

Gestações e Puerpérios arriscados: narrativas oficiais do Governo brasileiro acerca de maternidades consideradas indesejáveis face às emergências sanitárias do Zika e da Covid-19

Risky pregnancies and puerperiums: official narratives from the Brazilian government about maternity hospitals considered undesirable in light of the health emergencies of Zika and Covid-19

Embarazos y puerperios de riesgo: relatos oficiales del gobierno brasileño sobre las maternidades consideradas indeseables ante las emergencias sanitarias del Zika y la Covid-19

Raquel Lustosa¹

ORCID: 0000-0002-6047-5838

Ana Claudia K. de Camargo²

000-001-5264-3655

Recebido: 08/12/2021

Aprovado: 14/03/2022

Resumo

Em 2015 e 2016, o Brasil vivenciou um pico de notificações de bebês nascidos com a Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV). A “ameaça global” não era a doença do Zika em si, mas estar grávida (ou a possibilidade de engravidar) (Fleischer; Carneiro, 2017; Diniz, 2016). Marcelo Castro, Ministro da Saúde à época, deu uma sequência de declarações públicas infelizes, sugerindo que mulheres em idade reprodutiva adiassem a gravidez. Cinco anos depois, o Brasil se tornou o país com maior índice de mortalidade materna pela covid-19 (Pereira et al., 2020). Tal cenário dantesco atinge desproporcionalmente a população negra, visto que no Brasil, a mortalidade de gestantes por covid-19 é quase duas vezes maior entre mulheres negras do que entre mulheres brancas (Santos et al., 2020). Foi nesse contexto que o atual Secretário da Saúde, Raphael Parente, sugeriu: “postergar um pouco a gravidez”. Pela segunda vez, nos cinco anos que atravessaram a epidemia do Zika e a da covid-19, as autoridades de saúde admitiram que estar grávida, no Brasil, era um risco. O objetivo deste trabalho é discutir, a partir de pesquisa etnográfica, as estratégias de desresponsabilização do Estado na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras em idade reprodutiva nessas duas crises sanitárias, comparando as diretrizes do Ministério da Saúde e sua atuação. O argumento é o de que a atuação falha frente a esses dois contextos epidêmicos produziu discursos oficiais que respaldam controle e vigilância dos corpos femininos, associando a maternidade à noção de risco.

Palavras-chave: Direitos sexuais e reprodutivos; Epidemias; Ministério da Saúde.

Abstract

In 2015 and 2016, Brazil experienced a spike in notifications of babies born with the Congenital Zika Virus Syndrome (SCZV). The “global threat” was not the Zika disease itself, but being pregnant (or the possibility of becoming pregnant) (Fleischer; Carneiro, 2017; Diniz, 2016). Marcelo Castro, Minister of Health at the time, made a series of unhappy public statements suggesting that women of childbearing age should delay pregnancy. Five years later, Brazil became the country with the highest maternal mortality rate from

1. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Antropologia Social da UFPE e pesquisadora da Anis, Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. E-mail: lusraquel@gmail.com

2. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Antropologia Social da UFSC. E-mail: anaclaudiadecamargo@hotmail.com

Covid-19 (Pereira et al., 2020). Such a Dantean scenario disproportionately affects the black population, since in Brazil, the mortality of pregnant women from Covid-19 is almost twice as high among black women as among white women (Santos et al., 2020). It was in this context that the current Secretary of Health, Raphael Parente, suggested: "Delay pregnancy a little". For the second time, in the five years since the Zika and Covid-19 epidemics, health authorities admit that being pregnant in Brazil is a risk. The objective of this work is to discuss, based on ethnographic research, the strategies to remove the responsibility of the State in guaranteeing the sexual and reproductive rights of Brazilian women of reproductive age in these two health crises, comparing the guidelines of the Ministry of Health and its performance. The argument is that the failure to act in the face of these two epidemic contexts produced official discourses that support control and surveillance of female bodies, so that motherhood, would be associated to risk.

Keywords: Sexual and reproductive rights; Epidemics; Ministry of Health.

Resumen

En 2015 y 2016, Brasil experimentó un aumento en las notificaciones de bebés nacidos con el Síndrome Congénito del Virus Zika (SCZV). La "amenaza global" no era la enfermedad Zika en sí, sino estar embarazada (o la posibilidad de quedar embarazada) (Fleischer; Carneiro, 2017; Diniz, 2016). Marcelo Castro, entonces ministro de Salud, hizo una serie de declaraciones públicas desafortunadas en las que sugirió que las mujeres en edad fértil retrasaran el embarazo. Cinco años después, Brasil se convirtió en el país con mayor tasa de mortalidad materna por Covid-19 (Pereira et al., 2020). Tal escenario dantesco afecta de manera desproporcionada a la población negra, ya que en Brasil, la mortalidad de mujeres embarazadas por Covid-19 es casi el doble entre mujeres negras que entre mujeres blancas (Santos et al., 2020). Fue en ese contexto que el actual secretario de Salud, Raphael Parente, sugirió: "Retrasar un poco el embarazo". Por segunda vez, en los cinco años transcurridos desde las epidemias de Zika y Covid-19, las autoridades sanitarias admiten que estar embarazada en Brasil es un riesgo. El objetivo de este trabajo es discutir, con base en una investigación etnográfica, las estrategias para quitar la responsabilidad del Estado en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres brasileñas en edad reproductiva en estas dos crisis de salud, comparando las directrices del Ministerio de Salud y su rendimiento. El argumento es que la falta de acción frente en estos dos contextos epidémicos produjo discursos oficiales que apoyan el control y la vigilancia de los cuerpos femeninos, por lo que la maternidad, se convertiría en un riesgo.

Palabras llave: Derechos sexuales y reproductivos; epidemias; Ministerio de Salud.

1. Introdução³

Em 2015 e 2016, o Brasil vivenciou momentos difíceis no que diz respeito ao súbito aumento da quantidade de notificações de bebês nascidos com a Síndrome Congênita do Zika vírus (SCZV), síndrome essa que logo seria evidenciada pela ciência como a mais grave consequência social e reprodutiva desta epidemia no país. A SCZV consiste em um conjunto de deficiências e sintomas complexos e variados, em que a microcefalia foi o mais emblemático. Uma vez

hospedado no corpo de uma mulher em idade reprodutiva, o vírus do Zika poderia facilmente entrar em contato com o feto por meio do líquido amniótico e afetar a formação da criança, ocasionando, assim, a SCZV. "Transmissão vertical" foi a terminologia dada pela biomedicina para esse fenômeno, e para além disso, que pode ocorrer entre a mulher e o feto durante uma gestação, o vírus do Zika geralmente é transmitido pela picada de um mosquito *Aedes Aegypti* contaminado ou por vias sexuais.

A epidemia do Zika afetou com maior proporção os estados do Nordeste do

3. Tal artigo não seria possível sem as contribuições e encontros dos grupos "Etnografando cuidados" (UFPE), "Quando duas epidemias se encontram: Repercussões do Covid-19 no cuidado e cotidiano de crianças com a SCZV" (UnB), Transes (UFSC), equipe Anis – Instituto de Bioética, além do apoio da FAPESC e FACEPE.

país, sobretudo os estados da Bahia, Pernambuco, Paraíba e Alagoas (Brasil, 2017). Devido ao alto número de casos notificados, em 11 de novembro de 2015, o Ministério da Saúde decretou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). À época, o reconhecimento da SCZV e, principalmente, de suas formas de transmissão foram grandes descobertas para a ciência, para o Brasil e para o mundo, afetando, mais diretamente, as mulheres em idade reprodutiva ou com a possibilidade de gestar.

A novidade científica que significou a descoberta da SCZV também gerou grande repercussão na mídia, havendo uma intensa circulação de notícias e propagandas governamentais de conscientização que apontavam a gravidade da epidemia e o risco que mulheres em idade reprodutiva corriam por conta do vírus e, principalmente, de sua associação com efeitos congênitos. A ideia de risco muitas vezes era demonstrada em propagandas governamentais, ora por meio de uma narrativa trágica, de tristeza e desamparo materno por conta das deficiências das crianças, ora entre uma narrativa bélica, de uma guerra a ser travada contra o mosquito transmissor, bastante conhecido entre a população brasileira por ser o vetor da dengue, da *chikungunya* e da febre amarela.

Entre diversas das notícias por nós analisadas, discursos oficiais por parte do Ministério da Saúde chamam atenção pelo teor de desresponsabilização estatal para com a saúde reprodutiva das mulheres. Nesse sentido, uma das fortes falas proferidas por Marcelo Castro em 2015, o então Ministro da Saúde do governo de Dilma, veio após ser questionado a respeito de quais cuidados poderiam ser tomados durante a gestação para evitar a contaminação pelo vírus. Em entrevista dada a jornal bastante conhecido, sua resposta foi: "sexo é para amadores, gravidez é para profissionais". Essa fala sinalizou, antes de qualquer outra coisa, uma responsabilização individual como forma de prevenção

ao vírus direcionada sobretudo às mulheres. Assim, não foi incomum o descaso e a responsabilização da mulher pela gestação nesse período, assim como a continuidade da desinformação que atravessou as experiências cotidianas de mulheres que estavam gestantes e daquelas que queriam gestar, uma vez que a recomendação sugerida por discursos como esse era a de que a mulher simplesmente "adiasse a gravidez".

Há questões relevantes a serem pontuadas nesse contexto: primeiro, que os discursos oficiais do governo imputam a gestação à mulher e delegam também às mulheres a responsabilidade de evitá-la, ausentando os homens do debate e retirando a importância do Estado e das políticas públicas de saúde. A forma com que essa narrativa é conduzida reafirma posicionamentos que colocam debates como os de planejamento familiar, saúde sexual, métodos contraceptivos e questões mais amplas de saúde reprodutiva, como temáticas designadas somente às mulheres, e não de interesse público e governamental. Tal movimento impacta, além de outras dimensões da saúde, a saúde mental das mulheres em idade reprodutiva que são atingidas pela dimensão moral desses discursos que apelam para a vigilância de seus corpos. Em termos gerais, as mulheres não são amparadas quando comprovam a gravidez, não têm opção legal para escolher não levar a gestação adiante, mas recebem do governo discursos que recomendam fortemente que não engravidem.

Além desses discursos apresentados e de seus impactos, a maior resposta governamental à epidemia foi baseada em políticas emergenciais de eliminação do mosquito *Aedes*, por meio de contenção de criadouros de água parada em casas e no âmbito doméstico, campanhas de conscientização direcionadas aos cidadãos, recomendações de teor individualista a respeito do uso de repelentes etc. Soluções mais estruturais, duradouras e demoradas, como o investimento em saneamento

básico em bairros da periferia, o que por si só evitaria a produção de um ambiente favorável à reprodução e contaminação do mosquito *Aedes Aegypti*, responsável também pela transmissão de outras doenças como apontamos, não fizeram parte do plano de prevenção ao Zika. Ainda que o vírus do Zika tenha entrado para a lista das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), já existindo uma base relevante de produções científicas que pautassem a relevância da transmissão sexual do vírus (Diniz, 2020), em nenhum momento o debate sobre saúde reprodutiva foi preconizado pelas propagandas governamentais e levado adiante. O governo, tampouco, investiu em campanhas informativas que comunicassem esse dado tão importante para uma epidemia com consequências reprodutivas tão sérias.

Nesse sentido, o retrato do desamparo, incerteza e mobilização feminina marcou os primeiros anos da epidemia do Zika vírus e de suas drásticas consequências para a população atingida. Somada ao ineditismo do fenômeno da epidemia e da parca informação fornecida pelas autoridades governamentais sobre os efeitos reais do vírus, diferentes explicações sobre circulavam entre mulheres que se empenhavam em entender a origem, as causas e as possíveis consequências, tendo em vista que se encontravam rodeadas pelo medo que o cenário e as narrativas oficiais do governo transmitiam e reforçavam.

Esses esforços se estenderam ao dia a dia de mulheres que vivenciaram uma maternidade extenuada, que implicava o exercício de se atualizarem a todo momento sobre o que a SCZV de fato significava na realidade do bebê e em sua própria dinâmica pessoal. Cuidar de uma criança com uma síndrome que, de muitas formas, ainda consistia em uma incógnita, em um contex-

to de precarização e desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS) intensificado após o golpe parlamentar que a ex-presidenta Dilma Rousseff sofreu, trouxe às mulheres cuidadoras uma rotina intensa e permeada por dificuldades diárias que são intrínsecas às desigualdades dos regimes de gênero e de suas interseccionalidades que conectam raça, deficiência, classe, geração e região.

Em 2020, ano em que a pandemia da covid-19 se alastrou globalmente, se tornando a 6ª Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), gestar se tornou novamente uma “ameaça global”, eo Brasil se apresentou como país com maior índice de mortalidade materna pela covid-19 (Pereira et al., 2020). Mais uma vez, essas mulheres se viram diante do medo de gestarem, uma vez que não sabiam como o vírus poderia se portar no organismo e se poderia atingir o feto. Com o dobro de ônus, também temeram a exposição e contaminação pelo vírus e a possibilidade iminente de terem suas vidas interrompidas, o que levaria a criança que convive com a SCZV ficar sem o cuidado principal que elas têm oferecido enquanto trabalhadoras do cuidado, essa economia que sustenta toda a estrutura patriarcal (Federici, 2018)⁴.

Foi nesse contexto que o atual Secretário da Saúde, Raphael Parente, sugeriu: “postergar um pouco a gravidez”. Pela segunda vez, nos cinco anos que atravessaram essas grandes emergências sanitárias, a do Zika e a da covid-19, as autoridades de saúde admitem que estar grávida, no Brasil, é um risco, um risco produzido pela má gestão de políticas públicas na área da saúde reprodutiva e pela ampla estigmatização com que os direitos sexuais e reprodutivos têm recebido tratamento no país diante do avanço de políticas conservadoras.

4. O trabalho do cuidado não remunerado é definido como aquele em que se concentra tempo, disposição e energia para suprir necessidades biopsicossociais de todo e qualquer indivíduo. É considerado um “trabalho invisível” realizado por meninas e mulheres que permite, de acordo com a divisão social do trabalho, que a sociedade e os homens estejam alimentados, vestidos e moralmente educados.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é discutir as estratégias de desresponsabilização do Estado na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras em idade reprodutiva nessas duas crises sanitárias, comparando as diretrizes do Ministério da Saúde e sua atuação. Também investiremos nas narrativas de mulheres e mães que cuidam de crianças com a SCZV a partir da participação de ambas as autoras em equipes de pesquisa que se propuseram a compreender os impactos do vírus Zika na realidade de famílias no Nordeste brasileiro, especialmente no estado de Pernambuco. Nosso argumento é o de que a atuação falha frente às epidemias produziu discursos oficiais que respaldam controle e vigilância dos corpos femininos: a maternidade, durante esses dois contextos epidêmicos, tornou-se um risco.

2. Metodologia

Este trabalho é uma das contribuições surgidas a partir da participação das autoras no grupo de pesquisa “Zika e microcefalia: um estudo antropológico sobre os impactos dos diagnósticos e prognósticos das malformações fetais no cotidiano de mulheres e suas famílias em Recife/PE”, vinculado ao Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília e coordenado pela professora Soraya Fleischer. O grupo de pesquisa teve início em 2016, um ano após o primeiro grande surto do Zika ser identificado no Brasil, e, durante todos esses anos, dedicou-se a pensar nas consequências sociais da epidemia para vida das crianças, mães e famílias atingidas. A proposta metodológica do grupo sempre valorizou o trabalho em equipe, de forma que todas as estudantes se engajassem não só na produção dos diários de campo, mas na leitura dos diários e textos produzidos entre pares. Havia também um compromisso ético de editar os diários quando necessário, para proteger intimidades das interlocutoras e

e pesquisadoras, e nunca os circular fora do grupo de pesquisa.

Visitas semestrais à cidade de Recife, capital do estado de Pernambuco, foram feitas por uma equipe de estudantes e colegas do grupo de pesquisa acompanhadas da professora. A junção dos diários de campo escritos durante cada temporada de campo rendia o que o grupo chamava de Tomo, ao todo mais de 1.300 páginas de diários de campo escritas, além de entrevistas gravadas e transcritas posteriormente, e, também, fotografias registradas. Conversas e mensagens no *WhatsApp* também eram trocadas com as interlocutoras de forma remota, mantendo uma ideia de “campo estendido”, como explicado no artigo de Carneiro e Fleischer (2020).

A primeira autora também fez pesquisa de campo junto às famílias de Recife que convivem com a SCZV, por meio de sua participação no grupo de pesquisa “Etnografando cuidados e pensando políticas de saúde e gestão de serviços para mulheres e seus filhos com distúrbios neurológicos relacionados com Zika em PE”, ligado ao núcleo de pesquisa Família, Gênero, Sexualidade e Saúde (FAGES), vinculado à Universidade Federal de Pernambuco, sob orientação do professor Parry Scott. Em 2020, somou esforços a equipe da Anis – Instituto de Bioética, em um projeto de pesquisa no qual o objetivo era mapear as necessidades imediatas de mulheres cuidadoras de crianças com a SCZV a partir da mobilização coletiva em grupos de *WhatsApp*.

Além do material reunido ao longo desses anos de pesquisa etnográfica, também fizemos um clipping de notícias relacionadas aos discursos, entrevistas e falas dos representantes do Ministério da Saúde que envolveram os assuntos relacionados à gestação, maternidade e gravidez durante os períodos mais graves das epidemias do Zika e do novo coronavírus. É por meio da análise do material etnográfico e das notícias reunidas que pretendemos discutir as respostas governamentais e as

formas de atuação do Ministério da Saúde nesses diferentes momentos, dos encontros e desencontros de duas epidemias distintas, que afetaram diretamente a vida de mulheres em idade reprodutiva.

3. Gestações consideradas indesejadas e a ideia de Risco

“Nós estamos há três décadas com o mosquito aqui no Brasil e estamos perdendo a batalha feio para o mosquito”, disse o então Ministro da Saúde, Marcelo Castro, em janeiro de 2016, um dos piores momentos do surto do Zika no Brasil. A fala foi feita durante um evento na Fundação Oswaldo Cruz, que tratava justamente das estratégias traçadas para o enfrentamento das doenças causadas pelo *Aedes Aegypti*. O discurso bélico que tratava da grave epidemia como uma “batalha” também apareceu na declaração dita em tom jocoso, pelo sr. Ministro: “Marinha e Aeronáutica deveriam combater o Aedes, pois vive na água e voa”. A ideia de uma guerra contra o mosquito foi interpretada literalmente na atuação da Pasta da Saúde durante o ano de 2016, no governo da presidenta Dilma Rousseff. Em uma articulação entre os estados, municípios e o Ministério da Saúde, as Forças Armadas e a Força Aérea Brasileira foram convocadas para mutirões estaduais de limpeza e higiene das ruas, com o objetivo de eliminar focos de criadouro do mosquito, e campanhas educacionais de conscientização feitas em escolas (Brasil, 2016).

Nas campanhas publicizadas na mídia, o vilão era um só: pequeno e com minúsculas manchas brancas. O mosquito poderia gerar consequências devastadoras que, de repente, não se restringiam ao adoecimento de uma dengue, doença já conhecida e combatida no Brasil, mas à reconfiguração de famílias, planos e certezas, por conta das consequências

devastadoras que, de repente, não se restringiam ao adoecimento de uma dengue, doença já conhecida e combatida no Brasil, mas à reconfiguração de famílias, planos e certezas, por conta das consequências reprodutivas do Zika. O medo propagado era o de que viesse uma “geração de sequelados”, como trouxe Castro, em mais uma fala infeliz e capacitista⁵, referindo-se às deficiências causadas aos bebês nascidos após o contato que tiveram com o vírus durante a gestação. Pesquisas posteriormente demonstraram que o mosquito não era o único vetor de contaminação do Zika: o vírus também poderia ser transmitido sexualmente (Diniz, 2016). Essa importante informação comumente era posta em segundo plano em detrimento da “batalha contra o mosquito”.

O terror reforçado nas campanhas publicitárias e nos discursos oficiais do governo angustiava mulheres em idade reprodutiva de todo o Brasil. As consequências da epidemia que atingiu com maior intensidade o Nordeste não foram iguais para todas as mulheres nordestinas, entretanto, os números de casos notificados vinham, sobretudo, de mulheres que moravam em regiões periféricas, onde a estrutura sanitária comumente era precarizada (o que criava um ambiente mais propício para os focos do mosquito), com uma questão demarcada pelo fato de serem mulheres negras as mais atingidas.

Uma das políticas de contenção proposta pelo governo de Dilma Rousseff, nos idos de 2016, foi a distribuição de repelentes às gestantes de baixa renda. Teriam acesso garantido ao item as beneficiárias do programa Bolsa Família. A distribuição de repelentes era uma política emergencial, pensada para um momento de surto e de aumento descontrolado do número de notificações de crianças nascidas com a SCZV. Mas desconsiderava

5. Para aprofundar nas discussões sobre o termo “capacitismo” e suas consequências para pessoas com deficiências, ver o trabalho de Mello (2014).

importantes questões estruturais como a precariedade de saneamento básico em bairros menos urbanizados que poderiam evitar novos surtos, por exemplo, o que a cientista política Layla Carvalho (2017) apontou estar ligado a um racismo ambiental, e como o investimento em políticas de planejamento familiar acessíveis às famílias de classes populares.

Era notável que a “ameaça global” durante o período declarado de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) não era o Zika, mas suas consequências por conta da SCZV. Um cenário de pânico que angustiava as mulheres gestantes e/ou que poderiam vir a gestar, era intensificado pelos discursos oficiais do governo. A responsabilidade por evitar uma gravidez era colocada nas mulheres, como na seguinte frase dita publicamente pelo mesmo ministro: “sexo é para amadores, gravidez é para profissionais”. Ainda que não tenha especificado em sua fala o que entendia por “profissionais”, as ideias de perigo e risco eram outras para as mulheres de camadas abastadas que tinham condições estruturais e sociais de “se cuidar”. Essas, tinham mais acesso a métodos contraceptivos e serviços de planejamento familiar para evitar uma gravidez não planejada, além de menos expostas ao mosquito, em suas casas localizadas em bairros urbanizados. Sobretudo, tinham condições financeiras de comprar seus próprios repelentes e podiam se deslocar para locais onde a interrupção da gestação não é criminalizada por escolha da mulher.

A ideia de risco era iminente para as mulheres em idade reprodutiva durante todo aquele momento. Os discursos oficiais da Pasta da Saúde, a um só tempo, pareciam responsabilizar as mulheres pela tarefa de não engravidar, ao passo que desresponsabilizavam o Estado de fornecer serviços de planejamento familiar, contracepção e de saúde sexual de qualidade.

Além de colocar de escanteio a importante discussão das estruturas urbanas que, há décadas, favoreciam o cenário

para a proliferação do *Aedes Aegypti*, sobretudo em bairros populares. Ao longo de todos esses anos fazendo etnografia nos serviços de saúde que atendiam crianças nascidas com a SCZV, não conhecemos nenhuma família que residia em bairros de classe média/alta, como o de Boa Viagem. As ideias de contágio, “decisão” e risco caminhavam juntos naquele momento, atravessando de forma muito mais intensa as famílias pobres. Dessa forma, o rosto da epidemia de crianças nascidas com a SCZV está muito ligado às mulheres jovens, negras e residentes de bairros populares. Essas mulheres e mães eram, em geral, as principais cuidadoras das crianças, caminhando entre os serviços de saúde e reabilitação, mas também nos espaços burocráticos, ao demandarem seus direitos (Fleischer e Carneiro, 2017).

4. Narrativas sobre maternidades impostas

Durante a leitura dos tomos de campo produzidos pela equipe de pesquisa “Microcefalia e Zika”, três pontos principais despertaram nossa atenção dentro da temática da saúde sexual e reprodutiva: a) a desinformação vivida sobre a diversidade de métodos de contracepção; b) a violência obstétrica, que muitas relataram durante o nascimento e o puerpério de seus recém-nascidos; c) as barreiras impostas dentro dos serviços de saúde para acessar a contracepção – de forma mais específica, a chamada “laqueadura”. Principalmente nos primeiros tomos de pesquisa elaborados em 2016 e 2017, muitos relatos foram registrados acerca do momento do nascimento da criança e mostravam um pano de fundo cujo elemento principal era a desinformação e incontáveis barreiras para acessar métodos contraceptivos, elementos que estiveram presentes na produção da equipe de pesquisa durante esses anos e que dialogam profundamente com estudos dentro dessa temática.

Amanda, uma das mães que acompanhamos, foi uma das que relataram não

ter planejado nenhuma das cinco gestações que viveu. Ao explicar como foi o nascimento de Elis, a caçula diagnosticada com a SCZV, descreveu como precisou “dar um bale” (Lira, 2019) na médica que a acompanhou no pré-natal para que ela cumprisse o acordo da laqueadura firmado antes do parto da filha mais nova:

“Eu tomo pílula, mas não faz efeito. Vira é uma massa dentro de mim. Não funciona mesmo. Então, eu queria me prevenir, queria evitar, mas como?” Em seguida, ainda falando sobre a ineficácia da pílula anticoncepcional diante de seu contexto, comentou: “Tomar como? A gente passa o dia todo na rua com essas crianças, acaba esquecendo de tomar” (SF, 2016:134)⁶.

O cotidiano preenchido com as terapias das crianças e com os exames de rotina que exigiam e consumiam muito tempo dessas mulheres e os efeitos do remédio, “virar uma massa”, é um dos motivos para que Amanda, e outras tantas mães, optem por outros métodos alternativos à pílula anticoncepcional. Mas, o que chama nossa atenção é que além da pílula anticoncepcional, apenas a laqueadura aparece como alternativa contraceptiva em suas narrativas. Outras opções, como o DIU, não foram relatadas. Mesmo assim barreiras diversas para acessar a laqueadura, ou ligadura como nossas interlocutoras nomeiam, estiveram bastante presentes nesses relatos, como explicou Amanda se referindo, ainda, sobre o episódio do nascimento de Elis:

“Eles queriam que fosse parto normal. Todos meus partos foram normais. Mas eu já tinha acertado, eu queria ligar. Não tinha conversa. Eu tinha assinado todos os papeis. Na hora lá, meu marido até quase mudou de

ideia, disse que não queria que eu ligasse. Eu disse, ‘Olha só, sou eu mesma que cuido. Sou eu que cuido. Não quero mais filho. Cinco já é muito, já é demais’. [...] “Então, eu dei entrada no hospital e eles queriam que eu tivesse normal. Mas eu me lembrei dos papeis assinados, eu já tinha escolhido a ligadura, eu que não ia voltar ali três meses depois para fazer, com três meses de parida. Eu não. Me subiram para outro andar e me induziram. E fizeram a cirurgia e, graças a deus, eu estou operada” (SF: 32).

Amanda narrou a sensação de impotência e falta de autonomia sobre o próprio corpo quando desejou realizar a laqueadura após o nascimento de Elis, sensação potencializada pelo requerimento de uma autorização do marido como documento oficial para o procedimento. Na Lei nº 9.263/96, que remete ao planejamento familiar, a realização da ligação das tubas só acontece se a mulher tiver mais de 25 anos ou pelo menos dois filhos e se apresentar um documento de autorização assinado pelo cônjuge, no caso de mulheres casadas. Essas restrições ao acesso à laqueadura aparecem como barreira intransponível às mulheres que querem utilizar esse método para evitar uma gravidez.

A busca pela laqueadura também esteve presente em narrativas de outras mulheres que não desejavam ser mães novamente. Assim como Amanda, Bernarda também relatava ter tido uma gravidez não planejada. Aos 31 anos à época, ela contava cenas de sofrimento e o que consideramos ser também uma denúncia à violência obstétrica que viveu no hospital. Em suas palavras, dizia às pesquisadoras em campo: “eu paguei um precinho lá na maternidade, visse”. Quando perguntada sobre a opção pelo parto cirúrgico, respon-

6. Diário autoral. Utilizamos o acrônimo “SF” para fazer referência ao trecho do diário de campo cuja autoria é de Soraya Fleischer.

deu:

“O problema é que eu tinha um combinado com a minha médica do pré-natal. Eu ia fazer um parto cirúrgico para ligar. Já era para ligar no último, no Felipe. Mas tinha aquela coisa de idade, de número de filho e não deu. Mas era para ter parado no Antônio”. “Eu não queria ter mais filho. Expliquei para enfermeira...” (SF:76).

Quando explicou sobre o tal “preço” que havia pagado na maternidade, ela nos contou sobre a violência que vivenciou durante o trabalho de parto. Ela deu entrada na maternidade da cidade sem acompanhante, a bolsa tinha estourado no dia anterior e ela esperou o momento que avaliou mais necessário para entrar em trabalho de parto. A primeira médica que a atendeu disse que ainda não era hora, conforme contou às pesquisadoras que a acompanhavam naquela temporada de campo: “você ainda não está gritando de dor. Deve estar longe de ganhar” Mas Bernarda não via sentido em expressar sua dor pelo volume da voz, ao invés disso mordida os lábios ao ponto de cortá-los: “pois se tem que gritar para você entender que está na hora, eu vou ter meu filho e você não vai não vai nem perceber. Por que eu não grito na hora do parto. Eu estou com dor mas não sou de gritar” (SF: 76). Foi apenas com a chegada de outra médica, que assistiu à situação de Bernarda, que a encaminhou para a sala cirúrgica, onde ela pôde parir: “o que eu tive ali foi indução e toque, só isso. O tempo todo. Fiquei lá, até que apareceu uma outra médica. Me examinou e falou, ‘gente, gente, prepara essa aqui que está quase na hora de ter’. Ele já estava coroando, eu tava [sic.] quase ganhando”.

Esbarramos em relatos de mulheres que deram seguimento a gestações indesejadas, que gostariam de ter utilizado algum método mais duradouro como a laqueadura ou achavam que não podiam mais engravidar por conta da idade, por

exemplo. Muitas, como Amanda e Bernarda, tentaram acordar em seus pré-natais algum método contraceptivo, como a laqueadura, para evitar outra gestação. Também ouvimos acerca das violências vividas no ambiente hospitalar, do qual a parturiente frequentemente estava desacompanhada e tendo suas vontades ignoradas ou sofrendo desassistência, como no caso de Viviane, outra mulher que havia nos contado imenso sofrimento durante o parto. Segundo relatou, a cabeça do filho ficou duas horas pendurada após ter saído da vagina, sem assistência e sem cuidado.

5. O encontro entre duas epidemias e a continuidade do desprezo pela vida das mulheres

As famílias atingidas pela emergência sanitária provocada pelo vírus Zika têm seus corpos marcados, como mostraram Porto e Moura (2017). São famílias que compõem as classes populares da sociedade brasileira e que em grande parte fazem parte da população negra (Werneck, 2016). Em geral, são famílias chefiadas por mulheres que engravidaram em um contexto de muita desinformação e que precisaram estruturar novas estratégias de cuidado com a rede familiar e particularmente com as crianças que convivem com os efeitos do vírus em seu organismo. Durante os últimos seis anos, essas famílias conviveram, por um lado, com o sentimento do medo e, por outro lado, com a necessidade de mobilizar esforços para a inscrição cidadã dessas crianças na sociedade, numa assídua reivindicação por suas infâncias – considerando as estridentes desigualdades que experenciam ao acessar serviços de saúde, de mobilidade urbana e de assistência social.

Nos primeiros meses da pandemia, a primeira autora observou nos grupos de *WhatsApp* que acompanhou durante a participação na pesquisa, que a Anis empreendeu o aumento de relatos de medo e insegurança face à circulação do novo coronavírus por parte de mulheres

afetadas, em sua maioria, pelo Zika. Esses relatos partiram por aquelas que estavam grávidas novamente no referido período e que se queixavam de presenciar, mais uma vez, uma nova epidemia sem saber as reais consequências para o bebê que viria ao mundo. A situação era agravada pelo medo materno de que pudessem vir a óbito e deixar a criança que convive com a SCZV sem o suporte principal de cuidado, já que, como buscamos evidenciar ao longo deste texto, são as mães as principais cuidadoras das crianças. Soma-se a isso o cenário em que as mortes maternas se tornam ainda mais flagrantes, agravando o sentimento de medo dessas famílias e as barreiras que meninas e mulheres frequentemente enfrentam para acessar serviços de saúde e terem seus direitos garantidos.

Esses dados refletem diretamente os discursos oficiais dados pelo governo Bolsonaro e pela Pasta da Saúde desde que a Organização Mundial da Saúde declarou a 6ª ESPII por conta da pandemia do novo coronavírus, em 20 de janeiro de 2020. O período de incertezas em relação ao vírus e suas formas de contágio era uma preocupação geral, mas a ciência assumia que o risco maior envolvia o que foi chamado de “grupo de risco”, composto por pessoas idosas, imunodeprimidas, cardiopatas, diabéticos, gestantes etc. Ainda que o atual presidente Jair Bolsonaro insistisse no discurso de “gripezinha” e em um “isolamento vertical”, refutados por cientistas nacionais e internacionais, o cenário era preocupante. A possibilidade de um adoecimento mais grave era uma realidade para qualquer organismo, mas as pessoas identificadas como “grupo de risco”, em especial, deveriam ter um cuidado redobrado, segundo as recomendações dos órgãos competentes, para, se possível, manter uma quarentena rigorosa e evitar entrar em contato com o vírus.

Se, nos primeiros anos de surto do Zika, risco era uma palavra que se apresentava às mulheres traduzindo o perigo da gestação num período em que o corpo da

mulher ficou marcado, nos quase dois primeiros anos da pandemia da covid-19, risco aparece como categoria epidemiológica que aponta os grupos mais vulneráveis e fragilizados à doença (e à morte). Especialmente considerando gestantes e puérperas nesse cenário, o Brasil se tornou o país com maior índice de mortalidade materna pela covid-19 e diante mais uma vez de discursos que se desresponsabilizam pela vida dessas mulheres (Pereira et al., 2020).

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas. Boletim epidemiológico, v.49, n. 59 2017.

CARNEIRO, Rosamaria e FLEISCHER, Soraya. Em Brasília, mas em Recife: atravessamentos tecno-metodológicos em saúde, gênero e maternidades numa pesquisa sobre as repercussões da epidemia do vírus Zika. ISSN: 19840470, 625. 2020.

DINIZ, Débora. Zika: do Sertão nordestino à ameaça global. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

FEDERICI, Silvia. O Ponto Zero da Revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante, 2018. 388 p.

LIRA, Lays Venâncio. Dar um bale: Ativismo materno na busca por serviços a bebês com Síndrome Congênita do Vírus Zika no Recife. Textos Graduados, 5(1), pp. 17-30. 2019.

MELLO, Anahí Guedes de. Gênero, deficiência, cuidado e capacitismo: uma análise antropológica de experiências, narrativas e observações sobre violências contra mulheres com deficiência. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2014.

NAKAMURA-PEREIRA M, Amorim MM, Pacagnella RC, Takemoto ML, Penso FC, Rezende-Filho J, et al. COVID-19 e morte materna no Brasil: uma tragédia invisível. Femina. 2020;48(8):496-8.

PORTO, Rozeli e COSTA, Patrícia. Zika Vírus e Síndromes Neurológicas Congênitas: Contribuições do/para o Campo de Estudos de Gênero. Cadernos De Gênero E Diversidade, 3(2), 2017.

SANTOS, Márcia Pereira, et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. Revista Estudos Avançados, 34 (99), 2020.

WERNECK, Jurema. A epidemia de Zika e as Mulheres Negras. Boletim de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras. 2016.