

Revisão

Perspectivas jurídicas da interrupção da gravidez com infecção pelo vírus zika a partir das consequências médicas, emocionais e sociais

Juridical perspectives of interruption of pregnancy with zika virus infection regarding medical, emotional and social consequences



Ana Rita Souza Prata^{1,2}, Daniela Pedroso^{1,3}, Greice Menezes^{1,4}, Jefferson Drezett^{1,3,5}, José Henrique Rodrigues Torres^{1,6}, José Ruben de Alcântara Bonfim^{1,7}, Leila Adesse^{1,8}, Maria Elisa dos Santos Braga^{1,9}, Monica Kulcsar¹, Roberto Luiz Corcioli Filho^{1,6}, Thomaz Rafael Gollop^{1,10}, Yasmin Oliveira Mercadante Pestana^{1,2}.

¹Grupo de Estudos sobre o Aborto (GEA).

²Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher - Defensoria Pública do Estado de São Paulo.

³Núcleo de Violência Sexual e Aborto Legal do Hospital Pérola Byington.

⁴Grupo de Trabalho Gênero e Saúde - Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

⁵Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

⁶Associação Juizes para a Democracia (AJD).

⁷Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME).

⁸Ações Afirmativas em Direito e Saúde (AADS)

⁹Conselho Federal de Serviço Social (CFSS).

¹⁰Departamento de Ginecologia - Faculdade de Medicina de Jundiaí.

Autor correspondente:

jdrezett@gmail.com

Manuscrito recebido: Setembro 2017

Manuscrito aceito: Outubro 2017

Versão online: Março 2018

Resumo

Introdução: O vírus Zika foi identificado em 1947 em macacos Rhesus na República de Uganda e isolado em seres humanos, em 1952, no mesmo país. Até 2007 registram-se poucos casos da infecção em humanos em países africanos e asiáticos. O primeiro surto epidêmico do vírus Zika ocorreu no Brasil, em 2015, tornando-se grave problema de saúde pública devido a elevação do número de casos de microcefalia em gestantes infectadas.

Objetivo: Descrever as perspectivas jurídicas do aborto para a gestante com vírus Zika a partir das consequências médicas, emocionais e sociais.

Método: Trata-se de estudo documental realizado a partir de documentos sobre o aborto e seus desfechos no Brasil. Utilizaram-se normativas técnicas, livros-texto, artigos em bases indexadas do Scopus e PubMed, documentos extraídos de tratados e convenções internacionais de Direitos Humanos e documentos jurídicos acerca da temática. Optou-se por direcionar o texto a partir das experiências de cada temática sobre o aborto e seus desfechos no Brasil, com síntese do cenário atual.

Resultados: Reconhecendo o caráter excepcional dessa situação, busca-se conferir uma interpretação conforme a Constituição e o artigo 128 do Código Penal, a partir de uma aplicação analógica, que busque tutelar a saúde física e psíquica das mulheres contaminadas pelo vírus Zika. É possível qualificar a prática do aborto nessas circunstâncias como conduta atípica pelo estado de necessidade, excluindo a ilicitude por equiparação aos artigos 23, I e 24, do Código Penal.

Conclusão: Autorizar a interrupção da gravidez após o diagnóstico do vírus Zika garante às mulheres o livre exercício dos seus direitos reprodutivos, o que não se confunde com imposição estatal do aborto ou prática eugênica.

Palavras-chave: infecção pelo zika vírus, doenças fetais, microcefalia, aborto induzido, saúde da mulher, saúde pública.

Suggested citation: Prata ARS, Pedroso D, Menezes G, Drezett J, Torres JHR, Bonfim JRA, *et al.* Juridical perspectives of interruption of pregnancy with zika virus infection regarding medical, emotional and social consequences. *J Hum Growth Dev.* 2018; 28(1):77-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.143875>

■ INTRODUÇÃO

O vírus Zika foi identificado pela primeira vez em 1947 em macacos Rhesus, na República de Uganda, e isolado em seres humanos, em 1952, no mesmo país. Até o ano de 2007 há registro de poucos casos da infecção em humanos nos países africanos e asiáticos¹. Somente em 2014 o vírus seria reportado na Polinésia Francesa, onde se constatou aumento incomum de casos de malformações do sistema nervoso central em fetos e recém-nascidos².

O primeiro surto epidêmico do vírus Zika ocorreria no Brasil, em 2015, tornando-se rapidamente um grave problema de saúde pública devido sua associação com a surpreendente elevação do número de casos de microcefalia em gestantes infectadas^{2,3}. Entre março de 2015 e abril de 2016, mais de cinco mil casos de microcefalia foram reportados no país, a maioria na região Nordeste, número 20 vezes maior do que o registrado em anos anteriores⁴. Em resposta, em fevereiro de 2016 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a situação do vírus Zika como emergência de saúde de importância internacional⁵.

O vírus Zika é disseminado pelo mosquito *Aedes aegypti*, mesmo transmissor de doenças como a febre chikungunya e a dengue. Além das gestantes poderem ser contaminadas diretamente pelo mosquito, está estabelecida a possibilidade de adquirirem a doença nas relações sexuais com parceiros contaminados pelo vírus Zika, mesmo que esses parceiros não apresentem sinais da doença. Também se encontra rigorosamente documentada a transmissão do vírus da gestante para o feto, em qualquer período da gravidez⁶.

O vírus Zika causa doença febril aguda, geralmente autolimitada, que poucas vezes necessita internação para tratamento. Estima-se que somente 20% das pessoas com infecção pelo vírus Zika apresentem sintomas e sinais clínicos, os quais podem incluir febre baixa, manchas vermelhas com prurido, dores nas articulações, dores musculares, cefaleia, vermelhidão nos olhos, tosse seca ou vômitos. Não existe tratamento específico e os sintomas duram poucos dias. O vírus Zika também é causa da síndrome de Guillain-Barré e de outras doenças neurológicas relevantes, como mielites e meningo-encefalites, embora esses agravos sejam pouco frequentes. Casos de óbito decorrentes da infecção pelo vírus Zika são raros na literatura⁴.

Infecção Pelo Vírus Zika Durante A Gestação

Segundo a OMS, considera-se microcefalia o perímetro cefálico com dois ou mais desvios padrão abaixo da média. Nos Estados Unidos, o sistema público de mapeamento de defeitos congênitos estima que o número de recém-nascidos com microcefalia, ocasionada por diferentes causas, oscile entre 2 e 12 casos por 10.000 nascidos⁷. Na ausência de infecção materna pelo vírus Zika, a microcefalia ocorre em 8,7 por 10.000 nascidos vivos⁸.

A microcefalia pode ter causas diversas, sendo classificada como primária ou secundária. A microcefalia primária é frequentemente causada por anomalias genéticas que interferem no crescimento cerebral durante os primeiros meses do desenvolvimento fetal. Ela se associa

com síndromes cromossômicas, metabólicas ou mutações gênicas. A forma mais comum é a microcefalia vera ou verdadeira, na qual não ocorrem anomalias neurológicas ou de outra natureza. A microcefalia secundária tem causas perinatais, como a hipoxemia ao nascimento, hemorragia intracraniana ou trauma obstétrico⁷.

A microcefalia também pode ter origem infecciosa, subsequente à meningite ou encefalite, contaminação por agentes químicos, ou ser decorrente de infecção materna por rubéola, sífilis, varicela, toxoplasmose ou citomegalovírus⁷. Essa diversidade de condições e de etiologias da microcefalia resulta em diferentes consequências fetais e para o recém-nascido que, em certos casos, não implica em danos cerebrais, deficiência intelectual ou comprometimento cognitivo relevante⁹.

Contudo, recém-nascidos com infecção pelo vírus Zika não apresentam apenas a microcefalia. Diversos danos neurológicos severos estão presentes, como a diminuição da acuidade auditiva, surdez congênita, excesso de couro cabeludo, artrogripose, pé torto congênito, e displasia das articulações coxofemorais^{10,11}. O dano oftalmológico se mostra igualmente grave, incluindo doenças como a microftalmia, anoftalmia, coloboma, catarata, calcificações intraoculares, anomalias coriorretinianas da mácula como atrofia, palidez, anomalias grosseiras e hemorragia retiniana, e de atrofia do nervo óptico¹¹.

As evidências são contundentes quanto aos danos cerebrais produzidos pelo vírus Zika, predominantemente destrutivos, irreversíveis e irreparáveis, ainda que se possa oferecer assistência qualificada ao recém-nascido. Os achados incluem a atrofia cerebral, calcificações da substância branca, do núcleo caudado e do cerebelo, a disgenesia do corpo caloso e do vermix, e a dilatação da cisterna magna. Também se constata assimetria dos hemisférios cerebrais, aumento dos ventrículos e adelgaçamento do parênquima cerebral¹².

Estudos também acrescentam maior risco de restrição do crescimento fetal intrauterino, de insuficiência da função placentária, de aborto espontâneo até a 20ª semana de gravidez e de óbito fetal até o termo em gestantes infectadas¹¹. Essas condições repercutem negativamente no desenvolvimento normal das crianças acometidas, prejudicando fortemente sua qualidade de vida. Portanto, a grave situação que se apresenta é a de uma Síndrome pelo Zika Congênita, diferente da percepção reducionista da microcefalia^{9,13}.

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

trimestre da gravidez ou no período periconcepcional¹¹.

Contudo, os dados acima contrastam notadamente com aqueles encontrados no Brasil. Por razões ainda não estabelecidas, gestantes dos Estados do Nordeste do Brasil e do Rio de Janeiro infectadas pelo vírus Zika têm fetos ou recém-nascidos afetados mais gravemente e com mais frequência. Nessas regiões, o óbito fetal ocorreu em 7% dos casos, com 46% dos fetos ou recém-nascidos apresentando anomalias congênitas. Em 42% dos casos se constatou anomalias cranianas e encefálicas graves. Além disso, pesquisadores brasileiros observaram que o comprometimento fetal ou de recém-nascidos ocorreu em qualquer momento da gestação. De fato, anomalias no sistema nervoso central têm sido encontradas em fetos infectados pelo vírus Zika inclusive na 39ª semana de gravidez¹⁴.

Considerando que não há um período limitado da gravidez durante o qual a contaminação fetal pelo vírus Zika poderá ocorrer, a angústia vivenciada pelas gestantes nesta situação gera enorme sofrimento psíquico e emocional. Nesses casos, a defesa pela garantia da tomada de decisão pela interrupção ou não da gravidez, que poderá ou não ser anterior ao diagnóstico de anomalias fetais, é em prol dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher^{15,16}.

O sofrimento psíquico intenso das gestantes portadoras da infecção pode colocar em risco sua saúde mental, considerando-se também a possibilidade de gerar condições de vulnerabilidade social e psíquica pelo resto de suas vidas, na medida em que não há prognóstico de reparação e tampouco políticas públicas eficientes que sustentem o futuro da criança e a vida digna da mulher. Tal contexto traz semelhanças com os impactos das situações de tortura na subjetividade, pois coloca a grávida em permanente risco de desestruturação física e psíquica, forçosamente impossibilitada de tomar decisões autônomas sobre seu corpo e sua vida^{15,16}.

Considerando as frágeis condições sanitárias e os determinantes sociais, como a pobreza somada à presença maciça do vetor, fazem o Brasil tornar-se um país propício para consolidação do vírus Zika. Aumentam-se as demandas assistenciais e cada vez torna-se necessário que ações sejam realizadas com finalidades de prevenção e controle do problema frente uma nova realidade de saúde pública³.

Vírus Zika e Interrupção Da Gravidez

A omissão do Estado brasileiro com relação à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres é conhecida. A necessidade de se garantir o exercício de forma livre dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres já foi abordada na Recomendação Geral nº 24, durante a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), em 1999, ao afirmar *“Dar prioridade à prevenção da gravidez indesejada por meio de planejamento familiar e educação sexual e reduzir as taxas de mortalidade relacionadas à maternidade mediante serviços sem riscos e assistência pré-natal. Na medida do possível, deveria alterar a legislação que criminaliza o aborto, a fim de abolir as disposições punitivas impostas às mulheres que se submetam a abortos”*¹⁷.

Em um contexto comum, o desrespeito aos direitos fundamentais acima citados viola outros direitos, como direito à informação, à intimidade, à liberdade, dentre outros, conforme consta do parecer do Procurador Geral da República na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 5.097, ainda não julgada no Supremo Tribunal Federal (STF). Essa situação se agrava no momento que se trata de uma epidemia por um vírus, como o Zika, que interfere de forma direta, de acordo com todas as evidências, na gestação da mulher.

É sabido que o Código Penal criminaliza o aborto, contudo, também permite, desde a sua promulgação, a interrupção da gravidez nas hipóteses de risco à vida da gestante e de gravidez resultante de violência sexual (artigo 128, I e II)¹⁸. Houve o reconhecimento por parte do STF de mais uma hipótese, permitindo a interrupção de gravidez nos casos de fetos anencefálicos, garantindo interpretação conforme a Constituição Federal, na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 54¹⁹. Assim como não se poderia pensar na detecção da anencefalia à época da edição do Código Penal, não poderiam ser previstos os casos em que a epidemia pelo vírus Zika poderia trazer consequências tão devastadoras e incertas para o feto.

As decisões de permitir a interrupção da gravidez nas três hipóteses citadas são todas baseadas em direitos das mulheres, reconhecendo que ela não perde seu status de pessoa por estar grávida, conforme caso *Artavia Murillo y Otros (Fertilización in vitro) Vs. Costa Rica*, na Corte Interamericana de Derechos Humanos. A garantia da vida e saúde da mulher deve prevalecer, entendendo-se por saúde o estado de completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, conforme estabelecido pela Organização Mundial de Saúde, desde 1946. Essa foi escolha do legislador na promulgação do Decreto-Lei nº 3914/1941²⁰ e do STF na ADPF nº 54¹⁹.

Recentemente, em julgamento do caso concreto referente ao Habeas Corpus (HC) nº 124.306/RJ, o STF conferiu interpretação conforme a Constituição aos artigos 124 a 126 do Código Penal. Decidiu não ser criminoso o aborto realizado no primeiro trimestre gestacional, afirmando que a criminalização, nesse caso, violaria direitos fundamentais da mulher, sua autonomia, o princípio da proporcionalidade, a integridade física e psíquica da gestante, o princípio da igualdade e o direito ao acesso à assistência médica²¹.

As mulheres contaminadas pelo vírus Zika que estejam grávidas sofrem com a falta de informação e com a incerteza do que enfrentarão no futuro. Esse estado de desconhecimento sobre seu próprio futuro e a falta de autonomia em decidir sobre ele podem gerar um sofrimento psíquico severo, equiparável à tortura. Ainda, diante da criminalização da interrupção da gravidez, as mulheres são submetidas a tratamentos degradantes e maus tratos nos serviços de saúde quando recorrem à interrupção clandestina e ilegal da gravidez²².

Reconhecendo o caráter excepcional dessa situação, busca-se conferir uma interpretação conforme a Constituição e o artigo 128, incisos I e II do Código Penal, a partir de uma aplicação analógica que busque tutelar a saúde física e psíquica das mulheres contaminadas pelo

vírus Zika. No mesmo sentido, é possível qualificar a prática da interrupção da gravidez nessas circunstâncias como uma conduta atípica pelo estado de necessidade, excluindo a ilicitude por equiparação aos artigos 23, I e 24, do Código Penal¹⁸.

Nesse cenário de incertezas não é possível prever o número de gestantes que serão infectadas pelo vírus Zika nem quantas apresentarão danos fetais ou neonatais graves ao término da gestação. Da mesma forma, não é possível prever a evolução da epidemia, sendo prudente admitir tanto seu agravamento como o seu recrudescimento, a depender da efetividade das medidas que serão adotadas⁹.

Autorizar a interrupção da gravidez, após o diagnóstico de infecção pelo vírus Zika, é garantir às mulheres, principalmente àquelas em situação de maior vulnerabilidade, o livre exercício dos seus direitos reprodutivos, o que não se confunde com imposição estatal do aborto ou sua prática eugênica. Pelo contrário, se está assegurando que as mulheres exercerão uma maternidade consciente e responsável com o respaldo do Estado, se assim desejarem.

■ REFERÊNCIAS

1. Hayes EB. Zika virus outside Africa. *Emerg Infect Dis.* 2009;15(9):1347-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.3201/eid1509.090442>
2. Iloos S, Mallet HP, Goffart IL, Gauthier V, Cardoso T, Herida M. Current Zika virus epidemiology and recent epidemics. *Med Mal Infect.* 2014;44(7):302-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medmal.2014.04.008>
3. Schram PCF. Zika virus and public health. *J Hum Growth Dev.* 2016;26(1):7-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.114415>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia. Brasília: Ministério da Saúde; 2016; p.42.
5. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre la primera reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el virus del Zika y el aumento de los trastornos neurológicos y las malformaciones congénitas. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2016.
6. Hills SL, Russell K, Hennessey M, Williams C, Oster AM, Fischer M, et al. Transmission of vírus Zika through sexual contact with travellers to areas of ongoing transmission - continental United States, 2016. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2016;65(8):215-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6508e2>
7. Organización Mundial de la Salud. Vigilancia de anomalías congénitas: manual para gestores de programas. Geneva: OMS; 2015.
8. Cragan JD, Isenburg JL, Parker SE, Alverson CJ, Meyer RE, Stallings EB, et al. Population based microcephaly surveillance in the United States. 2009 to 2013: An analysis of sources of variation. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2016;106(11):972-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/bdra.23587>
9. Drezett J, Gollop TR. O vírus Zika: uma nova e grave ameaça para a saúde reprodutiva das mulheres. *Reprod Clim.* 2016;31(1):1-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recli.2016.05.00>
10. Ventura CV, Maia M, Bravo-Filho V, Góis AL, Belfort Jr R. Zika virus in Brazil and macular atrophy in a child with microcephaly. *Lancet.* 2016;387(10015):228. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00006-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00006-4)
11. Honein MA, Dawson AL, Petersen EE, Jones AM, Lee EH, Yazdy MM, et al. Birth defects among fetuses and infants of US women with evidence of possible Zika virus infection during pregnancy. *JAMA.* 2017;317(1):59-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2016.1900>
12. Melo ASO, Malinger G, Ximenes R, Szejnfeld PO, Alves SS, Filippis AB. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016;47(1):6-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/uog.15831>
13. Rasmussen SA, Jamieson DJ, Honein MA, Petersen LR. Zika Virus and birth defects - reviewing the evidence for causality. *N Engl J Med.* 2016;374:1981-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMSr1604338>
14. Brasil P, Pereira Jr JP, Moreira ME, Ribeiro Nogueira RMR, Damasceno L, Wakimoto M, et al. Zika virus infection in pregnant women in Rio de Janeiro. *N Engl J Med.* 2016;375:2321-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1602412>
15. Zanetto V, Porto M. Aborto e (não) desejo de maternidade(s): questões para a Psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2016.
16. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. Documento de Orientação CRP SP nº 01/2016. Documento de orientação frente ao atendimento de mulheres em situação de interrupção de gravidez. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; 2016.

17. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984. [cited 2018 jan 19] Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm.
18. Delmanto C, Delmanto R, Delmanto-Jr R, Delmanto FMA. Código penal comentado. 8ª ed. São Paulo: Saraiva; 2010.
19. Brasil. Supremo Tribunal Federal (STF). Questão de ordem na arguição de descumprimento de preceito fundamental. Brasília [cited 2013 abr 20] Available from: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28anencefalia%29&base=baseAcordaos&url=http://tinyurl.com/c63gqkq>.
20. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-Lei N° 3.914, de 9 de dezembro de 1941. Lei de introdução do Código Penal (decreto-lei n. 2.848, de 7-12-940) e da Lei das Contravenções Penais (decreto-lei n. 3.688, de 3 outubro de 1941). [cited 2013 abr 20] Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3914.htm.
21. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Habeas Corpus 124.306 Rio de Janeiro. Voto-Vista. Brasília: Supremo Tribunal Federal; 2016. [cited 2013 abr 20] Available from: <https://www.conjur.com.br/dl/hc-voto-aborto-lrb.pdf>.
22. Drezett J. Aborto em situações de violência sexual: o que representa a experiência do Hospital Pérola Byington? Juizes Democ. 2017;17(75):3.

Abstract

Introduction: The Zika virus was identified in 1947 in Rhesus monkeys in the Republic of Uganda and isolated in humans in 1952 in the same country. Up to 2007 there were few cases of human infection in African and Asian countries. The first outbreak of the Zika virus occurred in Brazil in 2015, becoming a serious public health problem due to the increase in the number of cases of microcephaly in infected pregnant women.

Objective: To describe the legal abortion at Zika virus infection during pregnancy regarding medical, emotional and social consequences. perspectives of abortion for the pregnant woman with Zika virus regarding the medical, emotional and social consequences.

Methods: This is a documentary study based on documents about abortion and its outcomes in Brazil. Technical norms, textbooks, indexed articles of Scopus and PubMed, documents extracted from international human rights treaties and conventions, and legal documents on the subject were used. It was decided to direct the text based on the experiences of each theme on abortion and its outcomes in Brazil, with a synthesis of the current scenario.

Results: Recognizing the exceptional nature of this situation, it is sought to confer an interpretation according to the Constitution and Article 128 of the Criminal Code, based on an analogical application, which seeks to protect the physical and mental health of women infected by the Zika virus. It is possible to qualify the practice of abortion in these circumstances as atypical conduct by the state of necessity, excluding the unlawfulness by comparing with articles 23, I and 24 of the Penal Code.

Conclusion: Authorizing the termination of pregnancy after diagnosis of the virus Zika guarantees women the free exercise of their reproductive rights, which is not confused with state imposition of abortion or eugenic practice.

Keywords: Zika virus infection, foetal diseases, microcephaly, induced abortion, women's health, public health.

©The authors (2018), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.