

A EPIDEMIA DE ZIKA E OS LIMITES DA SAÚDE GLOBAL

THE ZIKA EPIDEMIC AND THE LIMITS OF GLOBAL HEALTH

João Nunes
Universidade de York
joao.nunes@york.ac.uk

Denise Nacif Pimenta
Centro de Pesquisas René Rachou-Fiocruz Minas, Fundação Oswaldo Cruz
(Fiocruz)
denise.pimenta@cpqrr.fiocruz.br

Resumo:

O artigo apresenta uma visão crítica da saúde global com quatro eixos de análise: 1) uma investigação dos processos sociais, culturais e políticos por meio dos quais ideias acerca de saúde e doença são apresentadas, interpretadas, justificadas, legitimadas e contestadas; 2) uma análise das consequências deste processo de significação; 3) o estudo das zonas negligenciadas ou silenciadas por estes processos de significação; 4) uma atenção dada à diversidade de experiências individuais de saúde e doença. Estes eixos de análise são aplicados ao caso da epidemia de zika, revelando a interação de múltiplas narrativas e agendas políticas na constituição de significados acerca desta doença. Para além de revelar as tensões, contradições e desigualdades ao nível das políticas de saúde no Brasil, a epidemia de zika ilustra problemas mais abrangentes. As tensões políticas aqui identificadas – referentes ao combate às doenças negligenciadas, determinantes sociais e econômicas, de classe e de gênero – enquadram-se em dinâmicas que ultrapassam as fronteiras do Brasil. Neste sentido, o processo de significação e as atuais respostas à epidemia de zika são reveladoras dos atuais limites da saúde global.

Palavras-chave: Zika; saúde global; crítica; doenças negligenciadas; determinantes da saúde

Abstract:

The article presents a critical view of global health with four axes of analysis: 1) an investigation of the social, cultural and political processes through which ideas about health and disease are presented, interpreted, justified, legitimated and contested; 2) an analysis of the consequences of this process of signification; 3) the study of neglected areas or silenced by these processes of meaning; 4) attention given to the diversity of individual experiences of health and illness. These axes of analysis are applied to the case of zika epidemic, revealing the interaction of multiple narratives and political agendas in the constitution of meanings about this disease. In addition to revealing the tensions, contradictions and inequalities in health policies in Brazil, zika epidemic illustrates broader problems. Political tensions identified in this argument – regarding the fight against neglected diseases, social and economic determinants, class and gender

– are connected with dynamics that go beyond the borders of Brazil. In this sense, the process of signification and current responses to zika epidemic highlight the current limits of global health.

Keywords: Zika; global health; critique; neglected diseases; determinants of health

A EPIDEMIA DE ZIKA E OS LIMITES DA SAÚDE GLOBAL

Introdução: A epidemia de zika na saúde global

O vírus zika foi isolado pela primeira vez em 1947 na Uganda, local de onde advém seu nome. O sentido literal pode ser traduzido para ‘coberto’ ou ‘cheio’, e decorre de uma floresta na Uganda com o mesmo nome (Dick, Kitchen, Haddow, 1952; Macnamara, 1954). Foram detectados casos isolados em países de África e, no final da década de 70, na Indonésia. A partir de 2007 foram descritas epidemias na Micronésia e outras ilhas do Oceano Pacífico. Em fevereiro de 2014 o vírus foi registado pela primeira vez nas Américas, com casos da doença reportados na Ilha de Páscoa (território Chileno no Oceano Pacífico), provavelmente relacionados com o surto na Micronésia (Musso et al., 2014). Em 2015 foi confirmada a circulação do vírus no Nordeste do Brasil (Zanluca et al., 2015). Desde maio de 2016, 57 países e territórios relatam a continuação da transmissão por mosquito do vírus. Para 44 destes países, este é o primeiro surto de vírus zika documentado (WHO, 2016).

Se a doença existe desde 1947, porque somente agora a atenção da mídia, da ciência, das agências financiadoras e dos órgãos nacionais e internacionais, dentro e fora do setor saúde, a destacam com tanta veemência? De que forma esta epidemia está sendo configurada como um risco social, econômico e político? Quais os efeitos concretos desta significação, e o que está sendo esquecido ou silenciado? São estas perguntas que este texto almeja refletir ao discorrer sobre a epidemia de zika no Brasil e a sua relação com a saúde global.

Sugerimos uma visão crítica da saúde global, que considera os contextos sociais, políticos e ideológicos nos quais a zika é enquadrada e constituída enquanto problema de saúde. Esta abordagem inclui quatro eixos de análise: 1) uma investigação dos processos sociais, culturais e políticos por meio dos quais ideias acerca de saúde e doença são apresentadas, interpretadas, justificadas, legitimadas e contestadas; 2) uma análise das consequências deste processo de significação, ou seja, os efeitos concretos em termos de definição de práticas consideradas ‘necessárias’ ou ‘desejáveis’ para resolução ou controle da doença; 3) o estudo das zonas negligenciadas ou silenciadas por estes processos de significação; 4) uma atenção dada à diversidade de experiências individuais de saúde e doença (não só entre países desenvolvidos/em desenvolvimento, mas também a nível doméstico).

Aplicando estes eixos de análise ao caso da epidemia de zika revela interação de múltiplas narrativas e agendas políticas na constituição de significados acerca desta doença. Para além de revelar as tensões, contradições e desigualdades ao nível das políticas de saúde no Brasil, a epidemia de zika ilustra problemas mais abrangentes. As tensões políticas aqui identificadas – referentes ao combate às doenças negligenciadas, determinantes sociais e econômicas, de classe e de gênero – enquadram-se em dinâmicas que ultrapassam as fronteiras do Brasil. Neste sentido, o processo de significação e as atuais respostas à epidemia de zika são reveladoras dos atuais limites da saúde global.

Elementos de uma crítica da saúde global

Nos últimos anos, popularizou-se nos meios políticos e mediáticos a ideia de que ‘a saúde é global’. Recentes episódios de alarme internacional – como a gripe H5N1, o ebola ou a epidemia de zika – contribuíram para acentuar esta ideia na opinião pública. Apesar de apenas recentemente se ter tornado parte do senso comum, o conceito de saúde global é o resultado de um longo processo histórico (Brown et al., 2006; Birn, 2009; Cueto, 2015). A sua génese tem sido identificada nas Conferências Sanitárias Internacionais realizadas a partir de 1851, através das quais se procurou harmonizar a nível internacional a contenção de determinadas doenças infecciosas (Fidler, 2005).

Subjacente à ideia de saúde global está uma narrativa segundo a qual a globalização aproxima os povos e regiões do mundo, criando uma situação em que todos estão ‘unidos pelo contágio’ (Zacher & Keefe, 2008). Segundo esta narrativa, a globalização significa um aprofundar da cooperação e do consenso, tendo como cenário uma experiência comum – um mundo em que, supostamente, as doenças ‘não conhecem fronteiras’. A percepção da saúde enquanto fenómeno global está enquadrada numa visão essencialmente apolítica da governança à escala mundial, assente na crença da capacidade humana de desenvolver soluções técnicas (tecnológicas, farmacológicas, administrativas ou burocráticas) para responder a crises ou problemas (Cooper, Kirton & Stevenson, 2009). A figura legal da ‘emergência sanitária’ internacional – invocada recentemente por ocasião da epidemia de ebola e de zika, é um exemplo da importância dada a estas soluções de carácter técnico.

Mas a saúde global é mais do que o resultado de ‘ameaças comuns’ e ‘crescente cooperação’. A problematização das doenças em relação aos movimentos populacionais e ao espaço geográfico não pode ser separada de dinâmicas que são, na sua génese, de âmbito político e social. Uma visão mais abrangente das ideias de saúde e doença revela uma história de permanente tensão e conflito. Um exemplo é a ansiedade relacionada aos imigrantes, aos estrangeiros, aos que são ou parecem ser ‘diferentes’ (em termos raciais, religiosos e outros), e que são vistos ora como portadores de doenças ora como fardos para os sistemas de saúde (Kraut, 1994; Markel, 1997; Shah, 2001). As comunidades políticas – com uma ideia de um ‘Eu’ íntegro e seguro – dependem em grande medida da exteriorização de ameaças. A busca de proteção ou ‘imunidade’ face às doenças infecciosas vindas do exterior tem sido frequentemente vista como parte da constituição de comunidades políticas. (Martin, 1994). A medicina e as medidas sanitárias vão, neste contexto, para além do âmbito estrito da saúde: tornam-se instrumentos políticos que demonstram a mobilização de poder (Foucault, 1977: 195-200). A história da medicina tropical demonstra isto mesmo no contexto das relações entre metrópole e colónia (Edmond, 2006; Anderson, 2006).

O reconhecimento desta dimensão política coloca em cheque a ideia de saúde global fundada nos pressupostos de uma experiência comum (o problema) e de um aprofundamento da convergência e cooperação (a solução desejável). Permite-nos visitar os esforços de cooperação internacional e identificar a presença de interesses, agendas, conflitos e formas de poder (Fassin, 2012). As Conferências Sanitárias Internacionais, por exemplo, pautaram-se desde o início por uma preocupação fundamental com a proteção do comércio internacional. O objeto destas conferências não era propriamente a

proteção da saúde pública, mas sim a harmonização de políticas tendo em vista o controle da circulação de pessoas e produtos (King, 2002). Este controle não era baseado na restrição de movimento, mas antes no princípio da triagem, ou seja, a separação de pessoas e produtos 'desejáveis' (cuja circulação é facilitada) dos 'indesejáveis'. Esta preocupação está presente na mais recente versão dos Regulamentos Sanitários Internacionais (2005). Nestas normas, é possível testemunhar uma relação estreita no projeto político global entre saúde, capitalismo e uma mundividência liberal assente na promoção de certas formas de vida económica útil (e na conseqüente desautorização e mesmo repressão de outras formas de vida). A cooperação internacional surge portanto marcada por uma preocupação fundamental: a contenção de determinadas doenças infecciosas, impedindo a sua chegada ao mundo Ocidental/desenvolvido.

A partir do momento em que começamos a explorar esta dimensão política na saúde global, torna-se evidente que as visões técnicas são na verdade tudo menos 'apolíticas'. Na verdade, elas fazem parte de um processo e uma agenda política. A máscara de neutralidade e cientificidade funciona para obscurecer o facto de a saúde global ser, desde a sua génese e nas suas formas mais contemporâneas, um local de reprodução de lógicas de exclusão e negligência. A saúde global deve deste modo ser vista como profundamente relacionada com estruturas e relações políticas globais que promovem a desigualdade, a vulnerabilidade e a desvantagem de alguns grupos e regiões – como se verá neste capítulo a propósito da epidemia de zika.

É neste contexto de identificação das estruturas e relações políticas subjacentes às políticas da governança da saúde que se torna pertinente falar de uma abordagem crítica à saúde global. Esta abordagem crítica parte do reconhecimento da dimensão política, social e ideológica e inclui os seguintes quatro eixos. Em primeiro lugar, inclui uma investigação dos processos sociais e culturais através dos quais ideias acerca da saúde global são apresentados, interpretados, justificados, legitimados e contestados – esta análise permite-nos ver como a saúde global é constituída através de processos sociais de construção de significado. Esta significação não é unívoca no sentido de resultar num entendimento universalmente aceite. Como se verá no caso da epidemia de zika, a constituição de significados revelou a interação de múltiplas arenas de significação e agendas políticas.

Em segundo lugar, uma abordagem crítica implica uma análise das conseqüências deste processo de significação; por outras palavras, os efeitos concretos em termos de definição de práticas consideradas 'necessárias' ou 'desejáveis'. Os conceitos ajudam a definir os limites da imaginação política: podem ser consideradas como 'causas' no sentido em que funcionam como condições potenciais de determinadas medidas práticas. Nesse contexto, conhecer a forma como a saúde global é conceitualizada permite-nos entender o contexto no qual as políticas concretas são definidas e executadas.

Um terceiro eixo da abordagem crítica à saúde global é o estudo das zonas negligenciadas. A negligência em questões de saúde precisa ser abordada na sua complexidade: não se trata unicamente da invisibilidade ou silêncio em relação a determinados assuntos, mas precisamente da forma como determinados assuntos ou grupos se tornam visíveis ou invisíveis. A negligência pode estar presente mesmo quando é dada muita atenção a um determinado assunto, pois a qualidade dessa atenção pode ser superficial, passageira ou não considera aspetos importantes. A recente epidemia de ebola é um bom exemplo

desta dinâmica em que o espetáculo midiático em relação a uma epidemia nem sempre conduz a uma resolução dos problemas estruturais que lhe deram origem (Nunes, 2016).

Este artigo vai analisar o caso da atual epidemia de zika e mostrar que apesar desta doença estar recebendo no momento muita atenção pela mídia e outros órgãos dentro e fora do setor saúde, determinados aspectos permanecem negligenciados em resultado da preponderância de um discurso técnico e biomédico orientado majoritariamente para o controle dos mosquitos do gênero *Aedes*, principais transmissores da doença, configurando o controle da doença em 'políticas de *Aedes*' (Pimenta, 2016). Entre esses aspectos negligenciados estão a problemática dos direitos reprodutivos e aborto, a saúde materna, os determinantes sociais da doença, as questões infraestruturais dos sistemas de saúde e de gestão das cidades, que permitem que os mosquitos e a doença se espalhem e se reproduzam.

Um quarto eixo é a atenção dada à diversidade de experiências individuais de saúde e doença (não só entre países desenvolvidos/em desenvolvimento, mas também a nível doméstico). A experiência de 'estar doente' ou 'ser saudável' não é uniforme, mas sempre contextual, estando dependente de variáveis como a situação social e económica, o gênero, a raça, a orientação afetiva e sexual, a idade ou a existência de incapacidades. Estas variáveis têm um impacto sobre a vulnerabilidade de um indivíduo ou grupo a uma determinada doença, sobre o efeito dessa doença na trajetória de vida e também sobre a capacidade de este indivíduo ou grupo serem capazes de reagir quando a doença ocorre. Neste contexto, uma abordagem crítica à saúde global assume-se como multidisciplinar. Os contributos da Sociologia, da Antropologia e outras ciências sociais e humanas são determinantes para se conseguir esta análise minuciosa de experiências, que por sua vez serão analisadas à luz de condições estruturais e políticas mais abrangentes.

Zika e seus significados

De que forma estes eixos de uma abordagem crítica podem ser mobilizados para uma melhor compreensão da epidemia da zika? Começemos por abordar o primeiro dos eixos identificados acima, analisando de que forma esta epidemia foi enquadrada e constituída enquanto 'problema' de saúde pública e global.

A infecção por zika não é uma situação nova para o mundo. No entanto, o vírus zika era praticamente desconhecido até ao atual surto, que mobilizou os agentes políticos nacionais e internacionais e capturou a atenção global. Esta atenção ficou a dever-se não propriamente à doença em si, mas sim à associação entre as infecções em grávidas e um aumento anormal da incidência de microcefalia em recém-nascidos, além da associação com outras doenças como a síndrome de Guillain-Barré, uma doença autoimune neurológica.

Outras doenças transmitidas por mosquitos também têm sido associadas a um risco aumentado do síndrome de Guillain-Barré. No entanto, a magnitude da doença em pessoas não grávidas tem sido tanto qualitativa como quantitativamente ofuscada por seu impacto dramático sobre a gravidez e a associação com a microcefalia. Desde então, a epidemia tem mobilizado gestores, mídia, pesquisadores e sociedade em geral, em reações dramáticas

que não raras vezes assumiram os contornos de grande alarmismo e até de 'Zikafobia' (González, 2016).

A 'novidade' da zika e o facto de estar rodeada de muitas incógnitas a nível científico – nomeadamente acerca da forma de transmissão da doença e da relação entre o vírus e as complicações neurológicas – fez com que se tornasse urgente dar sentido ao que acontecia. Assim, crescente mobilização de atores políticos e sociais gerou diversas formas de significação e representação da doença. Pode afirmar-se que, em pouquíssimo tempo desde que entrou na agenda da saúde global, a doença teve orquestradas ao seu redor diversas arenas de significação – a ponto de alguns autores apontarem a zika como uma 'epidemia de significação' (Shum, 2016). Esta ideia de significação segue o conceito de Treichler (1987), segundo o qual epidemias tendem a se configurar enquanto 'para-raios' de diversas tensões e dinâmicas sociais e políticas: relações entre classes, culpabilização econômica, racismo, xenofobismo, inequidades de gênero, dentre outros.

Considerada inicialmente como 'benigna' e 'exantemática', a doença pelo vírus zika não suscitou muita atenção do setor saúde e dos políticos até o final de 2015, quando foi associada a complicações neurológicas. Foi então que se tornou uma 'emergência', não só no Brasil, mas a nível global. Em novembro de 2015, o Brasil declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, utilizando-se pela primeira vez o mecanismo criado em 2011 (Presidência da República, 2011). Mais tarde, em fevereiro de 2016, a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou emergência sanitária internacional. O uso desta figura jurídica – utilizada anteriormente nos casos da gripe H1N1, do poliovírus e do ebola – veio enquadrar a doença enquanto ameaça à segurança e enquanto evento de risco (Ventura, 2016). No contexto de uma tendência de securitização da saúde à escala global, a declaração de emergência refere-se não apenas a perigos concretos no presente, mas também a incertezas e interesses políticos que podem configurar perigos e oportunidades futuras (Weir & Mykhalovskiy, 2010). O 'evento' que provocou a declaração de emergência não foi apenas a doença por zika vírus, mas a associação entre zika e microcefalia, que se encontrava nesta altura ainda revestida de mistério e incerteza (Heymann, 2016).

A definição da epidemia enquanto emergência interagiu com outros processos de significação que revelam múltiplas dimensões do problema político, econômico e social. Após associação com a microcefalia, configurou-se também a epidemia como um 'problema de gênero'. De facto, esta associação trouxe à tona questões importantes de saúde materna e direitos reprodutivos de mulheres, não só no Brasil como na América Latina e no resto do mundo. Demonstrando a diversidade nas experiências da doença, a zika revelou-se como um risco especial para mulheres gestantes ou em idade fértil. Autoridades públicas têm advogado em prol do gerenciamento de gravidez, contracepção e até abstinência sexual durante a gravidez – trazendo de volta um discurso ideológico sobre a liberdade e sexualidade feminina.

Outro aspecto de significação relaciona-se ao modo de transmissão da doença. Em grande medida, a zika vem sendo representada como um 'problema de mosquitos' ou de 'guerra aos mosquitos' (Pimenta, 2016). A transmissão do vírus por mosquitos *Aedes aegypti* em ratos e macacos foi comprovada em laboratório em 1956 (Boorman & Porterfield, 1956). Apesar de afirmar-se que o *Aedes aegypti* é o principal vetor, a transmissão do vírus por *Aedes africanus* foi

confirmada; na epidemia de Yap, na Micronésia, em 2007, não havia *Aedes aegypti* e sim *Aedes hensilli*; e na Polinésia Francesa, a transmissão vírus zika muito provavelmente foi carregada por *Aedes polynesiensis* (Valle et al., 2016). Mais recentemente, o vírus foi detectado no *Aedes albopictus* no México (PAHO/WHO, 2016). A definição da zika enquanto somente um ‘problema de mosquitos’ está relacionada com a preponderância de medidas de controle do vetor, que historicamente tem dominado o discurso e pensamento biomédico sobre as formas possíveis de controle da doença – como foi para a febre amarela no século passado e mais recentemente para a dengue, chikungunya e outras doenças também transmitidas pelo *Aedes*. Tem-se delimitado políticas do *Aedes* que definem e legitimam as metodologias, tecnologias, intervenções e atores aptos a agir e a ‘resolver’ o problema.

No entanto, ao se descobrir e confirmar cientificamente que há outras vias de transmissão do vírus que não somente a do vetor, a doença por zika revelou outras dimensões. Até ao momento, nove países relataram indícios de transmissão do vírus zika por via sexual. Outras vias de transmissão estão sendo estudadas, com várias possibilidades levantadas: transmissão sexual (Foy et al., 2011; Musso, et al., 2015; Atkinson et al., 2016); por soro, saliva e urina (Gourinat et al., 2015; Musso et al., 2015; Bonaldo et al., 2016); por leite materno (Dupont-Rouzeyrol, et al., 2016); e por transfusão de sangue (Musso, et al., 2014). Importante neste contexto é o facto da zika ter se tornado também uma ‘doença sexualmente transmissível’, o que traz consigo todo um conjunto de conotações morais e abre as portas a práticas discriminatórias e estigmatizantes, como tem sido observado na mídia e em algumas campanhas de prevenção da doença no Brasil e no mundo.

Finalmente, a partir do debate sobre os determinantes e as condições sociais, econômicas e políticas que geram e perpetuam a propagação do vetor e do vírus, a zika foi também enquadrada enquanto ‘doença negligenciada’ ou ‘da pobreza’ – ainda que este enquadramento tenha permanecido numa posição periférica face à importância dada, por exemplo, às medidas de controle do vetor. As vozes que levantam a questão dos determinantes trazem ao debate questões relacionada às falhas de financiamento e de pesquisa, que acabam por afetar desproporcionalmente populações vulneráveis em situações de risco (Pimenta, 2015). No Brasil, a crise atual de financiamento no setor público, especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS) denota a relevância e urgência destas questões.

Em suma, vários processos de significação têm competido e interagido na definição da epidemia de zika enquanto problema de saúde. Não há um processo unívoco e nenhum destes significados captura a ‘verdade’ sobre a epidemia – antes todas revelam dimensões do problema e aspectos relevantes na forma como este tem sido interpretado e enquadrado. Estas interpretações têm efeitos concretos, contribuindo para delimitar o âmbito de soluções possíveis e desejáveis, definindo as estratégias, as tecnologias e os atores que são capacitados e legitimados para intervir.

A reprodução de zonas negligenciadas

O processo de significação acima analisado é importante não só pelo que determina, mas também pelo que é silenciado, ignorado ou deixado à margem.

Prosseguindo a análise crítica descrita anteriormente, debruçemo-nos sobre a forma como a busca de significado para esta epidemia tem contribuído para a reprodução de zonas negligenciadas. A definição de negligência adotada neste artigo é abrangente, incluindo não apenas as doenças ditas negligenciadas, mas também determinantes e grupos ou populações. Refere-se ao processo através do qual determinadas doenças recebem – por parte de políticos, mídia, pesquisadores, agências de fomento à pesquisa ou do público em geral – uma atenção menor do que seria de esperar dado o seu impacto econômico e social, e dado o sofrimento que causam aos indivíduos e famílias afetados.

Determinantes são negligenciados quando o seu impacto na susceptibilidade à doença não é estudado ou sequer reconhecido. Finalmente, uma população ou grupo negligenciado é aquele que é sistematicamente colocado numa posição de risco e vulnerabilidade face a uma doença, ou que é excluído dos melhores cuidados de saúde existentes num dado contexto (Nunes, 2016). A epidemia de zika revela a presença de muitas questões negligenciadas. Este artigo debruçar-se-á sobre quatro que consideramos particularmente importantes – não só porque afetam a resposta a esta doença, mas também porque revelam dinâmicas mais profundas na saúde global, expondo dessa forma seus limites.

Em primeiro lugar, a atenção dada à zika na agenda global e o enfoque na associação entre zika e microcefalia têm sublinhado a suposta ‘novidade’ da doença. A ideia da epidemia de zika como emergência veio acentuar este processo. No entanto, para milhões de brasileiros a crise da zika veio obscurecer um problema mais profundo – uma verdadeira emergência diária que afeta grandemente as suas vidas. Desde 1986, o Brasil sofre com epidemias de dengue de forma quase ininterrupta e atualmente os quatro sorotipos do vírus circulam no país. Além disso, neste momento o Brasil está atravessando uma tríplice epidemia, caracterizada pelo compartilhamento do mesmo inseto vetor por três vírus: dengue, chikungunya e zika. Em 2015, mais de 1,5 milhão de casos de dengue foram notificados. Em 2016, foram registrados 802.429 casos prováveis de dengue entre janeiro a abril de 2016, com 140 óbitos confirmados. Em 2015, foram notificados no país 38.332 casos prováveis de febre de chikungunya, com seis óbitos confirmados. Já em 2016, até ao início de Abril foram notificados 39.017 casos prováveis de febre de chikungunya no país, com 12 óbitos confirmados (SVS/MS, 2016a). Devido às dificuldades no diagnóstico diferencial e à sobrecarga dos sistemas e serviços de saúde, territórios com circulação de outras arboviroses enfrentam dificuldades acrescidas no controle do vírus zika (Laerte et al., 2015).

Estes dados mostram a gravidade de uma situação que tem, em grande medida, passado despercebida no contexto da saúde global – cuja agenda atual permanece quase exclusivamente focalizada na contenção do vírus zika e na busca de soluções majoritariamente farmacológicas ou tecnológicas direcionadas à vacinas ou ao vetor. O Brasil, tal como muitos outros países no mundo, tem uma história de fracasso com relação ao controle e prevenção das arboviroses – que tem sido negligenciadas ao ponto de se terem tornado, para muitos setores da população, fenômenos quase naturais e inevitáveis. É certo que um árduo trabalho de três décadas tem resultado em importantes lições sobre as formas de enfrentamento destas epidemias (Valle, Pimenta & Cunha, 2015). Antes da zika, foi a experiência acumulada contra a dengue que permeou a preparação do serviço público brasileiro para a entrada no país da

chikungunya. A expansão territorial da chikungunya desde 2004 suscitou o lançamento de um alerta da Organização Panamericana da Saúde dirigido a todo o continente americano (Valle et al., 2016). No entanto, a atual situação é o resultado de decisões (e omissões) políticas – nomeadamente graves falhas na prevenção, dependentes de muitos aspectos que extrapolam o setor da Saúde. Em particular, merecem destaque aspectos macroestruturais, socioeconômicos e ambientais, historicamente ignorados em prol de intervenções meramente biomédicas ou tecnológicas. Existe o risco que a atenção dada a zika contribua para fazer esquecer uma vez mais a gravidade deste problema social, econômico e político de médio e longo prazo, ao focar somente no seus sintomas em detrimento de suas causas mais profundas.

Em segundo lugar, o controle da doença tem sido igualado ao controle do vetor, que por sua vez se baseia prioritariamente na sua redução, eliminação ou erradicação. Após mais de um século da descoberta da transmissão vetorial do vírus da febre amarela e de outros agentes infecciosos, a base da tecnologia de controle dos transmissores (em especial o *Aedes*) se mantém praticamente a mesma: destruição de focos que contém ovos e larvas dos mosquitos e, a partir da década de 40 (mais de 70 anos), a incorporação do uso de larvicidas e inseticidas (Santos et al., 2016). Essa estratégia funcionou até certo ponto no século passado com campanhas verticais contra a febre amarela liderada por Oswaldo Cruz. No entanto, o controle do vetor teve vários fracassos ao longo da sua história (Esteves, 2016).

Observa-se hoje uma realidade totalmente diversa que conclama por novas estratégias de controle do vetor. Algumas estão já sendo implementadas, nomeadamente métodos tecnológicos de manipulação genética ou envolvendo bactérias. Porém, as ações de controle do vetor têm limites e não podem ser vistas como a única solução para o problema das arbovirose. Segundo Santos et al. (2016), não basta reduzir a infestação do *Aedes aegypti*, pois a força de transmissão dessas três arbovirose é muito elevada mesmo em situações de baixos níveis de infestação vetorial, por ser modulada pelo nível de imunidade de grupo existente em cada espaço. Infelizmente, as tecnologias disponíveis para combate vetorial, mesmo quando usadas integralmente (manejo integrado), como proposto pela OMS, não têm se mostrado muito efetivas.

Uma das consequências de se continuar a pensar nas arbovirose (e na zika em particular) como um ‘problema de mosquito’ é a perpetuação da negligência de determinantes políticos, econômicos e ambientais – ou seja, do contexto mais amplo onde a doença se instala e reproduz. Enquanto que o contexto político em que as respostas à zika se inserem produz pressões sobre o governo, exigindo respostas com resultados imediatistas, a resolução do problema passa necessariamente por mudanças profundas, estruturais e de longo prazo que permitam enfrentar os fatores que estão impedindo o Brasil e o mundo de lidar adequadamente com as arbovirose. Torna-se urgente questionar e lidar com os problemas estruturais, universalizar o acesso à água tratada, coletar e dar destinação adequada ao lixo, expandir a oferta de saneamento, dentre outros. A doença tem revelado as contradições da sociedade brasileira e do mundo, bem como do atual modelo de desenvolvimento capitalista neoliberal, tais como: insuficiências do SUS, problemas de saneamento, abastecimento de água, políticas de urbanização sustentável, dentre outras questões de cunho social, econômico, político e cultural (Abrasco, 2016).

Em terceiro lugar, a epidemia de zika revela a persistência de estruturas sociais, políticas e econômicas que reproduzem a desvantagem e vulnerabilidade de determinadas populações e grupos. Desde a década de 2000, doenças negligenciadas como a zika têm sido reconhecidas como simultaneamente um resultado e um mecanismo perpetuador da pobreza (Hotez, 2013) – as denominadas, ‘doenças da pobreza’ ou ‘doenças tropicais da pobreza’. No contexto atual, alguns autores têm destacado que as arboviroses e, mais especificamente, a zika atingem com particular intensidade as pessoas negligenciadas pelas políticas públicas – ou seja, as pessoas que não têm acesso às melhores condições de habitação e saneamento, à melhor infraestrutura sanitária e aos melhores métodos de prevenção (Aguilar e Araújo, 2016; Parsons, 2016; Kambale et al., 2016; LaBeaud, 2008).

No que diz respeito à microcefalia, a vulnerabilidade econômica assume um papel importante no sucesso das estratégias de planejamento familiar, com o acesso a contraceptivos e o direito ao aborto a serem condicionados pela situação econômica. O impacto das vulnerabilidades verifica-se ainda ao nível da capacidade das redes de apoio (públicas, comunitárias e familiares) de apoiar por meio dos serviços as crianças e famílias afetadas pela microcefalia. No Brasil, a microcefalia tem atingido com particular intensidade os estados do Nordeste onde se verifica uma incidência elevada de pobreza: exemplos são a Bahia (17.7% da população vivendo em extrema pobreza; 232 casos confirmados de microcefalia em resultado de zika até 30 de Abril), Pernambuco (16.1% da população em extrema pobreza; 339 casos confirmados de microcefalia em resultado de zika) e Paraíba (16.3% da população em extrema pobreza; 115 casos confirmados de microcefalia em resultado de zika). É importante ainda ressaltar que na região do Nordeste permanecem em investigação 2544 casos de microcefalia (incluindo 645 na Bahia, 653 em Pernambuco e 379 em Paraíba) (SVS/MS, 2016b). Por outras palavras, a proporção do problema terá a tendência para aumentar nos próximos meses, configurando uma crise de saúde pública a médio e longo prazo. Abordagens ‘neutras’ e supostamente ‘apolíticas’ centradas unicamente em instrumentos tecnológicos, farmacológicos e biomédicos tendem a ignorar as desigualdades sistemáticas já existentes e – se desviarem as atenções da necessidade de transformações mais profundas - podem até contribuir para as perpetuá-las.

A questão da pobreza e da vulnerabilidade é, portanto, fundamental para entender não só a incidência e distribuição de arboviroses (como a zika), mas também a capacidade, ou incapacidade, de reagir perante adversidades (como a microcefalia). Outro aspecto fundamental neste quadro é o gênero – que resulta do fato de a zika ter sido enquadrada como um problema de mulheres (em idade fértil ou grávidas) e uma doença sexualmente transmissível. A epidemia da zika suscita um conjunto de questões relativamente aos desafios da sociedade patriarcal, nomeadamente no que diz respeito ao controle efetivo que muitas mulheres têm sobre a sua vida sexual, a liberdade de escolha na hora de gerenciar uma gravidez, o direito ao aborto e o direito à opinião e intervenção sobre as políticas que têm efeitos sobre o corpo feminino.

A epidemia de zika e microcefalia afeta desproporcionalmente mulheres, particularmente aquelas de famílias vulneráveis. Os ministros da saúde de diferentes países da América Latina, incluindo o Brasil, fizeram recomendações públicas para mulheres e casais adiarem a gravidez. Estas recomendações parecem esquecer que 56% das gravidezes na região não são intencionais e

que nem todas as mulheres têm acesso e controle sobre o uso de contraceptivos. Um quarto das mulheres na América Latina que desejavam evitar a gravidez não tiveram acesso a métodos contraceptivos confiáveis (Harris, Silverman & Marshall, 2016). A má qualidade da educação sexual, a falta de acesso à contracepção, a alta prevalência de estupro, bem como barreiras culturais e religiosas que tornam difícil para as mulheres negociar o uso de contracepção com os seus parceiros, resultam em grandes grupos de mulheres que não têm controle sobre suas vidas sexuais e direitos reprodutivos. À luz disto, o surto revela as desigualdades sistêmicas de gênero em sociedades altamente patriarcais. Revela ainda o sexismo presente na sociedade brasileira, com o ministro da Saúde Marcelo Castro a ‘torcer’ para que mulheres fossem infectadas pela zika antes do período fértil como forma de ganhar imunidade enquanto a vacina não está disponível. Em outra ocasião, o mesmo ministro observou ainda que as mulheres estão mais vulneráveis por ficarem de ‘perna de fora’, e prescreveu o uso de calças como medida preventiva (Martins, 2016).

Galli & Deslandes (2016) lembram que tal quadro conclama o debate público sobre o direito de mulheres interromperem a gravidez se assim o desejarem, como uma questão de justiça social reprodutiva. Com relação ao aborto, o Brasil tem uma das legislações mais restritivas do mundo. Desde 1940, o aborto no Brasil é apenas permitido nos casos de risco de vida para a mulher e quando há crime sexual, e em caso de feto anencefálico. Os óbitos decorrentes de abortos clandestinos constituem uma das cinco principais causas de morte materna evitável. Neste contexto, várias organizações de direitos sexuais e reprodutivos apoiaram futura ação junto ao Supremo Tribunal Federal brasileiro solicitando autorização da interrupção da gravidez para as mulheres infectadas com vírus da zika, com base nos riscos para a sua saúde mental e nos riscos potenciais para o pleno desenvolvimento fetal. A argumentação central baseia-se na responsabilidade do Estado pelo não controle do vetor, e na garantia do direito à dignidade e saúde das mulheres considerando a situação de particular vulnerabilidade social e econômica que muitas atravessam.

Em síntese, o argumento demonstrou que a epidemia da zika e a sua associação com a microcefalia são muito mais do que ‘problemas de mosquitos’ que requerem intervenções tecnológicas ou farmacológicas. São, também, problemas profundamente sociais e políticos. Estão relacionados ao fracasso sistemático no combate às doenças negligenciadas no continente americano e no mundo; demonstram os limites de estratégias que negligenciam os determinantes políticos, econômicos, ambientais e infraestruturais; revelam as disparidades no acesso à informação e aos melhores serviços e cuidados de saúde; e demonstram o fracasso das políticas de saúde reprodutiva no Brasil, ao mesmo tempo que ilustram uma vez mais a persistência de profundas desigualdades de gênero.

Apontamento finais: Os limites da saúde global

Este artigo explorou algumas das problemáticas de âmbito político e social suscitadas pela epidemia da zika no Brasil. Para além de revelar as tensões, contradições e desigualdades ao nível das políticas de saúde neste país, a epidemia de zika ilustra problemas mais abrangentes. As tensões políticas aqui identificadas – referentes ao controle das doenças negligenciadas,

determinantes sociais e econômicos, classe e gênero – enquadram-se em dinâmicas que ultrapassam as fronteiras do Brasil. Neste sentido, o processo de significação e as respostas à epidemia de zika e microcefalia são reveladoras dos atuais limites da saúde global.

Um dos limites que ficou evidente neste contexto é o facto de a agenda da saúde global ser ainda predominantemente reativa: responde a crises e emergências em vez de contribuir de forma mais proativa para solucionar os problemas que fazem com que as crises ocorram. Este carácter reativo tem um efeito sobre o carácter da atenção que é dada aos problemas. Em grande medida, os agentes da saúde global, ao centrarem os seus esforços na resposta à crise ou emergência mais importante ‘do momento’, acabam por se pautar por uma atuação superficial e de curto prazo. O espetáculo mediático criado ao redor da epidemia de zika – ao qual não são estranhas as imagens sensacionalistas de crianças com microcefalia e o facto de o Brasil ser o anfitrião dos Jogos Olímpicos este ano – contribuiu para capturar durante algumas semanas a atenção da opinião pública mundial. Alvo de pressões políticas internas, o governo de Dilma Rousseff tentou mostrar uma face determinada e combativa, transformando a resposta numa verdadeira guerra nacional contra o mosquito. Entretanto, o problema das arboviroses afeta o Brasil e o mundo há décadas, e uma resolução dos problemas sociais, econômicos e culturais que estão na sua origem não se compadece com ciclos midiáticos e eleitorais de curto-prazo.

A saúde global continua a negligenciar questões macro-estruturais dos processos de saúde-doença e o problema da determinação social das doenças, privilegiando fortemente uma perspectiva puramente tecnológica e biomédica. A recente tendência para a securitização de doenças tem sido em grande medida uma oportunidade perdida, na medida em que contribuiu para reproduzir uma lógica de medidas excepcionais e de curto-prazo, que não se traduzem necessariamente numa melhoria da qualidade da atenção. Quando interpretadas como problemas de segurança, as doenças acabam por se ver enredadas numa lógica imediatista de contenção e gestão de crises, ao mesmo tempo em que é dificultada a possibilidade de uma participação democrática e que inclua os pontos de vista dos grupos e comunidades mais afetados e vulneráveis.

O predomínio de uma lógica de contenção de crises significa também que a saúde global continua privilegiando os interesses das nações desenvolvidas. Em grande medida, continuam sendo privilegiadas as doenças infecciosas que têm o potencial de atingir os países do Norte, não se implementando medidas e políticas mais igualitárias e que permitam reduzir as grandes desigualdades que ainda persistem na saúde global. Neste contexto, a saúde global continua a sistematicamente refletir e reproduzir a dinâmica centro-periferia que está na sua gênese. Dinâmicas coloniais continuam a fazer-se sentir, visíveis, por exemplo, na forma paternalista como o saber científico e as capacidades dos profissionais e comunidades dos países do Sul são vistos por muitos responsáveis e cientistas do Norte. Este paternalismo está também presente na forma como o Brasil é visto como essencialmente incapaz de solucionar o problema, necessitando de ser ‘salvo’ por países mais desenvolvidos, como tem sido amplamente discutido nos meios midiáticos internacionais.

Finalmente, a epidemia de Zika mostra uma vez mais como a agenda da saúde global negligencia a diversidade de experiências e as múltiplas reproduções de desigualdades, contribuindo para perpetuar, há décadas,

inequidades relacionadas ao gênero, raça e classe social – entre outras categorias fundamentais para uma compressão plena da saúde e da doença.

Este artigo sugeriu uma abordagem crítica à epidemia da zika e à saúde global assente em quatro eixos fundamentais. Falta referir um aspecto importante desta abordagem: o facto de os seus propósitos não terem unicamente o intuito de identificar problemas, mas também o propósito explícito de identificar alternativas, intervenções e soluções. Dito de outro modo, a crítica da saúde parte da análise de situações concretas para identificar o potencial emancipatório. Assim, por um lado, a ideia não é meramente descrever dinâmicas ou experiências, mas entendê-las no contexto da reprodução de vulnerabilidades e de formas de violência estrutural que devem ser questionadas e mudadas (Anderson, 2015). Este ‘passo seguinte’ da análise crítica contempla ainda a identificação de possibilidades de transformação, sob a forma de ideias alternativas ou atores engajados na transformação política. Este artigo identificou alguns destes recursos transformadores, nomeadamente a ideia da sustentabilidade urbana, a importância dada aos determinantes da saúde e a ênfase nas vulnerabilidades específicas de determinadas populações e grupos.

Esta transformação pretende-se emancipatória na medida em que visa contribuir para alargar o espaço de reflexão e ação, permitindo aos indivíduos e grupos maior autonomia para tomarem decisões e agirem nas questões que determinam sua própria vida. A saúde é aqui vista como uma esfera da vida na qual é possível identificar estrangimentos ou obstáculos à livre determinação de cursos: a doença é um desses obstáculos, tal como as barreiras no acesso aos cuidados de saúde ou à melhor informação sobre prevenção de doenças. O trabalho emancipatório de uma abordagem crítica implica identificar esses obstáculos e trabalhar para a sua superação ou diminuição.

Bibliografia

- ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva 2016. “Cidades sustentáveis e saudáveis: microcefalia, perigos do controle químico e o desafio do saneamento universal”. Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/2016/02/carta-de-alerta-da-abrasco-cidades-saudaveis-e-sustentaveis-este-e-o-desafio-urgente/>
- AGUIAR, R. & ARAUJO, I.S. 2016. “A mídia em meio às ‘emergências’ do vírus Zika: questões para o campo da comunicação e saúde”. RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, vol. 10, n. 1.
- ANDERSON, E-L. 2015. “Gender, HIV and Risk: Navigating Structural Violence”, Houndmills: Palgrave Macmillan.
- ANDERSON, W. 2006. “Colonial Pathologies: American Tropical Medicine, Race, and Hygiene in the Philippines”. Durham and London: Duke University Press.
- ATKINSON, B. et al. 2016. “Detection of Zika virus in sêmen” [letter]. Emerging Infectious Diseases. Vol. 22 Epub, Fevereiro 11.
- BIRN A-E. 2009. “The stages of international (global) health: Histories of success or successes of history?”. Global Public Health, vol.4, pp. 50-68.
- BONALDO, M.C. et al. 2016. “Isolation of infective Zika virus from urine and saliva of patients in Brazil”. bioRxiv.
- BOORMAN, J.P.; PORTERFIELD, J.S. “A simple technique for infection of mosquitoes with viruses; transmission of Zika vírus”. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, vol.50, pp. 238-42.
- BROWN, T.M.; CUETO, M. & FEE, E. 2006. “The World Health Organization and the Transition From 'International' to 'Global' Public Health”. American Journal of Public Health, vol.96, pp. 62-72.
- COOPER, A.F.; KIRTON, J.J. & STEVENSON, M.A. 2009. “Critical Cases in Global Health Innovation”. In: COOPER, A.F. & KIRTON, J.J. (eds) “Innovation in Global Health Governance: Critical Cases”. Farnham: Ashgate, pp. 3-20.
- CUETO, M. 2015. “Saúde Global: Uma Breve História”. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- DICK, G.W.; KITCHEN, S.F.; HADDOW, A.J. 1952. “Zika virus. I. Isolations and serological specificity”. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, vol.46, pp.509-20.
- DUPONT-ROUZEYROL, M. et al. 2016. “Infectious Zika viral particles in breastmilk”. The Lancet 387.10023, pp. 1051.
- EDMOND, R. 2006. “Leprosy and Empire: A Medical and Cultural History”. Cambridge: Cambridge University Press.
- ESTEVES, B. 2016. “A guerra dos cem anos: Por que o Brasil não consegue vencer o *Aedes aegypti*”. Piauí, 115, pp.20-29.
- FASSIN, D. 2012. “That Obscure Object of Global Health”. In: INHORN, M.C. & WENTZELL, E.A. (eds) “Medical Anthropology at the Intersections: Histories, Activisms, and Futures”. Durham and London: Duke University Press, pp. 95-115.
- FAYE, O. et al. 2011. “Molecular evolution of Zika virus, an neglected emerging disease in Africa and Asia”. BMC Proceedings, vol.5, Suppl 1, pp.P59.

- FIDLER, D.P. 2005. "From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations". *Chinese Journal of International Law*, vol.4, pp. 325-392.
- FOUCAULT, M. 1977. "Discipline and Punish: The Birth of the Prison". London: Allen Lane.
- FOY, B.D. et al. 2011. "Probable non-vector-borne transmission of Zika vírus, Colorado, USA". *Emerging Infectious Diseases*, vol. 17, pp.880–82.
- GALLI, B. & DESLANDES, S. 2016. "Ameaças de retrocesso nas políticas de saúde sexual e reprodutiva no Brasil em tempos de epidemia de Zika". *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 32, n.4, pp.e00031116.
- GONZÁLEZ, S. 2016. "Zika y Zikafobia: una página en construcción". *Arch Pediatr Urug*, vol.87, n.1, pp.53-61.
- GOURINAT, A.C. 2015. "Detection of Zika virus in urine". *Emerging Infectious Diseases*, vol. 21, n.1, pp.84-86.
- HARRIS, L.H.; SILVERMAN, N.S.; MARSHALL, M.F. 2016. "The Paradigm of the Paradox: Women, Pregnant Women, and the Unequal Burdens of the Zika Virus Pandemic". *The American Journal of Bioethics*, vol.16, n.5, pp.1–4.
- HEYMANN, D. L. 2016. "Zika virus and microcephaly: why is this situation a PHEIC?". *The Lancet*, vol. 387, n. 10020, pp. 719–721.
- HOTEZ, P. J. 2013. "Forgotten People, Forgotten Diseases: The Neglected Tropical Diseases and Their Impact on Global Health and Development. Washington DC: ASM Press.
- KAMBALE, T. et al. 2016. "Zika virus infection: The resurgence of a neglected disease". *Medical Journal of Dr. DY Patil University*, vol. 9, n.2, pp. 283-7.
- KING, N.B. 2002. "Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health". *Social Studies of Science*, vol.32, pp. 763-789.
- KRAUT, A.M. 1994. "Silent Travelers: Germs, Genes and the 'Immigrant Menace'". Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.
- LABEAUD, A.D. 2008. "Why Arboviruses can be Neglected Tropical Diseases". *PLoS Negl Trop Diseases*, vol. 2, n.6, pp.e247.
- MACNAMARA, F.N. 1954. "Zika virus: A report on three cases of human infection during an epidemic of jaundice in Nigeria". *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1954;48:139-45.
- MARKEL, H. 1997. "Quarantine!: East European Jewish immigrants and the New York City epidemics of 1892". Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.
- MARTIN, E. 1994. "Flexible Bodies: The Role of Immunity in American Culture From the Days of Polio to the Age of AIDS". Boston: Beacon Press.
- MARTINS, R. 2016. "O zika e o descaso na saúde pública". *Carta Capital*. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/revista/886/e-haja-mosquitos>
- MUSSO D, et al. 2015. "Potential sexual transmission of Zika vírus". *Emerging Infectious Diseases*, vol. 21, pp. 359–61.
- MUSSO, D. et al. 2014. "Potential for Zika virus transmission through blood transfusion demonstrated during an outbreak in French Polynesia November 2013 to February 2014." *Euro Surveill*, vol. 19, n.14, pp. 1-3.
- MUSSO, D., et al. 2015. "Detection of Zika virus in saliva" *Journal of Clinical Virology*, vol.68, pp. 53–55.

- MUSSO, D., et al 2014. "Rapid spread of emerging Zika virus in the Pacific área". *Clinical Microbiology Infections*, vol.20, pp.0595-6.
- NUNES, J. 2016. "Ebola and the production of neglect in global health". *Third World Quarterly*, vol. 37, pp. 542-556.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION / WORLD HEALTH ORGANIZATION (PAHO/WHO). 2016. "Zika Epidemiological Update, 21 April 2016". Washington, D.C.: PAHO/WHO.
- PARSONS, M. 2016 We've Neglected Diseases Like the Zika Virus for Too Long. *TIME Magazine*, jan. Disponível em: <http://time.com/4193072/zika-virus-neglected-disease/>
- PIMENTA, D. In press. "Zika, dengue, chikungunya: mosquito bom é mosquito morto?". *Revista Ciência Hoje*.
- PIMENTA, D.N. 2015. "A (Des) Construção da Dengue: de Tropical a Negligenciada". In: VALLE, D.; PIMENTA, D.N.; CUNHA, R.V. (Orgs.) 2015. "Dengue: teorias e Praticas. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 23-59.
- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2011. "Decreto No. 7.616, de 17 de novembro de 2011". Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7616.htm.
- SANTOS, DN et al. 2016. "Documento de posição sobre a tríplice epidemia de Zika-Dengue-Chikungunya". Observatório de Análise Política em saúde. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/03/Documento-posi%C3%A7%C3%A3o-sobre-a-epidemia-de-zika.pdf>
- SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE (SVS/MS). 2016a. "Boletim Epidemiológico 13. Dengue, Chikungunya e Zika". vol. 47, n.18. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/27/2016-014---Dengue-SE13-substitui---o.pdf>
- SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE (SVS/MS). 2016b. "Informe Epidemiológico 24. Semana epidemiológica 17/2016 (24/04 a 30/04/2016). Monitoramento dos Casos de Microcefalia no Brasil". Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/04/coes-microcefalia-informe-epi-24-se17-2016.pdf>
- SHAH, N. 2001. "Contagious Divides: Epidemics and Race in San Francisco's Chinatown". Berkeley: University of California Press.
- SHUM, T.T. 2016 "Discussion: Zika – an epidemic of signification?" Disponível em: <http://somatosphere.net/forumpost/discussion-zika-an-epidemicof-signification>
- TREICHLER, P.A. 1987. "AIDS, Homophobia and Biomedical Discourse: an epidemic of signification". *Cultural Studies*, pp. 263-305.
- VALLE, D.; PIMENTA, D.N.; AGUIAR, R. (In press) "Zika, dengue e chikungunya: desafios e questões". *Revista de Saúde do SUS*.
- VALLE, D.; PIMENTA, D.N.; CUNHA, R.V. (Orgs.) 2015. "Dengue teorias e Praticas. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- VENTURA, D (2016) "From Ebola to Zika: international emergencies and the securitization of global health". *Cad. Saúde Pública* [online]. vol.32, n.4. Epub 19-Abr-2016.

- WEIR, L. & MYKHALOVSKIY, E. 2010. "Global Public Health Vigilance: Creating a World on Alert". Abingdon: Routledge.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) 2016. "Situation report" May, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/emergencies/zika-virus/situation-report/5-may-2016/en/>
- ZACHER, M.W. & KEEFE, T.J. 2008. "The Politics of Global Health Governance: United by Contagion". Houndmills: Palgrave Macmillan.
- ZANLUCA, C. et al. 2015. "First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil". Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, vol.110, pp.569-72.