

vírus ao país. Por isso gostaria de voltar para os corpos mutilados das imagens de devotos, para as pernas que rasgavam, para a pele que formigava da gente do Sertão. Eles foram os primeiros que estranharam a nova virose dos trópicos e perseguiram médicos e farmácias em busca de explicação ou remédios.

No grupo das quatro amostras de Camaçari identificadas pelo Instituto Evandro Chagas estavam três mulheres e um homem. Dr. Gúbio não sabe nada a respeito de quem são – só o sexo. Dr. Antônio tampouco, pois os critérios de identificação os resumiram a amostras de sangue para o laboratório de investigação da doença misteriosa. Dr. Celso não se lembra dos nomes ou das histórias dos corpos nos quais fotografou manchas e conjuntivites. Dr. Kleber é um contador de histórias, mas também fala dos adoecidos em multidão. A verdade é que nem mesmo essas pessoas que permitiram uma descoberta importante para o primeiro capítulo da epidemia no Brasil sabem que foram elas as que ofereceram parte do corpo para a ciência. São nordestinos anônimos.

A primeira geração de mulheres

A estrangeira

A estrangeira é Soňa Tezza. Uma italiana jovem, que migrou para o Brasil por paixões. Casou-se com um brasileiro, mas, ainda grávida, conformou-se com a ideia de que o casamento não teria futuro feliz. Retornou à Itália quase fugida, os pais a ajudaram a sair do Brasil. Não guarda ressentimento desse tempo, só a saudade dos três gatinhos sem nome, que eram sua companhia. Lembra dos dias de zika no corpo, a pele ardia em fogo, as bo-linhas não acalmavam nem mesmo com banho gelado. Ligou para as médicas que a atendiam e ouviu o mesmo que todas as mulheres grávidas da primeira geração da epidemia do vírus zika no Brasil: “Não se preocupe, não é nada, só uma virose, vai passar em três ou quatro dias. Não tem que tomar nada.” Soňa não se medicou,

manteve-se em casa com os gatinhos, entre planos de viagem e despedida. Antes de partir, repetiu a ecografia do pré-natal, a primeira após o desaparecimento das manchas. A médica pressagiu feliz o que seria vivido de outro jeito: “Esse menino vai dar trabalho.”

Deixou o Brasil aos seis meses de gestação. Levava exames que mostravam um menino dançarino: Pietro, o Grande. Era 1º de agosto de 2015 quando Sofía chegou à Itália, um dia quente de verão. Seu pai queria que o neto crescesse perto da família. Na primeira ecografia na Itália, a imagem se modificou – era como um negativo do que já havia visualizado do bebê. As manchas brancas no cérebro tomavam toda a cabeça, e a cada dia Pietro descansava mais.

“Ela é jovem e pode ter trinta filhos”, disse a médica italiana à mãe de Sofía. Ela emudeceu, sua mãe passou a ser a voz que questionava os médicos e a falta de sentido de uma doença desconhecida. A médica explicou que o cérebro estava comprometido e que nunca havia visto algo semelhante em seu tempo de medicina. Sofía resolveu peregrinar, percorreu médicas importantes e mais estrangeiras que ela no Brasil. Todas repetiam o espanto da primeira médica europeia ao visualizar seu bebê. “Nunca haviam visto algo semelhante.” Disseram que o filho seria “um vegetal”, metáfora que Sofía repetiu e que lhe entraquece a voz.

Sofía passou a pesquisar, tinha que descobrir o que a ciência desconhecia. Transformou-se em uma cientista do próprio corpo; algo havia acontecido com Pietro. Se

havia uma nova doença, Sofía queria também nomeá-la, conhecê-la, para cuidar melhor do filho. Perseguiu o que lhe chegava do Brasil, mas não se falava de doença nos fetos, só do crescimento da epidemia do vírus zika em cidades do nordeste, exatamente na região onde viveu. Nada e ninguém lhe explicavam por que “Pietro a cada dia ficava mais quieto”, nem se as manchas de calcificação no cérebro teriam sido provocadas pelo vírus zika no terceiro mês de gestação.

Sofía viajou para a Eslovênia, um centro de referência em doenças tropicais. Ela estava com oito meses de gravidez, mas a barriga não crescia, Pietro estava mais miúdo do que mostrava a imagem da ecografia depois do sumiço das manchas na pele de Sofía. Em Liubliana, ela encontrou resposta para a turbulência que atravessava. Ouviu novamente que não havia cura ou tratamento para Pietro, os médicos repetiram o espanto sobre a gravidade do estrago feito pelo vírus no cérebro do feto.

A história oficial da ciência apresenta detalhes diferentes da memória encarnada de Sofía: para os cientistas, houve parto induzido; Sofía me contou que Pietro morreu naturalmente, a indução do parto teria sido posterior a ele ter parado de dançar em seu útero. Não a confrontei sobre a versão dos cientistas. Sofía também leu “O vírus zika associado com a microcefalia” – a primeira publicação da história da medicina que identificou o DNA do vírus zika em um feto relatava que a mulher eslovena fez um aborto. Sofía me contou que Pietro morreu no útero.¹ O artigo foi noticiado internacionalmente, um passo defni-

nitivo para o segundo capítulo da epidemia do vírus zika no Brasil.² Era o luto da *mulher eslovena* anunciando a descoberta da ciência.³

As nordestinas

No Cariri da Paraíba conheci as primeiras mulheres grávidas com zika, algumas recém-paridas com seus bebês adoecidos, outras em luto pela morte dos filhos após o nascimento. Uma delas foi Géssica Eduardo dos Santos, moradora de Juazeirinho, cidade na região do Seridó. Géssica é casada com Silvano da Silva Lima e mãe de Samara. Engravidou do segundo filho em abril de 2015 – o desejo era que nascesse um menino. Com vinte semanas, pagou por conta própria o ultrassom morfológico que mostraria o sexo do bebê. “No exame, eu notei a médica estranha, perguntei a ela: Meu filho está bem?” A resposta foi uma sentença definitiva para os planos de Géssica. Ela passou a viver uma aflição que jamais a abandonou.

A família mora em uma casinha colorida, que lembra casa de vila. Nem sempre há água encanada, por isso é preciso fazer estoque em tonéis e baldes para lavar roupa, banhar-se ou cozinhar. A rua sempre tem poeira, pois há pouco asfalto na cidade, e a casinha charmosa é distante do Centro. Géssica tem 25 anos e dedica seu tempo a ser mãe, ir à missa e visitar parentes. O mosquito para dormir não foi suficiente para afastar o mosquito, e não há isso de ar-condicionado em cidade onde a falta de

luz é frequente. A poucas ruas abaixo da casa de Géssica falta saneamento, e por ali mosquitos de várias linhagens e tipos são abundantes.

A surpresa do diagnóstico na primeira ecografia fez Géssica partir com o marido para Campina Grande, o centro de referência para dezenas de municípios do Sertão, Alto Sertão e Cariri, na Paraíba. Foi lá que conheceu dra. Adriana Melo, a especialista em medicina fetal que migraria do Cariri para a ciência do mundo. Dra. Adriana e dra. Melânia Amorim trabalham juntas; são obstetras que atualizam o conhecimento nordestino sobre parir em casa e sem cirurgias, e praticam a medicina do nascimento humanizado. Dra. Melânia é filha de obstetra, o centro de estudos que coordena com dra. Adriana leva o nome do falecido pai, professor Joaquim Amorim Neto. São mulheres acostumadas a ouvir e cuidar, a alisar a dor e concentrar-se com força para a passagem de um bebê em nascimento. De tanto ouvir sobre as aflições do parto, foi delas que surgiu a pergunta sobre zika no pré-natal.

Era setembro de 2015. Todos sabiam que a nova doença do povo era zika, e não uma virose corriqueira, alergia ou dengue fraca. O que não se sabia ainda era que o zika poderia causar danos ao desenvolvimento do feto. Durante o ultrassom, dra. Adriana tentou acalmar Géssica e explicou que se tratava de um quadro sério, pois via na imagem que “o feto acumulava líquido e faltava uma parte do cérebro”. Naquele momento, dra. Adriana inquietava-se com o que começava a assistir, como em procição, em sua clínica particular de medicina fetal. A microcefalia com

calcificações no cérebro era um evento raro, mas, no mês anterior, a médica anunciou o mesmo diagnóstico a outras três mulheres além de Géssica. Todas diziam ter tido virose na gravidez. Seus colegas do estado vizinho, Pernambuco, relatavam algo parecido, mas sobre o nascimento de crianças com microcefalia. Dra. Adriana foi a primeira a se espantar com os efeitos do zika ainda na gravidez.

Poucas semanas antes, Maria da Conceição Alcantara Oliveira Matias, outra mulher de Juazeirinho, havia estado no consultório. Géssica e Conceição não se conheciam, mas os médicos dos interiores da Paraíba passaram a indicar que as pacientes visitassem a especialista em calcificações do cérebro. A gravidez de Conceição foi muito esperada por ela e pelo marido, Mário Matias Maracajá Filho: um ano de tentativa depois de quatro de casamento. Aos 34 anos, Conceição tinha pressa de ser mãe. Fez exames e se preparou para a gravidez, que chegou no mês do São João. Na véspera da festa, o corpo doía, não queria saber de dançar forró. São João é mais do que dia santo na região do Cariri – o ano se conta como antes e depois de 24 de junho. O dia seguinte foi de dores nas juntas, pintas vermelhas por todos os cantos do corpo. Foi ao posto de saúde para confirmar se a doença era dengue. O sangue foi colerado, mas o médico garantiu que aquilo não era caso de dengue fraca. A doença tinha nome próprio, o vírus zika. Era junho de 2015, Conceição estava com sete semanas da primeira gravidez. As manchas vermelhas foram embora tão rapidamente quanto chegaram, mas as dores no

corpo a acompanharam por um longo tempo – a mão teimava em não fechar, era como se as articulações dos dedos não obedecessem.

Conceição esperou o tempo certo da gravidez para o ultrassom revelar o sexo do bebê. Foi com o marido, um homem feliz com a paternidade: ele plantou-se ao seu lado, uma câmera filmava o primeiro exame da filha. Talvez pela emoção, Mário não se deu conta de que a felicidade do exame havia desaparecido. Dra. Adriana havia desligado a tela e Conceição chorava. Ela estava com 22 semanas de gestação, e não era preciso ser especialista em imagem ultrassonográfica para visualizar na tela as manchas brancas no cérebro do bebê. Conceição repete o que pensava enquanto decorava a imagem da máquina: “Não tinha nada de errado com a gravidez, tudo havia sido planejado. Nos primeiros meses eu não viajei, não comi frutos do mar, deixei de fazer um monte de coisa por risco de infecção, eu não podia entender.” Conceição só lembrava das crianças que atendia como fisioterapeuta – “O que aquelas calcificações fariam com minha filha? Eu tinha medo do que poderia vir.”

Dra. Adriana pediu que os exames fossem repetidos a cada vinte dias. As visitas eram períodos de intenso sofrimento, Conceição não dormia na véspera. Dra. Adriana descreve a sala de espera de seu consultório: “Um corredor da morte, onde as mães recebem a sentença.” A cada novo exame, novas alterações apareciam. Por conta própria, Conceição e o marido passaram a estudar, liam o que podiam, olhavam e vasculhavam imagens de outras crianças

com microcefalia. Mas ela se inquietava solitariamente com o que via todos os dias no posto de saúde onde trabalhava como fisioterapeuta: crianças parecidas à sua filha, imaginava. Foi aí que resolveu anunciar ao obstetra que lhe atendia: “A única coisa que tive foi o zika.” O médico não recusou a hipótese, mas preferiu apostar na incerteza: “Zika é uma doença nova; não tem como dizer nada.”

Poucos dias depois, dra. Adriana lhe telefonou: “Tive zika?” “Tive! Inclusive falei para o meu obstetra na sexta-feira.” Dra. Adriana mantinha contato com clínicos e especialistas do grupo de WhatsApp “Chicky, a missão”. Os médicos da comunidade trocavam mensagens diárias sobre a triplíce epidemia (dengue, chikungunya e zika). Ao mesmo tempo, Recife anunciava nacionalmente um crescimento vertiginoso no número de recém-nascidos com microcefalia, e a epidemia do zika só aumentava no país. Havia inquietações sobre qual seria o agente causador da doença – se dengue, chikungunya ou zika, ou agentes já conhecidos como a toxoplasmose ou citomegalovírus.⁴ Dr. Carlos Brito era uma voz solitária insistindo em investigar se a microcefalia estaria vinculada à epidemia de zika no primeiro semestre de 2015: havia coincidência temporal e espacial, pistas importantes para a epidemiologia, mas não suficientes.

Além disso, dr. Brito conversava com a mãe e a filha neuropediatras, dra. Ana e dra. Vanessa Van der Linden; as duas começaram a notar aumento no número de crianças nascidas com um tipo diferente de microcefalia. As médicas também estranharam o padrão das calcifi-

cações; suspeitaram de citomegalovírus inicialmente, mas as manchas brancas do cérebro eram diferentes de tudo já visto.⁵ As imagens do feto de Conceição haviam impressionado dra. Adriana, que as comparou às imagens de Gêssica – os padrões de calcificações e danos no cérebro eram diferentes, mas havia algo muito típico de alterações morfológicas por processo infeccioso. Assim como as neuropediatras de Recife, Ana e Vanessa Vander Linden, dra. Adriana também suspeitava de citomegalovírus, apesar de as manchas brancas serem mais devastadoras no cérebro do que se observava em infecções por esse vírus.

Era 14 de novembro de 2015. Gêssica e Conceição, acompanhadas pelos maridos, se encontraram no aeroporto de João Pessoa. Iam para São Paulo, onde uma equipe de cientistas internacionais analisaria as imagens de ultrassom, repetiria exames, ofereceria os diagnósticos finais. Conceição se sentia mais fortalecida do que Gêssica; há dois meses estudava os efeitos da calcificação no cérebro e as repercussões da microcefalia na filha. A melancolia era acomodada pelo tempo e pela vivência cotidiana com outras crianças dependentes de cuidados para se desenvolverem. Gêssica tinha recebido o diagnóstico havia pouco mais de uma semana, tudo era muito novo.

Em São Paulo, médicos importantes se reuniram para um curso de medicina fetal. O líquido amniótico das duas mulheres já havia sido coletado em Campina Grande e seguido de avião para a Fiocruz, no Rio de Janeiro. O restante dos exames foi repetido; os questionários

eram intermináveis. Os exames revelavam o que já era conhecido, e Conceição e Géssica precisavam esperar pela tradução, pois o médico estrangeiro desconhecia o português. Tão sensível quanto narrar a dor sentida no instante é ignorar como as palavras chegam ao ouvido de quem tem o poder de cuidar ou sentenciar.

O médico estrangeiro, talvez sem os modos de parteira nordestina ou pela barreira do idioma, foi tipo bruto para Géssica: “Ele me explicou a gravidade do caso, que não era simples; as chances seriam poucas, poderia acontecer dele nascer e morrer pouco tempo depois, ou poderia ficar vegetando na UTI.” De novo, “vegetal” era a metáfora insuportável para a gravidez desejada, para o vírus invisível que destruíra o cérebro do filho, para a aflição de quem resolveu substituir a ciência pela reza. Ao acompanhar o caso de Géssica, Conceição conformava-se com a tragédia da vizinha: “Eles falaram que a chance dela sobreviver era grande, que ela poderia ser normal, mas o bebê de Géssica era mais grave, seria uma criança vegetando.”

As duas voltaram para Juazeirinho. Géssica resolveu viver o que lhe restava da maternidade: “Eu resolvi não chorar mais, resolvi aproveitar a gravidez.” Conceição preparava-se com os manuais e técnicas de estimulação precoce. No dia seguinte ao resultado do exame, 17 de novembro, Conceição se viu na televisão: “Duas grávidas da Paraíba” – não precisou terminar de ver, eram ela e Géssica.⁶ Conceição fechou-se; para ela não havia isso de ser especialista em sofrimento ou coceira, os médicos é que deveriam falar com a imprensa: “Não vou ficar falando de

minha dor.” Géssica lançou-se para o mundo, contou sua história até entristecer, pois sua história era comprida, e os jornalistas só repetiam uma frase desimportante. Quando a encontrei, 15 dias após o parto e a morte do filho João Guilherme, era a primeira vez que falava depois do silêncio autoimposto. Fez questão de abrir o armário do enxoval, o luto estava trancado entre as roupas e os sapatinhos: “Quando tenho saudade, venho aqui e cheiro, imagino como seria ele usando as roupinhas.”

Entre Conceição e Géssica houve coincidência até no parto: no mesmo dia em que Catarina Maria nasceu, João Guilherme morreu. Era 5 de fevereiro de 2016. Géssica conta a história do parto como a memória permite: deu à luz, mas adormeceu; somente no dia seguinte pôde acalantar o filho por alguns minutos.⁷ João Guilherme morreu instantes depois.

Dra. Fabiana Melo é residente de obstetrícia, aluna de dra. Melania e irmã de dra. Adriana, as gerações se transmitem na prática do cuidado. A jovem médica conta de outro jeito a cena, mas sempre chora ao lembrá-la: “Géssica viu o filho, mas adormeceu logo em seguida. Nós sabíamos que ela não se lembraria do encontro, por isso, a pedido da família, o bebê foi reanimado.” Foi assim que João Guilherme sobreviveu uma noite na Unidade de Terapia Intensiva, onde Géssica lembra ter feito “tudo o que uma mãe quer fazer com um filho: eu cheirei, nimei até me despedir, mesmo com ele já morto”.

Conceição e Géssica foram as primeiras mulheres a doar o líquido amniótico para a pesquisa que descobriria

que o vírus zika atravessa a barreira placentária.⁸ Gêssica fez ainda mais: com o luto ardido de quem segurou o bebê só uns instantes, ofereceu o filho em missão à ciência. Ainda na maternidade, autorizou a equipe médica a retirar do corpo do filho morto o que fosse preciso para a pesquisa científica. Dra. Fabiana foi a jovem residente, aprendiz de obstetra e parteira humanizada, que levou o bebê nos braços para ser eternizado para a ciência. Gêssica se explica dizendo que “não queria ser egoísta com todas as mães do mundo sem resposta”.

Com Conceição e Gêssica, dra. Adriana saltou para a ciência do mundo – mulheres do Cariri, desconhecidas para a ciência dos homens das grandes cidades e universidades, mas que juntas souberam fazer as perguntas certas em momentos de intenso sofrimento. Sofra enterrou Pietro em outubro de 2015 e sonha com ele em companhia de outros bebês no céu. Conceição deu à luz Catarina Maria em fevereiro de 2016 e faz do corpo da filha uma extensão do seu para estimulá-la mais além do que dizem os manuais. Gêssica guardou por tempo longo o enxoval de João Guilherme até encontrar outra mãe com filho recém-nascido parecido ao seu e doar o que foi sonho. Ela não se cansa de olhar a foto do filho falecido no hospital. Alessandra de Sousa Amorim recebeu feliz o enxoval de João Guilherme, é mãe de Samuel e de mais quatro filhas. Ela e o filho caçula são a imagem da capa deste livro. É casada com Alexandre Oliveira Santiago e vive no Pedregal, bairro de Campina Grande. Elas são algumas das mulheres da primeira geração da epidemia do vírus zika no Brasil.

Além delas, ouvi as histórias de Alda, Alane, Aldayane, Aldenora, Adilma, Adriana, Aldenora, Alessandra, Amanda, Ana Angélica, Ana Carolina, Antônia Vitória, Arlene, Cileneide, Conceição, Cristiane, Edna de Lira, Edna Cinthia, Ellen, Eviревargas, Francicleide, Francicleide, Francinelma, Gislene, Helena, Ianka, Inês, Izabel, Josefa Juliene, Josiane, Juliana Josina, Josimary, Josivânia, Kalissandra, Leonora, Lívia, Lizandra, Luana, Maria Carolina, Maria Germana, Maria José, Miriam, Nelsa, Olânia, Raquel, Rosilda, Sabrina, Sayonara, Vanicleide e Yasmin.⁹ Todas vivem pelo Cariri, Sertão e Alto Sertão da Paraíba, viajam horas para descobrir nos filhos o que a ciência ainda desconhece.

bem, me ajuda a dar sentido a isso tudo.” Em uma das raras entrevistas do passado, li Paulo se inquietar: “Poxa, se eu soubesse teria feito alguma coisa.” Perguntei o que ele imaginava que poderia ter feito pelo filho – a ilusão era de salvamento, uma fantasia de retorno ao passado e de vivência da gravidez em cidade distante do Sertão pernambucano. Imaginei Paulo fugindo com a esposa de Custódia para um lugar fora da própria vida, escapando dos mosquitos e do isolamento que o aflige.

Não havia nada que a família do paciente zero pudesse ter feito. São quarenta anos de mosquito abundante, o *Aedes aegypti* estava ali antes de o vírus zika chegar. Paulo se confunde quando fala do nordeste, chega a cogitar se isso de vírus zika existe mesmo ou se não seria outra coisa, pois “por que só o nordeste?”. Eu não soube responder-lhe senão pelas explicações formais da ciência. A verdade é que sei a resposta. Foi ali, pois é pelo nordeste da escrividão, da casa-grande e do engenho que este país se fez um dos mais desiguais do mundo.

O Sertão nordestino

O nordeste do Brasil foi o epicentro da epidemia da síndrome congênita do zika, ainda hoje descrita no país como microcefalia. E, no nordeste, os estados com maior concentração de mulheres com bebês notificados foram Pernambuco e Paraíba. Em 24 de novembro de 2015, o primeiro Informe Epidemiológico foi publicado:¹ de 15 a 21 de novembro de 2015, 739 casos foram notificados para a microcefalia. No primeiro informe, não havia casos descartados ou confirmados.

Por trás de números e casos, havia mulheres e recém-nascidos. Ao nascer, o bebê tinha sua cabeça medida – se fosse menor que o parâmetro utilizado no mês do seu nascimento, imediatamente se transformava em caso notificado. Da notificação, passaria para caso investigado; ao final, poderia se transformar em caso confirmado ou em caso descartado. No estágio de caso investigado, a mulher se deslocava com seu

bebê para exames e consultas. Em 2 de janeiro de 2016, o Informe Epidemiológico n. 7 registrava 3.174 recém-nascidos como casos notificados; quase seis meses depois, o Informe Epidemiológico n. 32 indicava 8.165 casos.² Na Paraíba e em Pernambuco, há poucos centros de investigação médica. Campina Grande é a referência para muitos municípios do Sertão, Alto Sertão e Cariri. O tempo do diagnóstico médico é mais lento que o das mulheres à espera de uma resposta da ciência. Para a mãe, o mais importante é saber o resultado da investigação o quanto antes, para iniciar os cuidados.

Paulo Joaquim Peterson Pereira é o pai do gêmeo identificado como o paciente zero da epidemia em Pernambuco. Em Custódia, cidade no Sertão, ele conheceu crianças com microcefalia que nasceram antes de seu filho e cujas mães nunca notificaram os órgãos de saúde. Essas crianças passaram do primeiro ano de vida e pertencem a uma categoria inexistente para o sistema de vigilância epidemiológica – são os *casos ignorados*. Ainda mais desolador é considerar os recentes estudos que sugerem haver recém-nascidos afetados pelo vírus zika com perímetro cefálico tido como regular no nascimento.³ Há mulheres e crianças doentes que se transformam em casos ignorados devido à ineficiência das políticas de saúde em recuperá-los.

Para cada recém-nascido notificado é preciso que haja uma cuidadora disponível, em tempo integral, para deslocamentos de exames, investigações ou estimulações, caso seja comprovada a síndrome congênita do zika. Descrevo o cuidado no feminino por um registro antropológico de como se organizam as famílias nordestinas: há centralidade

da vida familiar em torno das crianças, mas o cuidado é um dever das mulheres. Elas podem ser mães, avós ou tias. Em famílias extensas, a irmã mais velha ou alguma prima. Na ausência de todas, uma vizinha. É uma rede ampla de mulheres que se movimenta para amparar a mulher com sua criança notificada, investigada, confirmada ou ignorada para a síndrome congênita do zika. Não ouvi relatos de terceirização do cuidado por babás ou creches: a epidemia em municípios rurais e entre gente pobre não encontra a mesma realidade das mulheres de elites urbanas do país.

Em Campina Grande, passei dias no ambulatório de microcefalia do Hospital Pedro I, um dos primeiros centros especializados para estimulação precoce dos bebês. As mulheres se deslocavam duas vezes por semana para sessões de trinta minutos. As viagens são longas, o transporte é precário e, desgraçadamente, entendido como uma regalia dos municípios para as famílias. Não há direito a acompanhante nessas viagens do Sertão ou Alto Sertão para Campina Grande. A medida que a criança vai crescendo, mais difícil é para a mãe carregá-la. Tão penoso quanto é a mulher se manter em casa sem o retorno ao mundo do trabalho.

Conheci Cristiana Alves da Silva, moradora de um sítio em Monteiro, na Paraíba: ela faz um trajeto de cinco horas para ir e voltar da estimulação precoce de Davi Luiz. Trabalhava na agricultura de feijão antes da gravidez. Agora, sozinha, espera benefícios assistenciais para cuidar do filho cuja maternagem exige tempo integral. Em uma reportagem estrangeira, Cristiana foi fotografada do jeito que sobrevive: em uma casinha no sítio, sozinha com o

filho entre os braços.⁴ O lugar é escuro, a luz é fraca e escapa da casa para o quintal. Cristiana foi personagem da tumultuada história de como sua cidade viveu um dos maiores surtos de vírus zika em dezembro de 2014, exatamente quando engravidou de Davi Luiz.

No ambulatório de Campina Grande fui apresentada a uns poucos pais cuidadores. Talvez existam outros escondidos em casa, mas eles eram raros nas idas e vindas para o cuidado da criança. Joselito Alves dos Santos é casado com Maria Carolina Silva Flor e pai de Maria Gabriela. É homem assíduo às reuniões, ativo nas redes sociais e, assim como Paulo, o pai do gêmeo solitário, fala em direitos pelos danos causados pela epidemia à sua criança.⁵ Não sei dizer se há homens que abandonaram a casa ou a família depois do nascimento da criança com microcefalia, mas esse foi tema de intensa repercussão na imprensa e nas mídias sociais no Brasil.⁶

Pelos grupos de mães no WhatsApp, acompanho dezenas de conversas diárias; por ali, ainda não li histórias de fuga dos homens, mas talvez porque deles não é esperado o cuidado das crianças. Houve, é verdade, muitas histórias de homens cansados pelo choro contínuo do bebê, de casais irritados pelas demandas de cuidado sem amparo do Estado. O tema da pobreza da família e o das peregrinações por hospitais são os mais compartilhados entre mulheres que descobriram pelo grupo do WhatsApp – assim como os médicos de “ChickV, a missão” – uma forma de trocar informações para enfrentar os efeitos da epidemia.

Foi pelo aplicativo que dra. Fabiana Melo apresentou Gêssica Eduardo dos Santos a Alessandra de Sousa Amorim.

Gêssica havia enterrado o filho João Guilherme e guardava o enxoval para doação. Alessandra tinha acabado de dar à luz Samuel. O marido de Alessandra é auxiliar de pedreiro, a família tem mais quatro filhas e todos vivem com a renda de um salário mínimo. Alessandra me encaminhou seu diálogo com Gêssica, sobre o arranjo para a doação do enxoval do filho morto: “Sou Gêssica, de Juazeirinho. Você sabe o que aconteceu, é doloroso, mas Deus sabe o que faz.” “Deus está preparando um presente lindo para você.” “Eu creio.” “E Samuel, como está?” “Está bem. Creio que Deus vai lhe dar um bebê perfeito do jeito que você sonhou.” “Pretendo levar umas coisas para Samuel.” “You tirar uma foto de Samuel para te mostrar.” “You levar as coisas para ele de presente.” “Mas você vai doar? Não pretende ter outro filho, não?” “Agora mesmo não pretendo ter filhos, quero me recuperar dessa perda.” “Desculpa, linda, por perguntar isso, não fique magoada comigo.” “É normal as pessoas perguntarem, não fco.” “Amanhã se Deus quiser nos veremos. Eu queria colocar Samuel nos braços. Será o primeiro contato que terei com uma criança com microcefalia.” “Em Samuel não se nota muito a cabeça, pode pegar.”⁷

Histórias como a de Gêssica e Alessandra são cotidianas nos grupos de mães que acompanho. Elas oscilam entre o excesso de maternagem e o desespero pelas necessidades do filho; aprendem juntas a enfrentar a discriminação do mundo da vida; defendem a importância de sair à rua sem touca para não esconder a cabeça miúda, mas se entristecem pela ausência de cura ou tratamento para a microcefalia. Vibram com manchetes de pesquisas sobre células-tronco ou

com miágres de rezadeiras. Elas se protegem, se informam, duvidam dos médicos e diagnósticos. Trocam informações sobre novos sinais da síndrome congênita do zika: muitas descobriram pelas mensagens que algumas crianças teriam problemas para engolir; outras, sobre como insistir na pericia médica para garantir o acesso a benefícios assistenciais.

Os números da epidemia cresceram vertiginosamente no Brasil. Há os que se tranquilizam anunciando queda na epidemia – seja pela mudança nos números do perímetro cetálico para a notificação, seja pela sazonalidade do mosquito (os meses de maior risco estão entre março e maio),⁸ ou ainda pela alternância das doenças da triplíce epidemia, pois 2016 foi o ano do chikungunya.⁹ A verdade é que só nos meses finais de cada ano saberemos a magnitude da segunda geração de mulheres e crianças afetadas pelo vírus zika, pois o pico de risco do mosquito são os meses iniciais do calendário. Entre 2014 e 2015, houve aumento de 1.923% nas notificações de recém-nascidos com microcefalia no país; de janeiro a junho de 2016, os casos notificados tiveram crescimento de 157%. Quase todos esses bebês vivem em municípios do nordeste: o estudo de dr. Giovanny França mostrou que 97% dos casos definitivos ou prováveis para a síndrome congênita são de estados que reúnem 28% de todos os nascimentos do país.¹⁰

A história do primeiro ano da epidemia do zika foi contada por duas descobertas: a da circulação do vírus e a da síndrome congênita do zika. Os protagonistas foram médicos de beira de leito, cientistas de bancada e, principalmente, mulheres que adoeceram de dengue fraca

e cuidaram de seus filhos notificados, confirmados ou ignorados com a síndrome congênita do zika. As políticas de saúde brasileiras falaram mais de mosquitos que de gente – o slogan da campanha oficial de saúde pública foi: “Um mosquito não é mais forte que um país inteiro.”¹¹ A partir da história das descobertas – e disputas – sobre o zika no Brasil, este livro retorna à vida de mulheres e crianças, que deveria ser o mais importante durante uma situação de emergência de saúde pública com proporções globais.

Houve um jeito brasileiro de fazer ciência e anunciar descobertas. O jeito brasileiro talvez seja a maneira correta para falar em emergências de saúde pública em países periféricos da ciência global – as pesquisas foram feitas por médicos de beira de leito; os resultados foram divulgados na imprensa antes de serem publicados pela comunicação científica; os médicos e as mulheres contavam juntos a história.¹² É certo que não só o espírito solidário com o bem comum inspirou médicos e cientistas a se moverem para a imprensa antes que para a comunicação científica: foi também o regime desigual de distribuição do reconhecimento da ciência na sociedade brasileira. Médicos de beira de leito e cientistas nordestinos foram os que desbravaram a epidemia; tinham urgência em falar, em serem reconhecidos, mas também buscavam se proteger. Houve intensa solidariedade entre os médicos nordestinos e seus parceiros do sul, mas também disputas típicas da ciência sobre quem primeiro publicaria os estudos de descobrimento ou anunciaria os grandes feitos. Nesse jeito brasileiro de produzir conhecimento sobre a epidemia, as redes sociais e os aplicativos de mensagens,

em particular o WhatsApp, foram instrumentos-chave para a divulgação de hipóteses, descobertas ou boatos.¹³ É preciso reconhecer períodos na história da produção de conhecimento da epidemia: os nordestinos estavam presentes na descoberta de que o vírus zika circulava no país e na hipótese da transmissão vertical, mas rapidamente as autoridades tradicionais da ciência brasileira, centradas no sul, assumiram os postos de porta-vozes do conhecimento nas publicações internacionais. Essa imediata reprodução da estratificação social da ciência não deve ser uma surpresa, pois não se subvertem padrões de distribuição desigual de recursos com um único acontecimento.

Houve quem elogiasse a rapidez com que o governo brasileiro respondeu aos sinais da epidemia de microcefalia: entre o paciente zero de dra. Vanessa Van der Linden e o anúncio de emergência de saúde pública pelo Ministério da Saúde se passaram pouco mais de três meses. Junto à rapidez da resposta – antes um mérito dos médicos de beira de leito e dos cientistas da periferia da ciência brasileira que das políticas de governo – houve pronunciamentos atrapalhados e silêncios persistentes. Em dezembro de 2015, o então ministro da Saúde, Marcelo Castro, fletou com modos antigos de promover saúde para as mulheres, pois chegou a dizer: “Sexo é para amadoras, gravidez é para profissionais.”¹⁴ Infelizmente, o flete do ministro brasileiro não foi um escorregão solitário na América Latina, onde rapidamente a epidemia de vírus zika se alastrava. Países como El Salvador recomendaram a infertilidade das mulheres até 2018.¹⁵ Nenhuma política de saúde séria pode considerar a

abstinência sexual e a infertilidade como recomendações razoáveis para a saúde reprodutiva ou para o controle de uma epidemia com múltiplas formas de transmissão – esta epidemia, em particular, por vetor e via sexual.

Se, por um lado, o flete neomalthusiano com políticas de saúde reprodutiva foi desrespeitoso com milhares de mulheres, por outro, foi um sinal claro dos caminhos pelos quais o governo brasileiro preferiu enfrentar as consequências da epidemia: o vilão tornou-se o mosquito vetor. Não ignoro que eliminar o *Aedes aegypti* é medida urgente, mas soa como solução mágica para o desamparo que é hoje planejar uma gravidez no Brasil. A felicidade do pré-natal desapareceu do Sertão nordestino, por isso não foi exagero retórico de dra. Adriana Melo descrever a passagem da sala de espera até o ultrassom como *corredor da morte* e seu consultório como *sala de sentença*.

Opstei, no entanto, por não explorar as maravilhas das pesquisas sobre os mosquitos transgênicos,¹⁶ mosquitos com bactérias,¹⁷ mosquitos com raios gama ou raios X,¹⁸ mosquitos com biolarvicidas,¹⁹ uso de chás ou óleos.²⁰ Se essas pesquisas forem bem-sucedidas, o mosquito poderá desaparecer ou se tornar infecundo para transmitir doenças. Em qualquer das hipóteses, a solução para a epidemia seria espetacular: o mosquito não seria mais o mascote traidor da família brasileira. Enquanto essas descobertas magníficas não aparecem, assim como não se desenvolve a vacina contra o vírus zika, a epidemia exige enfrentamentos urgentes e sérios.

O risco não é a doença do zika, mas a transmissão vertical: são as mulheres em idade reprodutiva e os futuros bebês

que a epidemia ameaça de maneira particular. Não há como falar em populações como aglomerados de gente sem idade ou sexo – são as mulheres jovens, grávidas ou com planos de engravidar as que se aterrorizam com o vírus zika. O medo vem do cotidiano de quem vive nas terras do zika. São mulheres comuns, porém anônimas para as políticas de reconhecimento do sofrimento em uma sociedade tão desigual quanto a brasileira, porque são nordestinas e pobres. Se a epidemia se movimentar e alcançar os centros urbanos, as mulheres das elites encontrarão alternativas para garantir a gravidez segura em tempos de epidemia de zika.

Se não houve reviravolta científica com a confirmação de que o vírus zika circula no Brasil ou, talvez, nem mesmo com a descoberta da síndrome congênita do zika, o evento extraordinário é o estado de desamparo vivido pelos milhares de mulheres com seus filhos notificados, investigados, confirmados ou ignorados para a síndrome. Há um terceiro capítulo ainda à espera de ser vivido desde a chegada do vírus zika no Brasil: o do reconhecimento de que cuidar da saúde reprodutiva das mulheres é cuidar da saúde pública.²¹ A descoberta da transmissão vertical do vírus zika nos mostra que proteger a saúde reprodutiva depende da garantia de direitos, com acesso a métodos contraceptivos e direito ao aborto seguro. É perturbador imaginar que somente uma ameaça global possa fazer o Brasil olhar para dentro e reconhecer que a urgência de cuidados e proteções não se resume a eliminar o mosquito, mas a cuidar de mulheres e crianças afetadas ou em risco pelo vírus zika.

A ameaça global

“O comitê informou que o recente grupo de casos de miocrocefalia e de outras desordens neurológicas registrado no Brasil, após casos semelhantes na Polinésia Francesa, em 2014, constituiu uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).”²¹ Na noite de 1º de fevereiro de 2016, após quase quatro horas de reunião com os membros do Comitê de Emergência da Organização Mundial de Saúde (OMS), dra. Margaret Chan, diretora-geral da organização, declarava o quarto alerta global de ESPII da história.² Os anteriores tinham sido para: gripe suína, em 2009;³ poliomielite, em 2014;⁴ e ebola, também em 2014.⁵ Na resposta a este último, a OMS recebeu fortes críticas pela demora em atuar.⁶

A epidemia do vírus zika exigia eficiência: a doença, transmitida por um vetor abundante e voador – o mosquito *Aedes aegypti* –, tinha fortes indícios de transmissão

vertical.⁷ Estudos indicavam o risco de transmissão por via sexual,⁸ por transfusão sanguínea,⁹ urina e saliva,¹⁰ e havia sido identificada a presença do vírus zika no leite materno.¹¹ Havia uma sutileza no alerta de dra. Chan: a situação de emergência não foi anunciada por causa da epidemia do zika e do adocimento leve caracterizado por coceiras ou dores articulares, mas pelo risco de transmissão de vírus para o feto. A ameaça global era a síndrome congênita do zika. Dois meses depois, em 7 de abril de 2016, a OMS fez uma nova declaração: “Baseado no crescente corpo de pesquisa preliminar, há um consenso científico de que o vírus zika é a causa da microcefalia e da síndrome de Guillain-Barré.”¹² Ainda há muito o que se pesquisar sobre o funcionamento do vírus, é verdade, mas a identificação da causalidade foi um passo decisivo para as políticas de saúde e as agendas internacionais de pesquisa.¹³

Entre o anúncio de dra. Chan, em fevereiro de 2016, e a declaração de que o vírus zika causa a síndrome congênita nos fetos, em abril do mesmo ano, um corpo gigantesco de pesquisas foi publicado. A comunidade científica se preparava para entender o que acontecia no Brasil, de maneira a antecipar a ameaça global de disseminação do vírus. *Ameaça* não foi exagero de jornalistas que descrevem números ou novidades pelo medo, mas o prenúncio da potência de um vírus com múltiplas formas de transmissão.¹⁴ Dentre todas as formas conhecidas de transmissão, a pelo vetor fazia da epidemia do zika no Brasil um risco imediato para centenas de países com o

Aedes aegypti em circulação.¹⁵ Em 5 de fevereiro de 2016, havia 44 países de cinco continentes com vírus zika; em 33 deles a identificação ocorreu entre 2015 e 2016.¹⁶ Em 7 de julho do mesmo ano, eram 65 países.¹⁷

Na América Latina, só não houve transmissão autóctone no Chile, Uruguai e em algumas ilhas do Caribe.¹⁸ Ou seja, em todos os outros países o vírus ultrapassou as fronteiras, e os casos de adocimento não foram apenas esporádicos e de viajantes, como ocorreu no Uruguai.¹⁹ Em El Salvador, o primeiro caso de recém-nascido com a síndrome congênita do zika foi noticiado pela ministra da Saúde do país em 14 de junho de 2016;²⁰ são esperados números semelhantes aos do Brasil para a transmissão vertical, além do aumento dos casos da síndrome de Guillain-Barré. Colômbia, El Salvador, Guiana Francesa, Honduras, Martinica, Polinésia Francesa, República Dominicana, Suriname e Venezuela foram os países, além do Brasil, que reportaram aumento de casos da síndrome paralisante.²¹

A epidemia crescia em ritmo acelerado, a ciência corria, mas perguntas importantes não eram respondidas: qual era a linhagem do vírus que circulava nos países que tinham identificado o zika? O que representará o retorno do vírus à África, por Cabo Verde, porém agora com a linhagem asiática?²² Haverá o risco de transmissão vertical e de síndrome congênita nos fetos em todos os países onde o zika aterrissou recentemente? Em 13 países e territórios, além do Brasil, há registro de recém-nascidos com a síndrome congênita do vírus zika. Em alguns, por

adocimento autóctone, como Cabo Verde, Colômbia, El Salvador, Ilhas Marshall, Guiana Francesa, Martinica, Panamá, Polinésia Francesa, Porto Rico; em outros, por viagens de mulheres grávidas, como Eslovênia (Sofia Tezza, italiana, viveu no Rio Grande do Norte, Brasil), Espanha (mulheres que viajaram pela Colômbia e Venezuela) e Estados Unidos (talvez mulheres que viajaram pelo Brasil, Guatemala ou Belize).²³

A Colômbia, país de fronteira com o Brasil, desde o início da epidemia instalou um amplo sistema de pesquisa para monitorar os efeitos do vírus. A diretora-geral do Instituto Nacional de Saúde, dra. Martha Lucía Ospina, esperava trezentos casos de síndrome congênita do zika nos fetos em 2016.²⁴ Diferentemente do Brasil, os números da Colômbia podem ser menores por fatores ambientais, como a taxa de circulação do mosquito ou o clima, mas também pela legislação que autoriza o aborto se a gravidez representar um perigo para a saúde da mulher.²⁵ Tão logo foi anunciada a hipótese da síndrome congênita vinculada ao vírus zika, o vice-ministro da Saúde da Colômbia, Fernando Gomez, foi interpelado se o Brasil deveria revisar sua legislação para seguir o exemplo colombiano: “Não posso opinar por outro país, mas posso dizer que é uma opção importante para a mulher [...] Uma das justificativas mais usadas aqui para a interrupção é o risco de sofrimento mental para a mulher.”²⁶

A Colômbia assumiu que precisava adotar medidas de proteção integral à saúde reprodutiva das mulheres. Dra. Ana Cristina González Vélez, ex-diretora nacional

de Saúde Pública do Ministério da Saúde e Proteção Social da Colômbia, comparou as políticas brasileiras e colombianas: “Diferentemente do Brasil, o Protocolo da Colômbia enfatiza a importância da informação nos seguintes termos: ‘as gestantes com infecção pelo zika devem ser informadas sobre a existência de uma associação entre a infecção e anomalias congênitas do crânio e do sistema nervoso central no recém-nascido?’”²⁷ O protocolo colombiano foi publicado em fevereiro de 2016, imediatamente após o anúncio de dra. Margaret Chan.

Estudos que analisam o impacto de saúde pública das diferentes formas de transmissão do vírus zika são complexos de serem realizados, em particular se o mosquito vetor estiver em circulação no país ou se a epidemia já tiver se instalado. Por isso, as evidências ainda são limitadas sobre os adocimentos por transmissão sexual pessoa a pessoa.²⁸ Até junho de 2016, 11 países reportaram essa forma de transmissão por estudos de casos individuais de homens que viajaram para países da América Latina e retornaram a seu domicílio: Alemanha, Argentina, Canadá, Chile, Peru, Espanha, Estados Unidos, França, Itália, Nova Zelândia e Portugal.²⁹ Em muitos desses países, o mosquito vetor não fazia parte da vida cotidiana, por isso foi possível testar a transmissão sexual do vírus zika.

Muito da ciência do zika está por ser descoberto; os riscos da transmissão sexual e posterior transmissão vertical estão entre as questões mais inquietantes, devido ao impacto na vida das mulheres em idade reprodutiva.

Essa foi a razão que me fez assinar a Carta Aberta à dra. Margaret Chan, “Jogos Olímpicos do Rio de Janeiro em outra data: para o bem da saúde pública e do espírito do esporte”, meses antes de os Jogos Olímpicos e Paralímpicos serem realizados no Brasil.³⁰ Um grupo de pesquisadores internacionais, liderado por dr. Amir Attaran, dr. Arthur Caplan, dr. Christopher Gaffney e dr. Lee Igel, endereçou a carta à OMS solicitando o adiamento dos jogos. A razão era simples: não havia segurança para a saúde global com intensa movimentação de viajantes para o epicentro da epidemia do vírus zika.

Em 14 de junho de 2016, o Comitê de Emergência sobre o vírus zika publicou a seguinte declaração: “O Comitê concluiu que há baixíssimo risco de posterior disseminação internacional do vírus zika como resultado dos Jogos Olímpicos e Paralímpicos, uma vez que será inverno no Brasil durante os jogos, quando a intensidade da transmissão autóctone dos arbovírus, tais como dengue e zika vírus, é mínima e há medidas de intensificação de controle do vetor nos espaços de jogos e ao seu redor, o que deve reduzir o risco de transmissão.”³¹ Na mesma declaração, o comitê reiterou as recomendações anteriores da OMS, de que mulheres grávidas deveriam evitar viagens para países com circulação de vírus zika e que seus companheiros deveriam abster-se de relações sexuais durante a gravidez após estada no Brasil.

Estas foram as recomendações da OMS para atletas e visitantes na Olimpíada brasileira: dar preferência a acomodações com ar-condicionado, em que as portas e

janelas estejam continuamente fechadas, para evitar que mosquitos entrem; seguir as orientações de saúde do país de origem; consultar um profissional de saúde antes da viagem; usar repelentes e roupas que cubram o corpo; evitar cidades e áreas sem água encanada e com saneamento precário.³² Em resumo, a OMS informou que era seguro viajar para o Brasil durante a epidemia de zika, desde que o viajante permanecesse em um hotel com ar-condicionado e com roupas de inverno. E o mais grave: insistia que abstinência sexual poderia ser considerada uma recomendação séria de proteção à saúde, alternativa ao uso de métodos de barreira, como a camisinha.

Há muito na história das epidemias por transmissão sexual, e as políticas de abstinência sexual já se mostraram ineficazes por, pelo menos, duas razões: a) não se realizaram estudos sobre a maneira como se comportam os que estão em abstinência sexual; b) a abstinência é um método protetivo de difícil adesão para pessoas com vida sexual ativa.³³ Os países que buscarem ampliar as formas de proteção às mulheres em idade reprodutiva necessitam diversificar os métodos de planejamento familiar de longa duração, como o implante intrauterino e as injeções hormonais, ou os métodos de barreira, como a camisinha. O mais delicado sobre a recomendação de abstinência sexual como alternativa ao uso da camisinha, no entanto, é que não há especificidade sobre o que se entende por abstinência sexual na vivência de práticas sexuais: seria o coito ou as práticas de sexo oral? A transmissão sexual da doença se dá pela presença do vírus zika no

sêmen, houve inclusive um caso reportado de transmissão por sexo oral.³⁴ “Um homem com zika pode passar o vírus para a sua parceira ou parceiro sexual em relações sexuais vaginal, anal ou oral sem uso de camisinha.”³⁵ Não se sabe ainda se as mulheres infectadas com o vírus zika podem transmitir sexualmente aos seus parceiros ou parceiras sexuais.³⁶

No Brasil, pesquisadores da Universidade de São Paulo especializados em modelagem matemática anunciaram ser perto de zero o risco de um viajante adoecer no Brasil durante as Olimpíadas e Paralimpíadas e levar a doença para seu país de origem: o número seria de cerca de três casos a cada cem mil visitantes: “teríamos aproximadamente 15 pessoas infectadas, sendo dez casos assintomáticos e cinco com sintomas”, os pesquisadores precisavam as contas.³⁷ Por ser tão baixa a ameaça para a saúde global, decidiram ironizar quem reclamava o adiamento: “Se você não estiver grávida e decidir evitar os Jogos Olímpicos do Rio de Janeiro por medo de contrair zika, pode encontrar um motivo melhor; há muitos outros.”³⁸ Em julho de 2016, o Rio de Janeiro era o estado com maior número de casos confirmados para a síndrome congênita do zika fora do nordeste: de dois casos confirmados na semana do anúncio global pela OMS em fevereiro, o número saltou para 87 casos em 9 de julho do mesmo ano.³⁹ Além disso, era o estado com maior número de casos da febre zika no país: 43.516 pessoas notificadas.⁴⁰

A verdade é que por trás da modelagem matemática há a particularidade das formas de disseminação da doença

– uma mulher grávida de país distante cujo companheiro viaja para as terras do zika e retorne adoecido pode transmitir o vírus à companheira e, quem sabe, desta para o feto. Ao calcular o risco, os matemáticos brasileiros não consideraram qual é a probabilidade de uma transmissão por via sexual infectar uma mulher grávida e, a partir daí, haver a transmissão vertical, pois esta é uma informação que a ciência ainda desconhece. A cautela médica dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças nos Estados Unidos recomendava sexo protegido por seis meses após o adocimento de um homem ou abstinência sexual durante a gravidez.⁴¹

Se há mesmo ameaça global na epidemia do vírus zika, como insistem os analistas internacionais, ela não é igualmente distribuída entre populações sem nacionalidade, sexo ou idade: se mesmo as Olimpíadas e Paralimpíadas foram consideradas seguras para que haja intenso trânsito internacional no Brasil, na capital mundial da epidemia do vírus zika, é porque se insistia em falar mais de mosquitos que de mulheres. Esta é a ameaça global: se a epidemia do zika ultrapassar as fronteiras dos países com transmissão autóctone, o tempo da gravidez será de aflição para as mulheres do mundo, tal como já é para as mulheres nordestinas.