



GRUPO DE ESTUDOS SOBRE ABORTO

DOCUMENTO SOBRE ZIKA VÍRUS E INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ

ELABORAÇÃO

Ana Rita Souza Prata, Daniela Pedroso, Greice Menezes, Jefferson Drezett, José Henrique Torres, José Ruben de Alcântara Bonfim, Leila Adesse, Maria Elisa dos Santos Braga, Monica Kulcsar, Roberto Luiz Corcioli Filho, Thomaz Rafael Gollop e Yasmin Pestana.

O **vírus Zika** foi identificado pela primeira vez em 1947 em macacos Rhesus, na República de Uganda, e isolado em seres humanos, em 1952, no mesmo país. Até o ano de 2007 há registro de poucos casos da infecção em humanos nos países africanos e asiáticos.¹ Somente em 2014 o vírus seria reportado na Polinésia Francesa, onde se constatou aumento incomum de casos de malformações do sistema nervoso central em fetos e recém-nascidos.² O primeiro surto epidêmico do vírus Zika ocorreria no Brasil, em 2015, tornando-se rapidamente um grave problema de saúde pública, devido à sua associação com a surpreendente elevação do número de casos de microcefalia em gestantes infectadas. Entre março de 2015 e abril de 2016, mais de cinco mil casos de microcefalia foram reportados no país, a maioria na região Nordeste, número 20 vezes maior do que o registrado em anos anteriores.³ Em resposta, em fevereiro de 2016 a Organização Mundial da Saúde declarou a situação do vírus Zika como **emergência de saúde** de importância internacional.⁴

O vírus Zika é disseminado pelo mosquito *Aedes aegypti*, mesmo transmissor de doenças como a febre chikungunya e a dengue. Além das gestantes poderem ser contaminadas diretamente pela picada do mosquito, está estabelecida a possibilidade de adquirirem a doença nas relações sexuais com parceiros contaminados pelo vírus Zika, mesmo que esses parceiros não apresentem sintomas da doença.⁵ Quando grávidas, é ampla e rigorosamente documentada a transmissão do vírus da gestante para o feto, em qualquer período da gravidez.

O vírus Zika causa uma doença febril aguda, geralmente autolimitada, que poucas vezes necessita internação para tratamento. Estima-se que somente 20% das pessoas com infecção pelo vírus Zika apresentem sintomas e sinais clínicos, os quais podem incluir febre baixa, manchas vermelhas com prurido, dores nas articulações, dores musculares, cefaleia, vermelhidão nos olhos, tosse seca ou vômitos. Não existe tratamento específico e os sintomas duram poucos dias. O vírus Zika também é causa da síndrome de Guillain-Barré e de outras doenças neurológicas relevantes, como mielites e meningo-encefalites, embora esses agravos sejam pouco frequentes. Casos de óbito decorrentes da infecção pelo vírus Zika são raros.³

VÍRUS ZIKA DURANTE A GESTAÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, considera-se **microcefalia** o perímetro cefálico com dois ou mais desvios padrão abaixo da média. Nos Estados Unidos, o sistema público de mapeamento de defeitos congênitos estima que o número de recém-nascidos com microcefalia, ocasionada por diferentes causas, oscile entre 2 e 12 casos por 10 mil nascidos.⁶ Na ausência de infecção materna pelo vírus Zika, a microcefalia ocorre em 8,7 por 10.000 nascidos vivos.⁷

No entanto, a microcefalia pode ter causas diversas, sendo classificada como primária ou secundária. A microcefalia primária é frequentemente causada por anomalias genéticas que podem ou não interferir no crescimento cerebral durante os primeiros meses do desenvolvimento fetal ou mesmo depois do nascimento. Ela se associa com síndromes cromossômicas, metabólicas ou mutações gênicas. A forma mais comum é a **microcefalia vera**, ou verdadeira, na qual podem ou não ocorrer anomalias neurológicas ou de outra natureza.⁶ É de extrema importância assinalar que o termo **microcefalia**, utilizado com grande frequência por órgãos nacionais e internacionais de saúde pública e pela imprensa de maneira geral, refere-se apenas a um crânio pequeno e nada tem a ver com os fetos/recém-nascidos comprometidos pelo vírus Zika, como veremos adiante. A microcefalia secundária tem causas perinatais, como a falta de oxigenação do cérebro ao nascimento, hemorragia intracraniana ou trauma obstétrico. A microcefalia também pode ter origem infecciosa, subsequente à meningite ou encefalite, contaminação por agentes químicos, ou decorrente da infecção materna pela rubéola, sífilis, varicela, toxoplasmose ou citomegalovírus.⁶ Essa diversidade de condições e de etiologias da microcefalia resulta em diferentes consequências para o feto e para o recém-nascido que, em certos casos, não implica em danos cerebrais, deficiência intelectual ou comprometimento cognitivo relevante.⁸

Contudo, recém-nascidos com infecção pelo vírus Zika não apresentam apenas a microcefalia, sem outros prejuízos. Diversos **danos neurológicos severos** estão presentes, como a destruição de tecido cerebral, dilatação dos ventrículos cerebrais, calcificações intracranianas, hidrocefalia, disgenesia do corpo caloso e do vermix, diminuição da acuidade auditiva, surdez congênita, excesso de couro cabeludo, graves contraturas articulares (artrogripose), pé torto congênito, e displasia das articulações coxofemorais.^{9,10} Os achados incluem a atrofia cerebral, disgenesia do corpo caloso e do vermix e a dilatação da cisterna magna. Também se constata assimetria dos hemisférios cerebrais, aumento dos ventrículos e adelgaçamento do parênquima cerebral.¹¹ O dano oftalmológico se mostra igualmente grave, incluindo doenças como a microftalmia, anoftalmia, coloboma, catarata, calcificações intraoculares, anomalias coriorretinianas da mácula como atrofia, palidez, anomalias grosseiras e hemorragia retiniana, e de atrofia do nervo óptico.^{10,11}

As evidências científicas são contundentes quanto aos danos cerebrais produzidos pelo vírus Zika, predominantemente **destrutivos, irreversíveis e irreparáveis**, ainda que eventualmente para famílias que moram em grandes centros metropolitanos se possa oferecer assistência qualificada ao recém-nascido. Estudos recentes acrescentam maior risco de restrição do crescimento fetal intrauterino,

de insuficiência da função placentária, de aborto espontâneo até a 20ª semana de gravidez, e de óbito fetal até o termo em gestantes infectadas.¹⁰ Todas essas condições repercutem negativamente no desenvolvimento normal das crianças acometidas, prejudicando fortemente sua qualidade de vida. Portanto, a grave situação que se apresenta e que deve ser enfrentada é a de uma **Síndrome pelo Zika Congênita**.^{8,12}

O enfrentamento da Síndrome pelo Zika Congênita encontra obstáculos e desafios, considerando a alta incidência de anomalias fetais entre as gestantes infectadas. Nos EUA, estudo colaborativo entre o Center for Disease Control and Prevention (CDC) e departamentos de saúde, envolvendo 442 gestantes com infecção pelo vírus Zika, mostrou que 271 delas (61,3%) foram assintomáticas. Foram encontrados 26 fetos ou recém-nascidos (5,9%) com anomalias congênitas, sendo que 85% deles possuíam anomalias cerebrais, microcefalia ou ambos. Todos os comprometimentos fetais ou de recém-nascidos ocorreram em mães com infecção sintomática ou sorologia positiva para o vírus Zika apenas no primeiro trimestre da gravidez ou no período periconcepcional.¹⁰

Os dados acima contrastam notadamente com aqueles encontrados no Brasil. Por razões ainda não estabelecidas, gestantes dos Estados do Nordeste do Brasil e do Rio de Janeiro infectadas pelo vírus Zika têm fetos ou recém-nascidos afetados mais gravemente e com mais frequência. Nessas regiões, o óbito fetal ocorreu em 7% dos casos, com 46% dos fetos ou recém-nascidos apresentando anomalias congênitas graves e irreversíveis. Em 42% dos casos se constatou anomalias cranianas e encefálicas graves. Além disso, pesquisadores brasileiros observaram que o comprometimento fetal ou de recém-nascidos ocorreu em qualquer momento da gestação. De fato, anomalias no sistema nervoso central têm sido encontradas em fetos infectados pelo vírus Zika inclusive na 39ª semana de gravidez.¹³

CONSEQUÊNCIAS EMOCIONAIS E SOCIAIS PARA A GESTANTE COM VÍRUS ZIKA

Considerando que não há tempo pré-estabelecido para o diagnóstico do vírus Zika e que ele pode, inclusive, levar todo o período gestacional, a dúvida vivenciada pelas gestantes gera enorme sofrimento psíquico e emocional. Nesses casos, a defesa pela garantia da tomada de decisão pela interrupção ou não da gravidez, que invariavelmente ocorre anterior ao diagnóstico fetal, é em prol dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. O sofrimento psíquico intenso das gestantes portadoras da infecção pode colocar em risco sua saúde mental, considerando-se também a séria possibilidade de gerar condições de vulnerabilidade social e psíquica pelo resto de suas vidas, na medida em que não há prognóstico de reparação e tampouco políticas públicas eficientes que sustentem o futuro da criança e a vida digna da mãe. Tal contexto traz semelhanças com os impactos das situações de **tortura** na subjetividade, pois coloca a grávida em permanente risco de desestruturação física e psíquica, forçosamente impossibilitada de tomar decisões autônomas sobre seu corpo e sua vida.^{14,15}

VÍRUS ZIKA E INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ: PERSPECTIVA JURÍDICA

A omissão do Estado brasileiro com relação à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres é conhecida. A necessidade de se garantir o exercício de forma livre dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres já foi abordada na Recomendação Geral nº 24, durante a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), em 1999, ao afirmar “*Dar prioridade à prevenção da gravidez indesejada por meio de planejamento familiar e educação sexual e reduzir as taxas de mortalidade relacionadas à maternidade mediante serviços sem riscos e assistência pré-natal. Na medida do possível, deveria alterar a legislação que criminaliza o aborto, a fim de abolir as disposições punitivas impostas às mulheres que se submetam a abortos*”.¹⁶

Em um contexto comum, o desrespeito aos direitos fundamentais, como os acima citados, viola outros direitos, como direito à informação, à intimidade, à liberdade, dentre outros, conforme consta do parecer do Procurador Geral da República na ADI nº 5.581, ainda não julgada no Supremo Tribunal Federal. Essa situação se agrava no momento que se trata de uma epidemia por um vírus, como o Zika, que interfere de forma direta, de acordo com todas as evidências, na gestação da mulher e na saúde do feto/recém nascido gravemente comprometida.

É sabido que o Código Penal criminaliza o aborto, contudo, também permite, desde a sua promulgação, a interrupção da gravidez em duas hipóteses: risco à vida da gestante e gravidez resultante de violência sexual (artigo 128, incisos I e II). Houve o reconhecimento por parte do Supremo Tribunal Federal de mais uma hipótese, permitindo a interrupção de gravidez nos casos de fetos anencefálicos, garantindo interpretação conforme a Constituição Federal, na ADPF nº 54. Assim como não se poderia pensar na detecção da anencefalia à época da edição do Código, não poderia ser previsto os casos em que a epidemia pelo vírus Zika poderia trazer consequências tão devastadoras.

As decisões de permitir a interrupção da gravidez nas três hipóteses citadas são todas baseadas em direitos das mulheres, reconhecendo que ela não perde seu *status* de pessoa por estar grávida, conforme caso *Artavia Murillo y Otros (Fertilización in vitro) Vs. Costa Rica*, na Corte Interamericana de Direitos Humanos. A garantia da vida e saúde da mulher deve prevalecer, entendendo-se por saúde o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, conforme estabelecido pela Organização Mundial de Saúde, desde 1946. Essa foi a escolha do legislador na promulgação do Decreto-Lei nº 3914/1941 e do Supremo Tribunal Federal na ADPF nº 54.

As mulheres contaminadas pelo vírus Zika que estejam grávidas sofrem com a falta de informação e com a incerteza do que enfrentarão no futuro. Esse estado de desconhecimento sobre seu próprio futuro e a total falta de autonomia em decidir sobre ele, pode gerar um sofrimento psíquico severo e irreparável, equiparável à tortura. Ainda, diante da criminalização da interrupção da gravidez, as mulheres são submetidas a tratamentos degradantes e maus tratos nos serviços de saúde quando optam pela interrupção clandestina e ilegal da gravidez.

Reconhecendo o caráter excepcional dessa situação, busca-se conferir uma interpretação conforme a Constituição ao artigo 128, incisos I e II do Código Penal, a partir de uma aplicação analógica, que busque tutelar a saúde física e psíquica das mulheres contaminadas pelo vírus Zika. No mesmo sentido, é possível qualificar a prática da interrupção da gravidez nessas circunstâncias como uma conduta atípica pelo estado de necessidade, excluindo a ilicitude por equiparação aos artigos 23, I e 24, do Código Penal. Autorizar a interrupção da gravidez, após o diagnóstico do vírus Zika, é garantir às mulheres, principalmente àquelas em situação de maior vulnerabilidade, o livre exercício dos seus direitos reprodutivos, o que não se confunde com imposição estatal ou prática eugênica. Pelo contrário, se está assegurando que as mulheres exercerão uma maternidade consciente, com o respaldo do Estado, se assim desejarem.

REFERÊNCIAS

1. Hayes EB. Zika virus outside Africa. *Emerg Infect Dis*. 2009;15(9):1347-50. DOI: 10.3201/eid1509.090442.
2. Ios S, Mallet HP, Leparç Goffart I, Gauthier V, Cardoso T, Herida M. Current Zika virus epidemiology and recent epidemics Infections par le virus Zika et épidémies récentes. *Médecine et Maladies Infectieuses*. 2014;44(7):302-7. DOI:10.1016/j.medmal.2014.04.008.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 42p. Disponível em: http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/Protocolo_SAS_versao_3_atualizado.pdf.
4. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre la primera reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el virus del Zika y el aumento de los trastornos neurológicos y las malformaciones congénitas. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/es/>
5. Hills SL, Russell K, Hennessey M, Williams C, Oster AM, Fischer M, et al. Transmission of vírus Zika through sexual contact with travellers to areas of ongoing transmission - continental United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016;65(8):215-6. DOI:10.15585/mmwr.mm6508e2.
6. Organización Mundial de la Salud. Vigilancia de anomalías congénitas: manual para gestores de programas. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177241/1/9789243548722_spa.pdf.
7. Cragan JD, Isenburg JL, Parker SE, Alverson CJ, Meyer RE, Stallings EB, et al. Population based microcephaly surveillance in the United States. 2009 to 2013: An analysis of sources of variation. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2016;106(11):972-82. DOI: 10.1002/bdra.23587.
8. Drezett J, Gollop TR. O vírus Zika: uma nova e grave ameaça para a saúde reprodutiva das mulheres. *Reprod Clim*. 2016;31(1):1-4. DOI: 10.1016/j.recli.2016.05.00.
9. Ventura CV, Maia M, Bravo-Filho V, Góis AL, Belfort R Jr. Zika virus in Brazil and macular atrophy in a child with microcephaly. *Lancet*. 2016;387(10015):228. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)00006-4.
10. Honein MA, Dawson AL, Petersen EE, Jones AM, Lee EH, Yazdy MM, et al. Birth defects among fetuses and infants of US women with evidence of possible Zika virus infection during pregnancy. *JAMA*. 2017;317(1):59-68. DOI: 10.1001/jama.2016.19006.
11. Oliveira A, Malinger G, Ximenes R, Szejnfeld P, Alves S, Bispo de Filippis A. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016;47:6-7. DOI:10.1002/uog.15831.
12. Rasmussen SA, Jamieson DJ, Honein MA, Petersen LR. Zika Virus and birth defects - reviewing the evidence for causality. *N Engl J Med*. 2016;13. DOI:10.1056/NEJMs1604338.

13. Brasil P, Pereira JP Jr, Moreira ME, Ribeiro Nogueira RM, Damasceno L, Wakimoto M, et al. Zika virus infection in pregnant women in Rio de Janeiro. *N Engl J Med*. 2016;375(24):2321-34. DOI: 10.1056/NEJMoa1602412.
14. Zanello V, Porto M (Orgs). Aborto e (não) desejo de maternidade(s): questões para a Psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2016. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/11/CFP_Livro_Aborto-2.pdf.
15. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. Documento de Orientação CRP SP nº 01/2016. Documento de orientação frente ao atendimento de mulheres em situação de interrupção de gravidez. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; 2016. Disponível em: <http://www.crpsp.org/site/legislacao-interna.php?legislacao=563>.
16. Nações Unidas. Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher. Rio de Janeiro: Centro de Informação das Nações Unidas; 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm.