

Dar um bale:

Ativismo materno na busca por serviços a bebês com Síndrome Congênita do Vírus Zika no Recife

Lays Venâncio Lira*

***Graduada em Antropologia pela Universidade de Brasília**

Resumo: Muitas ocorrências de uma doença transmitida por um vírus pouco conhecido despertaram grande atenção e preocupação das autoridades brasileiras e internacionais em 2015: o Zika vírus. A doença causada por este vírus (a Zika), é transmitida principalmente pelo mosquito *Aedes aegypti* – o mesmo vetor transmissor dos conhecidos vírus da Dengue e da Chikungunya. A epidemia ganhou ainda mais repercussão após vir a conhecimento público o grande número de nascimentos de bebês com microcefalia e outras anomalias congênitas e, até o início de 2016, sua suposta relação com o vírus da Zika. Hoje, dois anos depois do reconhecimento do surto, os desafios que se apresentam são outros, em especial para as chamadas “mães de micro”, que são as principais cuidadoras dessas crianças. A presente pesquisa tem como foco a análise antropológica da categoria “bale”, percebida em campo e contextualizada no fenômeno da síndrome, especialmente da microcefalia, no Recife/PE, como forma da expressão da mulher cuidadora na busca por atendimento nos serviços de saúde e direitos nas instituições municipais de saúde.

Palavras-chave: microcefalia, maternidade, zika, epidemia, antropologia.

Abstract: In 2015, there were several occurrences of a disease transmitted by a then little-known virus which garnered much attention and sparked great concern from Brazilian and international communities alike: the Zika virus (ZIKV). The disease caused by this virus is transmitted mainly by the mosquito *Aedes aegypti* – the same vector for the known Dengue and Chikungunya viruses. The epidemic moved to the forefront of the public consciousness after there were a large number of documented births of babies with microcephaly and other congenital anomalies and their presumed correlation to the Zika virus. Today, two years after the outbreak was recognized, there are other challenges arising, especially for the so-called *mães de micro* ("micro mothers"), who are the main caregivers of these children. The present research of ZIKV focuses on the anthropological analysis of the "bale" category, perceived in the field and contextualized in the phenomenon of the syndrome, especially microcephaly, in Recife/PE, as a way of expression by the caregiver woman in the pursuit for care in health services and rights in municipal health institutions.

Keywords: microcephaly, maternity, zika, epidemic, anthropology.



Introdução

No Brasil, os primeiros casos da doença causada por infecção do vírus zika foram reportados em 2014, sendo a presença epidêmica do vírus confirmada em abril de 2015 (OLIVEIRA et al, 2017). Neste cenário, o fenômeno que mais mobilizou diferentes audiências dentro e fora do Brasil, dada sua dimensão dramática do ponto de vista humanitário (mas também científico, clínico, assistencial, previdenciário), foi o grande número de nascimentos, a partir de outubro de 2015, de crianças com anomalias congênitas e sua relação com o vírus da Zika.

Cerca de 70% desses nascimentos são classificados com alto grau de severidade física e/ou mental (ALVES, 2016). Malformações fetais como microcefalia, complicações visuais e auditivas, comprometimento motor e cognitivo, doenças articulares e ortopédicas, dificuldade de alimentação e respiração, paralisias cerebrais, deficiências físicas e mentais, desenvolvimento de outras síndromes como epilepsias

refratárias são exemplos de casos que se destacam. Com isso, em 1º de fevereiro de 2016, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que o grande número de casos de microcefalia e outros distúrbios neurológicos eram uma emergência pública internacional em saúde¹. A suspeita de que os casos se relacionavam com o vírus zika permaneceu pelos dez meses que se seguiram. Apenas em março de 2016 foi comprovada, através de diagnóstico laboratorial, a relação da epidemia de microcefalia com vírus (MLAKAR et al., 2016).

Os casos vêm sendo notificados e associados também a outras malformações, mas para todos eles há um prognóstico de muita gravidade. Os bebês com microcefalia têm perspectivas limitadas de reabilitação e vêm ao mundo sem haver tratamento específico ou cura para sua condição. Mesmo com o reconhecimento da subnotificação dos dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) a respeito da microcefalia, é considerado muito alto o número de casos que



vêm sendo notificados desde o ano de 2015 (COLLUCCIE & GERAQUE, 2016). Esse fenômeno de anomalia fetal relacionado ao vírus zika desafia a convencional divisão biomédica entre patologias contagiosas e crônicas: aqui estamos diante de uma causa infecciosa e uma convivência com os desdobramentos da infecção em longo prazo e de modo cronicado. Embora seja absolutamente importante elaborar ações preventivas para diminuir a incidência de futuros adoecimentos da população brasileira por infecções do tipo, neste trabalho decidiu-se voltar a atenção para o quadro que já está muito evidente: o de pessoas convivendo com a síndrome.

Este artigo constitui simplesmente uma abordagem parcial de uma argumentação inserida num outro, de âmbito maior, isto é, uma análise mais abrangente das diversas redes de cuidado e apoio das mulheres mães e/ou cuidadoras de bebês com microcefalia no Recife/PE, realizado com base nos dados construídos nos períodos de pesquisa

de campo a partir de meados de 2016. Em suma, o intento aqui se resume a indicar a conexão existente entre uma mudança na expressão social dessas mulheres a partir da chegada, em suas vidas, de uma criança portadora da ainda pouco compreendida Síndrome Congênita do vírus Zika.

O estado nordestino de Pernambuco é o sétimo mais populoso do Brasil (2010) e está no topo da lista com maior número de casos de microcefalia confirmados pelo Ministério da Saúde. De acordo com o Informe Epidemiológico nº 57 de 2016, foram 2.259 casos notificados e 408 confirmados entre 08 de novembro de 2015 e 31 de dezembro de 2016². Esta foi

²Dentro do número de casos notificados consta tanto os casos suspeitos quanto os prováveis, sendo os primeiros entendidos como os indivíduos que apresentam alguns sinais e sintomas que indicam similaridade com os agravos de um grupo que compartilha de determinada sintomatologia; e os segundos correspondem aos casos clinicamente compatíveis com tal grupo, mas ainda sem confirmação em laboratório



a principal razão para a escolha do local do trabalho de campo.

Uma das primeiras tarefas desta pesquisa foi o mapeamento, classificação e leitura de bibliografia sobre os movimentos de ativismo de pacientes ou adoecidos para conhecer e lutar por direitos entre serviços de saúde, medicamentos, tratamentos etc. Além disso, a literatura sobre redes de apoio e ajuda mútua também foi de grande importância.

A história mostra que, em tempos de epidemia, as pessoas tendem a apresentar comportamentos alterados pelo medo. No caso das mulheres grávidas, estar num contexto desses apresenta muito mais desafios do que para qualquer outro grupo de indivíduos. Em menos de uma década, três surtos globais de doenças infecciosas tiveram especiais implicações sobre as mulheres grávidas: o H1N1, o Ebola e, atualmente, a Zika. No

do vínculo epidemiológico. O caso é considerado confirmado quando atende aos critérios clínicos, laboratoriais e o vínculo epidemiológico com o agravo em questão. (LAGUARDIA & PENNA, 1999).

primeiro caso, mulheres grávidas e bebês formavam grupos de risco por complicações graves e morte; no segundo, os efeitos eram mais severos em mulheres gestantes e havia preocupação a respeito da transmissão vertical de bebês recém-nascidos; o terceiro, por conta da microcefalia, caracteriza-se por ser uma doença com diretas e sérias preocupações sobre mulheres grávidas e em idade reprodutiva (OMER & BEIGI, 2016).

Segundo Saad B. Omer et al (2016), apesar de constituírem um grupo de prioridade no desenvolvimento e avaliação de vacinas contra a zika, existem muitas barreiras éticas para os testes em mulheres grávidas. “Tais dificuldades desafiam a habilidade de desenvolver métodos de combate à epidemia”, escreve o autor. Outro destaque é dado por Ilana Löwy (2016), ao comentar sobre gravidez, zika e microcefalia. Ela afirma que é difícil diagnosticar a microcefalia no período pré-natal, e o Ministério da Saúde não menciona dados a respeito de infecções maternas e fetais com o vírus da zika.



Ou seja, há ainda muita incerteza pairando sobre o assunto.

Não existe tratamento para irregularidades no desenvolvimento cerebral dos fetos e, no Brasil, as mulheres não podem legalmente interromper a gravidez. Todas essas questões podem gerar graves e complexos problemas sociais, com ecos fortes também sob políticas públicas, saúde pública, acesso aos serviços de saúde, direitos humanos, dentre vários outros setores da vida humana. O governo brasileiro reúne esforços a fim de parar a epidemia o vetor da zika, mas isso, apesar de ser importante, não é suficiente. Os bebês que já nasceram e suas cuidadoras permanecem sem serviço e atendimento adequados e precisam mobilizar mundos e fundos para sobreviver. Eis o que constitui o objetivo deste artigo: delinear um dos efeitos e estratégias comportamentais da mulher cuidadora diante do despreparo social e institucional no contexto da epidemia de síndrome congênita do vírus zika no Recife, assim como apresentar o surgimento,

a partir do bale, de um novo tipo de ativismo de cuidadoras.

Metodologia

Dado que as mulheres, sobretudo as mães de crianças que nasceram com a síndrome, se constituem as principais protagonistas para enfrentar e cuidar dessa situação, escolhi tomá-las como principais interlocutoras. O primeiro contato com as mulheres foi feito a partir de postagens no blog Cabeça e Coração³, que reúne narrativas sobre bebês nascidos durante o surto de microcefalia contadas, principalmente, por suas mães biológicas ou adotivas, as principais cuidadoras nestes casos. No blog, além de um parágrafo contando um pouco de suas histórias, encontram-se endereços postais para doações materiais e números de contas bancárias para doações monetárias. Após a leitura dos posts, foi feito um mapeamento geral do blog. O número de histórias foi separado, primeiro

³cabecaecoracao.com



por estados brasileiros, depois pelas cidades do estado de Pernambuco, e por fim, pelos bairros do Recife, cidade que proporcionalmente reúne o maior número de casos no Brasil. No primeiro momento, foram escolhidas quatro histórias de residentes da cidade. Aos endereços disponibilizados no blog, foi enviada a cada mulher uma carta de apresentação e convite para participar da pesquisa. Depois disso, três delas responderam e os primeiros contatos foram estabelecidos por meio do aplicativo WhatsApp. Não se pretendeu, nesta pesquisa, fazer uma abordagem panorâmica, mas que, a partir dos primeiros contatos, a abordagem se expandisse para mais mulheres interessadas em participar do estudo e contribuir com contatos mais longos e sucessivos no Recife.

Após semanas de conversas por WhatsApp, três pesquisadoras da equipe, Fernanda Vieira, Soraya Fleischer e eu, pousamos em Recife e lá permanecemos por quinze dias, período em que foram realizadas visitas à casa de duas des-

sas mulheres para entrevistas, aos grupos os quais participam, aos hospitais e clínicas onde passam a maior parte de seu tempo. As entrevistas aconteceram, em grande parte, em seus ambientes domiciliares e foram orientadas por um roteiro de perguntas, sendo este suficientemente aberto para contemplar as questões que fossem apresentadas como importantes por essas mulheres. No roteiro, havia um total de 16 perguntas distribuídas em cinco blocos: I) Trajetória pessoal & maternidade; II) Redes de cuidado e apoio; III) Política/militância; IV) Cuidados com o bebê; e V) Serviços de saúde etc.

A ideia maior era conseguir compreender como essas mulheres e suas famílias vivenciavam a síndrome que atingiu seus filhos e filhas, que serviços e instituições vinham sendo buscados para apoio, se e como conheceram outras mulheres/famílias na mesma situação, se e como vinham se associando e que tipos de ajuda conseguiam ao se mobilizar, se novas redes de apoio vinham surgindo e em que es-



paços (igrejas, vizinhanças, escolas/creches, serviços de saúde etc.). A partir dessas primeiras mulheres que responderam ao convite em nossas cartas e que gentilmente nos receberam em suas casas semanas depois, pudemos conhecer várias outras, suas colegas do bairro, das clínicas, dos hospitais, das ONGs. A partir da técnica metodológica de snowball (bola de neve), uma rede de interlocutoras foi construída.

Cadernos de campo, câmera fotográfica e gravadores de áudio também foram utilizados, conforme a concordância das interlocutoras. Os diários de campo eram produzidos logo após as saídas de campo, para que se conseguisse captar o máximo de detalhes e reflexões produzidos pela observação e memória das pesquisadoras. A ideia do produto audiovisual era que este servisse não apenas para resultados de pesquisa antropológica, mas também para as mulheres e suas filhas e filhos no processo de empoderamento diante dos serviços públicos e para os movimentos e ONGs feministas que têm apoiado essas mulheres.

De volta à Brasília, foram editados os diários de campo, totalizando um tomo impresso de 215 páginas, transcritas as entrevistas e ambos materiais foram compartilhados, discutidos em equipe e organizados. Categorias analíticas foram apontadas para o início da interpretação dos dados, dentre elas, a ideia de “bale”, que é objeto deste artigo. Rascunhos dos primeiros textos produzidos a partir dos diários de campo, feitos em colaboração com Fernanda Vieira e Soraya Fleischer, foram circulados entre as integrantes do grupo de pesquisa e a orientadora para leitura e revisão.

Resultados

Após intensos e densos quinze dias de campo, visitando as mulheres e suas crianças em casa, acompanhando-as na circulação pela cidade e suas rotinas agitadas entre hospitais, clínicas, sessões terapêuticas, reuniões em ONGs, entre outros espaços, foi possível perceber que várias mães usavam a ex-



pressão local dar um bale como ferramenta comportamental a fim de conseguirem atendimento ou acesso a serviços de saúde, de assistência, de justiça ou de transporte para seus bebês.

Este trabalho se concentra nos relatos de duas jovens mulheres mães, da camada popular, as quais serão chamadas aqui de Marcela e Judith. A escolha se deu pela presença marcante da categoria “bale” em muitas de suas falas. Respectivamente, os bebês portadores da síndrome serão chamados de Daniel que, em outubro de 2016 quando estivemos no Recife, ele estava com 1 ano e 2 meses de idade, e a outra bebê é a Lili, com 11 meses.

Marcela estava com 22 anos, solteira, com três filhos com menos de 4 anos e moravam todos na casa de seus pais desde que se separou do pai da criança mais velha e da mais nova. Esperavam pela casa do Programa Minha Casa Minha Vida, que deveria sair nos meses seguintes. Antes da chegada de Daniel, Marcela trabalhava com telemarketing à tarde e vivia com o pai dos meninos em uma cidade na Grande Recife.

Na época, ela pagava tudo em casa: aluguel, escola particular para os meninos, contas, comida. Quando Dani nasceu, ela contratou uma conhecida para ajudar o marido desempregado nos cuidados com os meninos enquanto ela trabalhava fora. Não tardou muito até que descobrisse a traição, as brigas se tornassem mais violentas e ela decidiu voltar para a casa dos pais, num bairro popular do município de Recife, mais perto dos serviços que seu filho Daniel em breve passaria a utilizar.

Judith estava com 32 anos e casada com um homem que por nós foi considerado como abusivo, pai de suas quatro crianças pequenas. Moravam todos em uma casa alugada num bairro fronteiriço de Recife. Para chegar a um dos hospitais onde Lili fazia acompanhamento ou à sede da ONG a qual participavam, Judith precisava pegar um metrô e pelo menos dois ônibus. As duas iam e vinham pela cidade diversas vezes ao dia, vários dias da semana. O marido descreditava da deficiência da filha por achar que a mulher havia



visto nisso um bom pretexto para passar os dias na rua atrás de outros homens. Judith desmentia essa acusação veementemente e ele só aceitou um pouco melhor suas andanças pelos serviços de reabilitação quando, por fim, ele aceitou acompanhar Judith num desses dias de intenso trânsito urbano.

Desde o primeiro dia em campo, a expressão “dar um bale” emergiu de maneira interessante. Logo após nos contar sobre um episódio em que precisou circular várias vezes de ônibus pela cidade com o bebê passando mal, quase sem respirar, em busca de atendimento, e que só o conseguiu após brigar e gritar dentro da UPA, Marcela disse, sem ser perguntada, que as pessoas achavam que ela devia estar “doida” depois do nascimento desse caçula. “O motivo, segundo eles, é o estresse cotidiano” (DCFV, 2016: 9)i. Junto à palavra “doida”, ela emendou “balista” – explicando, “O povo me chama de balista porque eu falo mesmo, eu brigo, esculhambo, eu dou bale, mas não me acho doida não. É só porque se não for assim, não dá”.

Judith, num denso relato sobre o parto de Lili, sua caçula, contou que este estava programado para ser uma cesárea seguida de laqueadura. Ela queria muito a cirurgia, pois julgava já ter filhos além da conta. Teve a oportunidade de fazê-la antes de engravidar de Lili, mas, na época, seu marido não quis assinar o termo de consentimento. Desta vez, segundo nos contou, ela brigaria até o fim. No dia marcado para fazer os procedimentos, Judith chegou ao hospital, mas a médica que a examinou, presumindo que seria um parto normal, disse que ela “ainda não estava pronta”. Quer dizer, estava prestes a encaminhá-la para um parto sem intervenção ou cirurgia, contrário ao que Judith havia planejado. Sem comer há três dias, já se preparando para a rotina do centro cirúrgico, ela não aceitou esta decisão. Só sairia dali com sua filha nos braços e a ligação tubária feita. “Deu um bale” em todo mundo que tentasse convencê-la do contrário. Ela acredita que se não tivesse batido de frente e insistido na real-



ização dos procedimentos, seria bastante provável que tivesse recebido alta sem as duas operações: cesariana e laqueadura.

A microcefalia de Lili foi diagnosticada ainda durante a gestação e Judith sabia que, dali em diante, sua vida seria bem diferente. Uma criança que precisaria de muita atenção e cuidados estava por vir. Eis também a importância da laqueadura para ela. Outro filho significava muito mais trabalho do que ela já era capaz de dar conta, sobretudo num cenário de deficiência. Além do mais, Judith queria muito se separar do marido e sair da sua dependência. Contou que os dois já não davam mais certo havia algum tempo. Quando a conhecemos, a sua esperança era Lili andar, pois com ela andando, a carga de cuidados centrados nela seria menor, poderia deixar Lili com alguém e voltar a trabalhar fora a fim de sustentar uma casa e seus quatro filhos, coisa que ainda não era possível. O problema é que não se sabia quando Lili poderia andar. Não se sabia ao certo se Lili poderia mesmo andar.

Logo, não se sabia quando Judith poderia sair daquela casa, daquele casamento. Uma mulher que antes era proprietária de três negócios – uma padaria, uma mercearia e uma quitanda – e de modo quase repentino passou a viver de benefício do governo chamava atenção. Perguntei se ela achava que o marido entendia a deficiência da filha e ela respondeu de forma rápida e direta: “o ciúme e a possessão dele não deixam ele enxergar a deficiência dela” (DCLV, 2016:173). Seus olhos se encheram de lágrimas, mas nenhuma chegou a cair.

Discussão

Dar o bale é uma expressão de origem regional pernambucana que quer dizer: discutir, brigar, fazer confusão. Mas também pode significar, em última instância, exigir uma demanda, reclamar por direitos individuais e sociais. Uma mulher balista é tida como uma mulher grossa, de pavio curto, que “arma barraco”, como se diz por Brasília. Pode-se perce-



ber, no conjunto das conversas, que tornar-se mãe de um bebê com microcefalia faz com que a mulher seja introduzida a um universo completamente novo a ser desbravado. Isso perpassa desde conflitos internos e psicológicos para aceitar e acomodar a criança em seu cotidiano, passando por socialização biomédica, conjugalidade e redes de cuidado, mudança de hábitos, ambientes e afazeres cotidianos, e chegando, inclusive, a uma possível mudança radical na forma de expressar sua existência e a de sua filha ou filho no mundo. A “mãe de micro”, como essas mulheres se chamavam, frequentemente se torna balista, um adjetivo que sabiam carregar um estigma negativo pelo uso popular, porém, para elas, é uma forma deliberada de garantir sobrevivência de suas filhas e filhos e, ao mesmo tempo, exercer uma militância ativa e diária em prol do reconhecimento da condição de saúde e cidadania dessas crianças.

O bale (ou baile, como também notamos ser chamado) não é uma expressão que surgiu junto à Síndrome Con-

gênita do Vírus Zika. Ele já existe há tempos no vocabulário popular. É um termo estigmatizado e endereçado majoritariamente às mulheres. No contexto da síndrome, ele parece ter emergido de maneira a perpetuar uma certa crítica à conduta da mulher, neste caso, àquela que busca a todo custo por serviços e direitos às filhas e filhos portadores de importantes e diversas malformações porque, sobretudo, essas mulheres foram descobrindo que, dentre os serviços públicos oferecidos pela Prefeitura, pouco havia especificamente para crianças com deficiências. O termo vem, geralmente, acompanhado do estigma de mulher louca, doida, exagerada, discurso psicopatológico este que é historicamente usado, de forma misógina, a fim de invisibilizar e deslegitimar a voz e demandas das mulheres nos mais variados contextos em sociedade.

As mães de micro se veem em meio a duas enxurradas de cobranças e pressões: de um lado, a extenuante carga de serem geralmente as cuidadoras principais (e, muitas vezes, as únicas)



de seus bebês e, com isso, se verem na obrigação de sair na busca incessante por boas condições de vida para elas, indo desde o suprimento de alimentos, medicamentos, roupas, até o desenvolvimento, estimulações, terapias, consultas, exames requeridos pelos profissionais de saúde; de outro, a lida com a classificação social diante de toda a ginástica financeira, burocrática e existencial que passam pelo fato de assumirem (ou não⁴) a maternidade dessas crianças. A mãe balista nasce desse contexto de tantas e novas demandas e poucos recursos e possibilidades.

Uma outra mulher nos disse “Eu também mudei muito, sabe. No começo, quando era só ele com esse problema, eu ouvia as coisas e não dizia nada. (...) Hoje eu não deixo barato” (mãe de uma criança com a Síndrome, Recife/PE. DCSF, 2016:193). Ela está sugerindo que não apenas o fato da chegada de um bebê novo em sua vida conduziu mudanças, mas

⁴Como quando, por exemplo, decidem entregar o bebê de micro à adoção ou deixam para que outros parentes assumam os cuidados da criança.

especificamente o fato de ter sido um bebê com a síndrome. E mais: uma síndrome causada pela epidemia de um vírus. Saber que, muito provavelmente, a Síndrome se justifica pelo Estado se desincumbir de suas obrigações coletivas e que há outras mulheres na mesma situação fez com que se sentissem mais confiantes de encarar muitas barreiras sociais e institucionais e clamarem por visibilidade e ações para a situação.

Contudo, como nem toda “mãe de micro” é balista, aqui, quero sugerir um subtipo: a mãe de micro balista. Vejo um bônus de ser uma mãe de micro balista e aproveito para contextualiza-la: transformar-se aos poucos em uma mulher com força e empoderamento na voz e nos atos, capaz de ativar dispositivos civis e questionar e enfrentar burocracias que, se paralisadas, podem levar embora a vida de suas crias. Ônus também podem ser identificados, dentre outros, na exaustão e solidão dessas mulheres, assim como na avaliação moral realizada pelas famílias, pelas demais mães de micro e pelos aten-



dentos dos serviços ao se depararem com uma mulher balista batendo numa porta, batendo boca ou batendo as tamancas. Pobres, sem instrução formal, mães muitas vezes solo, sem possibilidade imediata de trabalho, e, por isso, dependentes de recursos do Estado, que brigam com profissionais de saúde, rebatem intolerâncias cotidianas, se juntam para pressionar as instituições públicas de saúde etc. Todo esse conjunto de fatores e características, somados aos estigmas a eles atrelados fazem com que a nossa sociedade não seja o lugar mais confortável e respeitado para essas mulheres mães de micro.

Referências Bibliográficas

ALVES, Gabriel. “Microcefalia ligada ao zika é severa em 71% dos casos, diz estudo”. Folha de São Paulo, 23/01/2016.

MLAKAR, Jernej et al. Zika Virus Associated with Microcephaly. *The New England Journal of Medicine*, 2016; 374:951-958. March 10, 2016.

OLIVEIRA, Wanderson K. de et al. Zika Virus Infection and Associated Neurologic Disorders in Brazil. *The New England Journal of Medicine*, 2017; 376; 16. April 20, 2017.

BONETTI, Alinne de L. Não basta ser mulher, tem de ter coragem: uma etnografia sobre gênero, poder, ativismo feminino popular e o campo político feminista de Recife - PE. 2007. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.



COLLUCCI, Cláudia e GERAQUE, Eduardo. “Estudos apontam maior taxa de microcefalia em era pré-zika”. Folha de São Paulo, 15/02/2016.

FONSECA, Claudia. Apresentação - de família, reprodução e parentesco: algumas considerações. Cad. Pagu, Campinas, n. 29, p. 9-35, Dec. 2007 .

LAGUARDIA, Josué; PENNA, Maria Lúcia. Definição de caso e vigilância epidemiológica. Inf. Epidemiol. Sus, Brasília, v. 8, n. 4, p. 63-66, dez. 1999 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731999000400005&lng=pt&nrm=iso>.

LOWY, Ilana: Vírus, Mosquitos e Modernidade, 2006: Fiocruz. Disponível em <<http://static.scielo.org/scielo-books/7h7yn/pdf/lowy-9788575412398.pdf>>

OMER B, Saad e BEIGI H, Richard. “Pregnancy in the Time of Zika : Addressing Barriers for Developing Vaccines and Other Measures for Pregnant Women”. JAMA, March 22/29, 2016 Volume 315, Number 12.

PRESSE, France. “Zika: entenda o que significa uma emergência de saúde pública global”. G1, 3 de fev. 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2016/02/zika-entenda-o-que-significa-uma-emergencia-de-saude-publica-global.html>>.

