

PARECER
ZIKA E MÁ-S-FORMAÇÕES FETAIS:
ESTARIAM AS MULHERES CONDENADAS AO MEDO?

Ilana Löwy
Pesquisadora sênior CERMES3 Paris
Abril de 2016

Nota introdutória: com base em minha produção acadêmica relativa à história da medicina e das ciências biomédicas, a Associação Nacional dos Defensores Públicos (Anadep) me solicitou um parecer analítico sobre a história recente do impacto de outro agente infeccioso causador de más-formações fetais, a rubéola, sobre direitos das mulheres, para fins da ação a ser proposta perante o Supremo Tribunal Federal para proteger os direitos ao planejamento familiar, à maternidade e à saúde em face da epidemia do vírus zika.

O Brasil vem enfrentando uma grave epidemia do neurotrópico vírus zika. Mulheres grávidas infectadas pelo vírus enfrentam o risco de que suas crianças nascerão com más-formações cerebrais: microcefalia, alargamento ventricular e microcalcificações. Além disso, elas correm o risco de sofrer aborto espontâneo.¹ Epidemiologistas observaram que a maior parte das más-formações cerebrais relacionadas à infecção pelo vírus zika ocorreu entre mulheres pobres.² No momento da redação deste parecer, não há confirmação do nexo de *absoluta* causalidade entre má-formação cerebral e infecção pelo vírus zika, embora existam dados que apontem para essa vinculação. Tampouco é possível afirmar qual percentagem de mulheres grávidas infectadas pelo Zika irá dar à luz uma criança com graves más-formações neurológicas/cerebrais, mas as conclusões a que se chegaram até agora são sérias o suficiente para muitos especialistas em saúde pública aconselharem as mulheres que vivem em zonas afetadas pela epidemia a adiar a gravidez — um conselho não muito realista, mesmo para as

¹ Rubin, Eric; Greene, Michael; Baden, Lindsey. Editorial: Zika virus and microcephaly. *New England Journal of Medicine*, 10 fev. 2016. DOI: 10.1056/NEJMe1601862; Brasil, Patricia et al. Zika virus infection in pregnant women in Rio de Janeiro — preliminary report. *New England Journal of Medicine*, 4 mar. 2016. DOI: 10.1056/NEJMoa1602412; Broutet, Nathalie et al. Zika virus as a cause of neurologic disorders. *New England Journal of Medicine*, 9 mar. 2016. DOI: 10.1056/NEJMp1602708.

² Triunfol, Marcia. A new mosquito-borne threat to pregnant women in Brazil. *The Lancet Infectious Diseases*, v. 16, n. 2, p. 156-157, 2016.

mulheres que, diferente da maioria das pessoas em áreas afetadas pelo vírus zika, têm amplo acesso a métodos contraceptivos.³ No Brasil, as mulheres pobres podem apenas esperar pelo melhor — e temer pelo pior.

O primeiro teste experimental para o diagnóstico sorológico da infecção pelo vírus zika foi introduzido nos Estados Unidos no final de março de 2016, a princípio para a triagem do suprimento de sangue proveniente de doação.⁴ Uma vez considerado confiável, esse teste talvez seja empregado, entre outras coisas, para verificar se uma mulher grávida foi infectada pelo vírus zika, tanto nos Estados Unidos como no Brasil. A questão é: para quê? Descobrir que uma mulher grávida contraiu Zika e confirmar que o feto também está infectado é irrelevante: não existe um tratamento capaz de prevenir o desenvolvimento anormal do cérebro do feto, e no Brasil uma mulher grávida infectada pelo vírus zika não pode decidir pela interrupção da gravidez — nem numa fase inicial, quando está em risco de má-formação cerebral do feto, nem mais tardiamente, quando um exame de ultrassom confirma a presença de anomalias cerebrais.

O governo brasileiro concentra seus esforços para deter a epidemia do vírus zika na luta contra o mosquito *Aedes aegypti*. Especialistas em saúde pública sabem, no entanto, que essa não é uma tarefa simples. Ela requer grandes investimentos em infraestrutura, ou seja, decisões políticas sobre prioridades. A falta de tais investimentos levou ao fracasso no controle da dengue no Brasil, a despeito da multiplicidade de planos para eliminar o *Aedes aegypti*.⁵ Mesmo com políticas públicas de saúde e saneamento adequadas, é muito difícil prever o quão rápido o mosquito pode ser eliminado das regiões afetadas. Os especialistas esperam que

³ Na Europa ocidental e nos países escandinavos, onde as mulheres têm amplo acesso a métodos contraceptivos por meio dos serviços de saúde nacionais, uma a cada quatro ou cinco gestações não planejadas termina em aborto legal e seguro. Sedgh, Gilda et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*, v. 379, n. 9816, p. 625-632, 2012.

⁴ Saint Luis, Catherine. F.D.A. clears use of new test to screen blood donations for Zika. *The New York Times*, 31 mar. 2016.

⁵ Gadelha, Paulo; Carneiro, Fernando Ferreira. Zika, microcefalia, saneamento ambiental e o princípio da precaução. *Le Monde Diplomatique Brasil*, 5 abr. 2016.

uma vacina contra o vírus zika seja desenvolvida em breve.⁶ Porém, a produção e o teste de uma vacina provavelmente levarão anos, se os cientistas tiverem sorte.⁷ Enquanto isso, especialistas como o virologista Pedro Vasconcelos e a pediatra Maria Angela Rocha expressam seu desânimo e sentimento de impotência. Como disse o dr. Vasconcelos, “nós estamos com os pés e mãos atados”.⁸ Mas estaria correta essa afirmação? São o desespero e a inércia as únicas respostas possíveis aos medos e às angústias das mulheres brasileiras?

A epidemia do vírus zika não foi a primeira vez que muitas mulheres grávidas enfrentaram o risco de dar à luz crianças com deficiências graves. Há um importante precedente histórico para a situação atual: a reação dos médicos à rubéola (sarampo alemão) nos anos 1950 e 1960. Mulheres infectadas pelo vírus da rubéola no primeiro trimestre da gravidez correm maior risco de ter uma criança com más-formações fetais graves. O vírus da rubéola ataca o sistema nervoso central do feto e pode levar a várias más-formações: cegueira, surdez (e, não raro, a combinação de ambos), problemas neurológicos e microcefalia.⁹ É impossível prever a extensão de tais más-formações: algumas crianças nascidas de mães infectadas são saudáveis; algumas têm deficiência sensorial, mas não têm outros problemas de saúde; outras têm problemas neurológicos e cognitivos graves. Muitas mulheres que contraíram rubéola no início da gravidez, cientes das associações entre essa doença e más-formações fetais, sentiram-se incapazes de manter uma gravidez transformada e configurada

⁶ Rodrigues, Laura. Zika: the tragedy and the opportunities. *American Journal of Public Health*, v. 108, n. 4, p. 582, 2016.

⁷ A dra. Marie-Paule Kieny, diretora-geral assistente da Organização Mundial da Saúde, explicou, numa coletiva de imprensa em 9 de março de 2016, que “pulverizar inseticidas para matar mosquitos não teve efeitos evidentes em deter o avanço da dengue, gerando a suspeita de que pode ser igualmente ineficaz em conter a propagação do vírus Zika”. Ela acrescentou que a vacina contra o Zika ainda deve demorar pelo menos alguns anos. Cumminis-Bruce, Nick. Zika vaccine still years away, W.H.O. says. *New York Times*, 9 mar. 2016.

⁸ Costa, Camilla. *BBC*, São Paulo, 30 nov. 2015. Infectologista relata choque e desespero ao se deparar com início de epidemia de microcefalia. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/11/151127_depoimento_medica_microcefalia_cc>;

Azevedo, Ana Luca. “Estamos com os pés e mãos atados”, diz médico sobre zika. *O Globo*, 5 dez. 2015. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/estamos-com-os-pes-maos-atados-diz-medico-sobre-zika-18227041>>. O dr. Vasconcelos, do Pará, é um dos maiores especialistas brasileiros no vírus Zika.

⁹ A microcefalia também pode ser gerada pela infecção fetal por citomegalovírus, pelo vírus do herpes simples, pelo vírus da varicela e pelo parasita *Toxoplasma gondii*, agente etiológico da toxoplasmose.

pelo medo. Nos anos 1940, 1950 e 1960, o aborto era criminalizado na Europa Ocidental. Os médicos que faziam abortos corriam o risco de ser presos e perder a licença profissional. Apesar desse quadro jurídico, vários médicos britânicos e franceses disponibilizaram o aborto a mulheres infectadas pela rubéola. A maioria dos abortos foi realizada em clínica e hospitais públicos, por médicos que acreditavam que um grande risco de alterações congênicas graves, somado à angústia das mulheres grávidas, justificava a desconsideração das restrições legais.¹⁰

Os médicos sabiam, desde o século 19, que a “heredossífilis” levava a graves má-formações da criança recém-nascida. No entanto, até a década de 1940, não sabiam que outras infecções maternas, incluindo algumas que pareciam benignas, também poderiam ocasionar má-formações fetais. A rubéola foi o primeiro vírus a ser associado a deficiências congênicas. Em 1941, um oftalmologista australiano, Norman Gregg, observou a ligação entre cegueira congênita e infecção pelo vírus da rubéola durante a gravidez.¹¹ As observações de Gregg foram rapidamente confirmadas e ampliadas por outros médicos, alguns dos quais afirmaram abertamente que as mulheres infectadas pela rubéola durante a gravidez deveriam ter direito à interrupção legal da gestação.¹² Na década de 1950, médicos haviam estimado que a infecção pelo vírus da rubéola produzia má-formação fetal em 10% a 20% das mulheres grávidas afetadas.¹³ Alguns acreditavam que esse risco não era suficiente para

¹⁰ Sobre a atitude dos médicos do Reino Unido, ver o capítulo 7 de Coventry, Peter. *The dynamics of medical genetics: the development and articulation of clinical and technical services under the NHS, especially at Manchester c. 1945-1979*. Tese (Doutorado) — Universidade de Manchester, 2000. Sobre os médicos franceses, ver Ville, Isabelle; Lotte, Lynda. *Évolution des politiques publiques: handicap, périnatalité, avortement*. In: *Final Report of the ANR project-09-SSOC-026: “Les enjeux du diagnostic prénatal dans la prévention des handicaps: l’usage des techniques entre progrès scientifiques et action publique”*. Paris, 2013.

¹¹ Gregg, Norman A. Congenital cataract following German measles in the mother. *Transactions of the Ophthalmological Society of Australia*, v. 3, p. 35-46, 1941. Sobre a história da epidemia de rubéola e seu papel no debate sobre aborto, ver Reagan, Leslie J. *Dangerous pregnancies: mothers, disabilities and abortion in Modern America*. Berkeley: University of California Press, 2010.

¹² Murphy, Douglas P. *Congenital malformations: a study of parental characteristics with a specific reference to the reproductive process*. 2. ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1947.

¹³ Sheridan, Mary. Final report of a prospective study of children whose mothers had rubella in early pregnancy. *British Medical Journal*, v. 2, n. 5408,, p. 536-539, 1964; Neva, Franklin; Alford, Charles; Weller, Thomas. Emerging perspective on rubella. *Bacteriological Reviews*, v. 28, n. 4, p. 444-451, 1964. De 10% a 20% era a estimativa média: alguns médicos acreditavam que a proporção de fetos afetados seria mais alta; outros, que seria mais baixa.

justificar um aborto; outros pensavam que a decisão era da mulher grávida. Esta última opinião prevaleceu na prática. Nos anos 1950 e 1960, as mulheres britânicas e francesas que foram infectadas pela rubéola no início da gravidez e que quiseram um aborto puderam, quase sempre, encontrar um médico que o fizesse, tanto em um consultório particular como, na maioria dos casos, em uma instituição pública.¹⁴

No amplamente debatido artigo de 1959 sobre rubéola e aborto, a pioneira britânica da genética médica, Julia Bell, do Laboratório Galton, da Universidade College, em Londres, afirmou que “agora os fatos se somaram de modo que se pode afirmar, sem dúvida, que a rubéola nas primeiras semanas de gravidez é tão perigosa para o desenvolvimento normal do feto que constitui um risco que não se pode permitir”.¹⁵ Uma infecção pelo vírus da rubéola gera risco de grave deficiência no feto, mas também de grande sofrimento e dificuldade para os pais em potencial, talvez pelo resto da vida.¹⁶ Apenas a mulher grávida pode decidir se está pronta e é capaz de cuidar de uma criança com necessidades especiais, acreditavam Bell e seus colegas. Muitas mulheres sentiram que não poderiam oferecer tais cuidados, especialmente na ausência de apoio coletivo suficiente para as pessoas com deficiência grave. O aborto, explicou Bell em 1959 — dez anos antes da descriminalização dessa prática no Reino Unido —, virou o tratamento geralmente reconhecido para o risco de má-formação fetal gerado pela infecção pelo vírus da rubéola: “a tal ponto isso se tornou o tratamento de rotina que talvez já não possamos ter esperança de conseguir medir o risco envolvido ou descobrir qual proporção dessas ocorrências poderia resultar em uma criança com desenvolvimento normal”.¹⁷

Entre 1961 e 1962, o escândalo da talidomida — uma epidemia de más-formações fetais causadas por um tranquilizante popular, a talidomida (Kevaldon), aumentou a

¹⁴ Coventry, op. cit., capítulo 7; Ville; Lotte, op. cit.

¹⁵ Bell, Julia. On rubella in pregnancy. *British Medical Journal*, v. 1, p. 686-688, 1959. p. 686.

¹⁶ Bell, Julia. Correspondance. *British Medical Journal*, i, p. 1302, 1959.

¹⁷ Bell, Julia. On rubella in pregnancy, op. cit.

consciência pública sobre as causas ambientais de alterações fetais no nascimento.¹⁸ A visibilidade do escândalo da talidomida aumentou o receio das mulheres em relação a má-formações fetais. O escândalo da talidomida foi imediatamente seguido (1962–1964) por uma epidemia de rubéola na Europa e nos Estados Unidos. Naquela época, os médicos confirmavam a infecção de uma mulher grávida pelo vírus da rubéola por meio da medição do aumento dos anticorpos contra a rubéola no sangue. A disponibilidade de um teste serológico aumentou a pressão para que os médicos oferecessem abortos a mulheres afetadas que não desejavam manter a gravidez.¹⁹ Sob a dupla pressão do escândalo da talidomida e da epidemia de rubéola, o aborto no caso de risco de má-formação fetal tornou-se cada vez mais visto pelos profissionais de saúde e pelo público em geral na Europa Ocidental e América do Norte como uma forma aceitável de administrar tal risco.²⁰

O vírus zika é mais um caso de agente infeccioso fortemente suspeito de causar alterações congênitas graves. As mulheres grávidas da zona rural de Pernambuco relataram que estão apavoradas com o que sabem sobre a epidemia do zika e suas consequências.²¹ Médicos brasileiros não têm resposta para os medos das mulheres e preveem um aumento constante nas anomalias congênitas causadas pelo zika.²² Quando perguntados sobre a

¹⁸ A primeira descrição da associação entre talidomia e problemas congênitos foi feita pelo médico australiano William McBride. McBride, William G. Thalidomide and congenital abnormalities. *The Lancet*, v. 278, n. 7216, p. 1358, 1961. Sobre a história do escândalo da talidomida, ver Sunday Times Insight Team. *Suffer the children: the story of thalidomide*. London: André Deutsch, 1979 e Dally, Ann. Thalidomide: was the tragedy preventable? *The Lancet*, v. 351, n. 9110, p. 1197-1199, 1998.

¹⁹ Esse diagnóstico era difícil nos anos 1980 também. No famoso caso francês de um “preconceito em emergência”, o juízo Perruche, de 2000, decidiu-se em favor de uma mãe que foi informada erroneamente em 1982 de que não tinha rubéola no início da gravidez, mas deu à luz uma criança com deficiência grave. Mammeri, Quentin; Fillion, Emanuelle; Champenois, Benedicte. Le juge et le diagnostique prenatal depuis la loi de 4 mars 2002. *Alter, European Journal of Disability Research*, v. 9, p. 331-353, 2015.

²⁰ Löwy, Ilana. Prenatal diagnosis: the irresistible rise of the ‘visible foetus’. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, v. 47, p. 290-299, 2014; Reagan, op. cit.; Coventry, op. cit.

²¹ Costa, Camilla. Microcefalia: mães no sertão vivem angústia de não ter diagnóstico definitivo. *BBC Brasil*, 15 dez. 2015. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/12/151214_maes_itapetim_cc>. Ver também a fotorreportagem sobre a ansiedade de mulheres em Pernambuco *Geração microcefalia: histórias do surto que assusta o Brasil*, disponível em <<http://noticias.bol.uol.com.br/fotos/imagens-do-dia/2015/12/07/geracao-microcefalia.htm#fotoNav=5>>.

²² Mendonça, Maíra. “O zika hoje, depois da violência, é talvez um dos mais graves problemas de saúde pública no Brasil”. *Gazeta On Line*, 3 jan. 2016. Disponível em:

possibilidade de mulheres serem autorizadas a abortar em caso de anomalia cerebral no feto, os especialistas brasileiros respondem habitualmente que “o aborto é um crime”.²³ Em outro tempo e lugar, médicos que atuaram em países que criminalizam o aborto tiveram uma atitude diferente em relação ao sofrimento das mulheres. Há um consenso generalizado, explicou em 1959 o obstetra britânico Bevis Brock, do Hospital St. Bartholomew, em Londres, de que “quando uma mulher grávida, tendo tido rubéola, está ciente dos riscos e preparada para enfrentá-los, então ninguém tentará convencê-la a aceitar a interrupção. Mas se ela se sente incapaz de enfrentar a terrível ansiedade de uma gravidez ofuscada pelo medo de ter uma criança cega ou surda, então deve haver fortes convicções de recusar esse pedido”.²⁴ É ainda preciso que existam fortes convicções — ou uma ausência de compaixão pelo sofrimento de uma mulher grávida.



Pesquisadora sênior

CERMES3 - Centre de recherche médecine, science, santé et société – Paris (França)

<http://www.gazetaonline.com.br/_conteudo/2016/01/noticias/cidades/3919597-o-zika-hoje-depois-da-violencia-e-talvez-um-dos-mais-graves-problemas-de-saude-publica-no-brasil.html>.

²³ Colluci, Melhor prevenção à microcefalia é evitar engravidar. Gollop, que apoia o direito ao aborto, acrescenta que, no atual clima político, praticamente não há chance de mudança no posicionamento quanto ao aborto por má-formação não letal.

²⁴ Brock, Bevis. Rubella in pregnancy. *British Medical Journal*, v. 1, p. 1117, 1959.