterior, anexou carta apontando as modificações, ajustou o cronograma nas informações básicas do projeto, adequou a linguagem do TCLE à população do estudo e anexou versão do projeto ajustada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados.

**Recomendações:**

Enviar ao CEP-IFF relatórios semestrais da pesquisa e ao término, relatório final.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências

**Considerações Finais a critério do CEP: Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	12/07/2018		Aceito

**Endereço:** RUI BARBOSA, 716

**Bairro:** FLAMENGO

**CEP:** 22.250-020

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2554-1730

**Fax:** (21)2552-8491

**E-mail:** cepiff@iff.fiocruz.br

INSTITUTO FERNANDES  
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/  
MS



Continuação do Parecer: 2.777.508

Básicas do Projeto	ETO_1146413.pdf	16:11:38		Aceito
Outros	Carta_ao_CEP.docx	12/07/2018 16:08:34	Milena da Cunha Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento.docx	12/07/2018 16:07:03	Milena da Cunha Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.docx	12/07/2018 16:06:03	Milena da Cunha Ribeiro	Aceito
Outros	Carta_Aprovacao.pdf	05/06/2018 09:15:58	Milena da Cunha Ribeiro	Aceito
Outros	Carta_Orientador.doc	05/06/2018 09:10:50	Milena da Cunha Ribeiro	Aceito
Outros	Carta_Autorizacao_Chefia.docx	05/06/2018 09:10:20	Milena da Cunha Ribeiro	Aceito
Orçamento	Orcamento.doc	05/06/2018 09:07:26	Milena da Cunha Ribeiro	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	05/06/2018 09:04:53	Milena da Cunha Ribeiro	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 19 de Julho de 2018

**Endereço:** RUI BARBOSA, 716

**Bairro:** FLAMENGO

**CEP:** 22.250-020

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2554-1730

**Fax:** (21)2552-8491

**E-mail:** cepiff@iff.fiocruz.br