



**Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Cátedra Unesco de Bioética  
Programa de Pós Graduação em Bioética**

**ALVARO ANGELO SALLES**

**BIOÉTICA, COVID-19 E O ACESSO UNIVERSAL E GRATUITO À VACINAÇÃO  
COMO UM DIREITO À SAÚDE:  
IMPASSES E EMPECILHOS OCULTOS E EXPLÍCITOS**

**Brasília  
2024**

**ALVARO ANGELO SALLES**

**BIOÉTICA, COVID-19 E O ACESSO UNIVERSAL E GRATUITO À VACINAÇÃO  
COMO UM DIREITO À SAÚDE:  
IMPASSES E EMPECILHOS OCULTOS E EXPLÍCITOS**

**Tese apresentada como requisito parcial  
para obtenção do título de Doutor em  
Bioética pelo Programa de Pós-Graduação  
em Bioética da Universidade de Brasília.**

**Orientador: Professor Dr. Volnei Garrafa**

**Brasília 2024**

**ALVARO ANGELO SALLES**

**BIOÉTICA, COVID-19 E O ACESSO UNIVERSAL E GRATUITO À VACINAÇÃO  
COMO UM DIREITO À SAÚDE:  
IMPASSES E EMPECILHOS OCULTOS E EXPLÍCITOS**

Tese apresentada como requisito parcial para  
obtenção do título de Doutor em Bioética pelo  
Programa de Pós-Graduação em Bioética da  
Universidade de Brasília.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Volnei Garrafa – Presidente

Universidade de Brasília

Prof. Dr. Swedenberger do Nascimento Barbosa

Universidade de Brasília

Prof. Dr. Francisco de Assis Rocha Neves

Ministério da Educação

Prof. Dr. José Agenor Álvares da Silva – Membro Externo

Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro – Suplente

Universidade de Brasília

## **AGRADECIMENTOS**

Querendo, neste momento, exercer a virtude da gratidão, fazemos aqui um agradecimento de coração aos professores do Programa de Doutorado em Bioética da UnB e a todos aqueles que, direta ou indiretamente, nos ajudaram na construção deste projeto:

Somos gratos também a nossos familiares e amigos próximos, aqueles que estão sempre ao nosso lado, nas tristezas ou nas alegrias, sendo esta tese uma conquista da qual eles fazem parte.

De forma muito especial, somos gratos ao Professor Dr. Volnei Garrafa pela sua dedicada, paciente e inestimável orientação, sem a qual esta tese não teria sido possível.

Também nossa gratidão à Vida que temos e que somos, em todas as suas manifestações, e particularmente à egrégora formada pelos que comungam conosco o ideal de levar a todos a beleza da ética da vida, na qual o conhecimento científico e tecnológico não seja um fim em si mesmo, mas algo a serviço de toda a humanidade.

*Tudo aquilo que o homem ignora não existe para ele. Por isso o universo de cada um se resume ao tamanho de seu saber.*

Albert Einstein

## RESUMO

Com a eclosão da pandemia da COVID-19 e o registro do elevado número de mortes desde seu início, o acesso à vacina, reconhecido como essencial à contenção da doença, assumiu lugar de destaque na agenda dos países. Entretanto, a pandemia expôs que essa forma de salvaguarda da vida não alcançava a todos igualmente, sendo deficitária ou inexistente em países periféricos e populações pobres, situação que confronta com a ideia de que o acesso universal à vacina é direito humano e é dever do Estado proporcioná-lo. Tal premissa, contudo, mostra-se apartada de princípios bioéticos, principalmente daqueles encontrados na Bioética de Intervenção (BI) e na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH). Esta tese tem como objetivo geral estudar os obstáculos explícitos e implícitos ao acesso gratuito, universal e tempestivo da vacinação durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. E, como objetivos específicos, analisar como o governo brasileiro tratou as questões da saúde pública naquele período; averiguar as implicações éticas relacionadas ao gerenciamento das ações oferecidas à população; discutir criticamente, a partir dos artigos e princípios da DUBDH e dos fundamentos epistemológicos da BI, referenciais teóricos para o debate ético relacionado com o processo vacinal no contexto da pandemia; e analisar possíveis medidas práticas conexas a uma política de vacinação nacional cientificamente correta, eticamente defensável e socialmente justa para toda a população. Trabalhando o contexto público nacional e internacional da vacinação, o estudo fornece subsídios sobre a relevância do Programa Nacional de Imunização (PNI), do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a preservação de vidas e oferta de vacinas durante aquela pandemia. Traz também elementos para mostrar a conexão, patenteada naquele período, entre a suscetibilidade ao vírus da COVID-19 e as condições sociais e ambientais existentes no Brasil. Neste sentido, procura mostrar que tais condições resultam tanto do sistema de economia de mercado vigente no país como da continuidade de uma feição de colonialidade do saber, do poder e da vida, que mantém sua posição de dependente de outros países no processo de produção de vacinas. Metodologicamente, foi desenvolvido um estudo teórico-discursivo e crítico que usa para sua fundamentação teórico-conceitual os elementos “vacina” e “bioética”. Como resultado, a presente tese reforçou que as perspectivas de um desastroso gerenciamento negacionista adotadas no Brasil durante a pandemia da COVID-19 ficaram constatadas nas áreas: econômica, com o protelamento na compra de vacinas; política, pela provocação de confrontos entre os entes federativos; jurídica, pelo desrespeito às normas instituídas para evitar a propagação da doença; e psicológica, pela propagação de narrativas falsas. Tais distorções fundamentaram a proposição de que processos vacinais e de saúde são complexos por envolverem diferentes áreas das relações humanas, contexto no qual, havendo a sobreposição de interesses econômicos aos interesses humanos, poderão ser esperados grandes prejuízos como a inviabilização do acesso gratuito e universal aos serviços de saúde, tanto com relação à prevenção como ao tratamento, disso decorrendo um elevado número de mortes. Ao trazer à baila aspectos éticos envolvidos na questão do direito à vacina usando referenciais teóricos propostos pela BI e nove entre os 28 artigos da DUBDH, o presente estudo buscou consolidar a importância da divulgação daquela Declaração e de alguns conceitos da BI como caminho para possíveis soluções de controvérsias e para criação de aportes positivos no cenário de processos vacinais negativos.

**Palavras-chaves:** Bioética; Direitos Humanos; COVID-19; Vacinas; Acesso universal.

## ABSTRACT

With the outbreak of the COVID-19 pandemic and the record of a high number of deaths since its beginning, access to vaccines, recognized as essential to the containing of the disease, assumed a prominent place on the countries' agenda. However, the pandemic exposed that this way of safeguarding life did not reach everyone equally, being deficient or non-existent in peripheral countries and poor populations, a situation that clashes with the idea that universal access to the vaccine is a human right and a duty of the State to provide it. This premise, however, appears to be separated from bioethical principles, mainly those found in Bioethics of Intervention (BI) and the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (UDBHR). This thesis has the general objective of studying the explicit and implicit obstacles to free, universal and timely access to vaccination during the COVID-19 pandemic in Brazil. And, as specific objectives, to analyze how the Brazilian government dealt with public health issues during that period; investigate the ethical implications related to the management of actions offered to the population; critically discuss, based on the articles and principles of the UDBHR and the epistemological foundations of BI, theoretical references for the ethical debate related to the vaccination process in the context of the pandemic; and, analyze possible practical measures related to a scientifically correct, ethically defensible and socially fair national vaccination policy for the entire population. Analyzing the national and international public context of vaccination, the study provides information on the relevance of the National Immunization Program (NIP), the Unified Health System (UHS) and the World Health Organization (WHO) for the preservation of lives and supply of vaccines during that pandemic. It also brings elements to show the connection, patented in that period, between susceptibility to the COVID-19 virus and the social and environmental conditions existing in Brazil. In this sense, it seeks to show that such conditions result both from the market economy system in force in the country and from the continuity of a coloniality of knowledge, power, and life, which maintains its position of dependence on other countries in the process of production of vaccines. Methodologically, a theoretical-discursive and critical study was developed that uses the elements "vaccine" and "bioethics" for its theoretical-conceptual foundation. As a result, this thesis reinforced that the prospects of a disastrous denialist management adopted in Brazil during the COVID-19 pandemic were observed in the following areas: economic, with the delay in purchasing vaccines; political, by provoking confrontations between federative entities; legal, due to disrespect for the rules established to prevent the spread of the disease; and psychological, through the propagation of false narratives. Such distortions supported the proposition that vaccination and health processes are complex because they involve different areas of human relations, a context in which, if economic interests overlap with human interests, great losses can be expected, such as the impracticability of free and universal access to health services, both in relation to prevention and treatment, resulting in a high number of deaths. By bringing to the forefront ethical aspects involved in the issue of the right to a vaccine using theoretical references proposed by BI and nine of the 28 articles of the UDBHR, the present study sought to consolidate the importance of disseminating that Declaration and some BI concepts as a path to possible solutions of controversies and to create positive contributions in the scenario of negative vaccination processes.

**Keywords:** Bioethics; Human Rights; COVID-19; Vaccines; Universal Access.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDS	Acquired Immuno-Deficiency Syndrome
ANSI	American National Standards Institute
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APM	Associação Paulista de Medicina
BBC	British Broadcasting Corporation
BI	Bioética de Intervenção
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEBES	Central Brasileira de Estabelecimentos de Saúde
CENADI	Central Nacional de Armazenagem e Distribuição de Imunobiológicos
CEV	Campanha de Erradicação da Varíola
CFA	Colonies Françaises d'Afrique
CIB	Comitê Internacional de Bioética
CIDRAP	Center for Infectious Disease Research and Policy
CIGB	Comitê Intergovernamental Internacional de Bioética / IGBC
CIPAA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFIN	Comissão de Orçamento e Financiamento
CPB	Código Penal Brasileiro
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
DTP	Vacina Tríplice Bacteriana Acelular contra Difteria, Tétano e Coqueluche
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EAPV	Eventos Adversos Pós-Vacinação
EC	Emenda Constitucional
FAO	Organização para Alimentação e Agricultura (da ONU)
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNED	Fundação Ezequiel Dias
IAB	International Association of Bioethics
IBC	International Bioethics Committee
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IFA	Ingrediente Farmacêutico Ativo
MERS	Síndrome Respiratória do Oriente Médio
NBR	Normas Brasileiras de Referências
NIP	National Immunization Program
NISO	National Information Standards Organization
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PASNI	Programa de Autossuficiência de Imunobiológicos
PEC	Projeto de Emenda Constitucional
PIB	Produto Interno Bruto
PNI	Programa Nacional de Imunização
RO	Número Básico de Reprodução
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SABIN	Vacina contra Paralisia Infantil
SAGE	Grupo Consultivo Estratégico de Peritos sobre Imunizações da OMS
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SBB	Sociedade Brasileira de Bioética
SDN	Sociedade das Nações
SINDAN	Sindicato Nacional da Indústria de Produtos para a Saúde Animal
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TECPAR	Instituto Tecnológico do Paraná
UHS	Unified Health System
UDBHR	Universal Declaration on Bioethics and Human Rights
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UHC	Universal Health Coverage
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
USP	Universidade de São Paulo
VCT	Vacinas Contendo Timerosal
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>PREÂMBULO</b>	<b>14</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>31</b>
<b>CAPÍTULO 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>44</b>
1.1 – A BIOÉTICA	44
1.1.1 POTTER E A CIÊNCIA DA SOBREVIVÊNCIA	45
1.1.2 REAÇÕES E CONTRARREAÇÕES ÀS PROPOSIÇÕES DE POTTER	47
1.1.3 EVENTOS MARCANTES DO INÍCIO DA BIOÉTICA	48
1.1.4 EM RESPOSTA À BIOÉTICA PRINCIPALISTA	50
1.1.5 NOVOS E MARCANTES RUMOS DA BIOÉTICA	52
1.1.6 A SEMENTE MILENAR DA BIOÉTICA	53
1.1.7 O ALCANCE DA BIOÉTICA	55
1.2 – AS VACINAS	56
1.2.1 VACINAS E IMUNIZAÇÃO	56
• Composição e desenvolvimento das vacinas	56
a) Vacinas atenuadas	57
b) Vacinas inativadas	57
c) Vacinas de subunidades	57
d) Vacinas conjugadas	58
e) Vacinas toxoides	58
• Outros constituintes da vacina	58
• Produção, armazenamento e distribuição de vacinas	60
• Efeitos adversos das vacinas	61
• Vacinação em situações especiais	63
• A importância da imunização pelas vacinas	64
• Epidemias e pandemias	66
• Micróbios <i>versus</i> humanos – uma reflexão	68

1.2.2 OS MOVIMENTOS ANTIVACINAIS	70
• Motivações político-econômicas dos governos	71
• Motivações pessoais e religiosas	73
• Razões para não se vacinar	75
a) Descrédito em relação à indústria farmacêutica	75
b) Opção pela antimedicação	76
c) O sucesso das vacinas	77
d) <i>Fake news</i> , desinformação e falta de informação	78
e) A propaganda da cloroquina durante a pandemia da COVID-19	80
f) A possibilidade de efeitos adversos	81
g) Vacinação e não vacinação – implicações jurídicas e éticas	82
<b>CAPÍTULO 2 – O CONTEXTO PÚBLICO NACIONAL E INTERNACIONAL DA VACINAÇÃO – IMPORTÂNCIA DO PNI, DO SUS E DA OMS</b>	<b>89</b>
2.1 – A IMPORTÂNCIA DO SUS NO CONTEXTO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19	91
2.2 – O SUS E A PANDEMIA	95
2.3 – A IMPORTÂNCIA DA OMS	97
2.4 – A OMS NA PANDEMIA DA COVID-19	99
2.4.1 FONTES DE FINANCIAMENTO DA OMS	100
2.4.2 A OMS E O DISTANCIAMENTO DOS COMPROMISSOS ORIGINAIS	103
2.5 – EPIDEMIAS, PANDEMIAS E MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA	108
2.6 – VACINA, COLONIALIDADE E PARQUE DE IMUNOBOLÓGICOS	111
2.7 – VACINA COMO DIREITO HUMANO E DEVER DO ESTADO	117
<b>CAPÍTULO 3 – BIOÉTICA, VACINAS E VACINAÇÃO</b>	<b>122</b>
3.1 – BIOÉTICA E POLÍTICAS PÚBLICAS DE VACINAÇÃO – O BEM INDIVIDUAL <i>VERSUS</i> O BEM COLETIVO	124

3.2 – A BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO (BI)	128
3.2.1 CATEGORIAS TEÓRICO-PRÁTICAS PROPOSTAS PELA BI	130
• Equidade	131
• Solidariedade crítica	132
• Libertação	134
• Alteridade	136
• Não discriminação e não estigmatização	138
• Corporeidade	140
• Combate ao imperialismo moral	141
• Direitos humanos universais	142
• Os Quatro Pês	142
a) Prevenção	144
b) Prevenção	145
c) Prudência	146
d) Proteção	147
• Colonialidade	148
3.3 – A DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS DA UNESCO (DUBDH)	152
3.3.1 PRINCÍPIO DO BENEFÍCIO E DANO (Artigo 4)	156
3.3.2 PRINCÍPIOS DA AUTONOMIA E RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL; E DO CONSENTIMENTO (Artigos 5 e 6)	161
3.3.3 PRINCÍPIO DO RESPEITO PELA VULNERABILIDADE HUMANA E PELA INTEGRIDADE INDIVIDUAL (Artigo 8)	167
3.3.4 PRINCÍPIO DA IGUALDADE, JUSTIÇA E EQUIDADE (Artigo 10)	173
3.3.5 PRINCÍPIO DA NÃO DISCRIMINAÇÃO E DA NÃO ESTIGMATIZAÇÃO (Artigo 11)	178
3.3.6 PRINCÍPIO DA RESPONSABILIDADE SOCIAL E SAÚDE (Artigo 14)	183
3.3.7 PRINCÍPIOS DA SOLIDARIEDADE E COOPERAÇÃO; E DO COMPARTILHAMENTO DE BENEFÍCIOS (Artigos 13 e 15)	186
<b>4 – DISCUSSÃO</b>	<b>197</b>

<b>5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>209</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>214</b>
<b>ANEXO</b>	<b>240</b>

## PREÂMBULO

Ao se pensar na complexidade das relações existentes entre pessoas e instituições na estrutura da sociedade moderna, percebe-se que sua discussão abrange uma longa lista de temas entrelaçados. De certa maneira, pode-se pensar na interligação de todos esses temas correspondendo àqueles componentes de algumas das ideias centrais da teoria da complexidade desenvolvida por Edgar Morin; da teoria do ator-rede, que tem em Bruno Latour um de seus principais expoentes, quando é afirmada a importância tanto dos seres humanos como dos animais, dos objetos e dos acontecimentos, todos esses compondo uma vasta rede intercausal; da teoria cosmogônica do hinduísmo, que fala de uma teia na expiração do deus Brahman; da teoria cosmogônica de alguns povos indígenas, que aderem à noção de que os processos do homem e da natureza são um só; e, ainda, de algumas partes da teoria de Bauman sobre a vida e tempos líquidos. Em suma, pode-se dizer que, de acordo com essas teorias todas, os seres de todos os tipos (humanos, animais, vegetais, minerais etc.) se interligam e se influenciam mutuamente na trama de uma grande rede onde tudo é interdependente.

A essência dessas teorias pode constituir uma ferramenta importante para as reflexões desta pesquisa como forma de visualizar e compreender as relações entre as pessoas e as instituições no ambiente das dificuldades e empecilhos de países periféricos (os países pobres, ou países do Sul geopolítico) na promoção de uma vacinação de forma gratuita e universal durante a pandemia da COVID-19.

De maneira similar, pode-se, durante a procura desses esclarecimentos, levar também em consideração a perspectiva proposta por Marcuse (2009), segundo a qual o cientista é o responsável pelo uso que a sociedade faz das ciências, sendo, assim, responsável pelas consequências sociais advindas da ciência. Defende aquele autor que não se trata da existência de duas razões diferentes – uma pertinente à ciência e outra externa a ela, seja sociológica ou política –, mas de razões essencialmente inter-relacionadas, sendo que nessa interligação é determinado o rumo do progresso científico (ou sua regressão). Hoje se tem, inexoravelmente, a pesquisa e os experimentos científicos submetidos aos poderes e planos do *establishment* do processo da colonialidade nas áreas econômica, política e militar. Não há que se falar, portanto, na existência de dois mundos – o da ciência e o da política – mas apenas

um mundo, no qual a ciência, a política e a ética, bem como a teoria e a prática, estão inerentemente ligadas. O trabalho do cientista (qualquer que seja ele), uma vez publicado, insere-se no mercado, torna-se mercadoria para ser avaliada por compradores e vendedores (Marcuse, 2009) e, o que é ainda pior, pode trazer a esse público possíveis e nefastas consequências.

Não é difícil entender essa finalização dos trajetos científicos. A maior parte das verbas para pesquisa tem sua origem em agências governamentais quase sempre ligadas às elites dirigentes do país, o que significa que os programas de pesquisa acabarão sendo adaptados às necessidades daquelas agências com objetivos bélico, econômico ou de controle, o que significa também que ficam em segundo plano (ou esquecidas) as necessidades puramente científicas ou humanitárias.

Não aderente a essa realidade, Marcuse (2009) responsabiliza a indiferença dos cientistas quanto aos valores humanistas pela desculpa de que a ciência é neutra e cega em relação ao que acontece com a existência humana. É quando, explica o autor, o puritanismo ou pretensa neutralidade da ciência transforma-se em impureza, impureza essa derivada da submissão da ciência aos objetivos de dominação de uma elite sem compromisso social. Tal dialética entre responsabilidade ou não responsabilidade, conclui o autor, levou à situação na qual a ciência pode colaborar comissivamente ou omissivamente na construção da mais eficiente maquinaria de aniquilamento da história. O cientista, conforme complementa o autor, já não é mais o pesquisador dissociado e isolado, mas se tornou o esteio das políticas e das instituições estabelecidas.

Bauman (1998), por sua vez, fala da chamada pureza da sociedade pós-moderna, representada por aqueles empenhados em manter a ordem e o *status quo* de uma divisão social baseada nas condições socioeconômicas. São os puros a força que interessa à sociedade pós-moderna, aqueles que defendem a manutenção da ordem socioeconômica vigente. Em paralelo, o autor fala da impureza, essa agora composta pelos estranhos, pelos diferentes, pelos questionadores ou pelos marginalizados e não produtivos dentro da cadeia econômica. Esses todos se posicionam na contramão da manutenção da ordem preciosa que é ensinada na família desde a infância, analisa ainda Bauman (1998), e, por questionarem essa mesma ordem, mancham sua pureza.

Vários exemplos podem ser dados: assistiu-se à segregação dos questionadores em seus *gulags* e dos pobres em seus guetos e favelas; os loucos

deveriam ser confinados em hospícios; os doentes mentais deveriam ser separados em clínicas; para os infratores, havia os locais de castigo. Para cada caso, portanto, aplicava-se um tipo de segregação como forma de evitar manchas na pureza social. É sabido ainda que, em casos radicais, a história tem mostrado o emprego da força exagerada por policiais e militares, ou as ações extremistas em nome da pureza racial, como no nazismo. Entretanto, após vistos os resultados contraproducentes da técnica de simplesmente segregar os impuros para garantia da pureza, a pós-modernidade iria em busca de formas diferentes de ação (Bauman, 1998). A própria pureza foi redefinida e passou a ser a capacidade de consumir, passando então o consumo a ser o sustentáculo de grupos econômicos supranacionais e o elemento que define quem está no poder. No caso das situações biomédicas e das doenças, essa mesma capacidade de consumir é que define quem tem acesso aos cuidados de saúde.

A segregação experimentada na realidade da África negra em relação às vacinas contra a COVID-19 ilustra a tese de Sémelin (2009, p. 62) de que “a acusação de impureza constitui uma incriminação universal contra quem se pretende massacrar. A pureza, de imediato, remete a uma exigência de limpeza contra um outro, catalogado como sujo, percebido como lixo.” Durante a pandemia, ficou evidente a questão da capacidade de consumo de vacinas na posse dos países centrais e a manutenção de uma pretensa ordem hegemônica, colocada em paralelo à segregação dos impuros e muito bem exemplificada no caso da África negra. De acordo com dados (diariamente atualizados) do site *Our World in Data* (2021), organização ligada ao governo do Reino Unido e à Universidade de Oxford, naquela região, em 2 de agosto de 2021, um ano e meio após o início da pandemia, ainda se patinava no número de 1,4% de sua população vacinada completamente, enquanto que países como o Canadá atingiam a casa dos 60%; a Inglaterra, 57%; Israel, 62%; Estados Unidos, 49%; e o próprio Brasil, com todos os percalços, a marca de 20%.

Já em 2 de dezembro de 2021 os números mostravam: Canadá, 80%; Inglaterra, 75%; Estados Unidos, 69%; Brasil, 77%. Destacam-se aqui ainda Singapura, com 93%, e Cuba, com 90%. E, pelo lado negativo, o destaque é a Nigéria, com 3%, e a África, com a média de 6%. Esse quadro levaria Tedros Adhanom Ghebreyesus, Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), a dizer da vergonha da existência de um verdadeiro *apartheid* das vacinas e da dificuldade para se chegar ao fim da pandemia (Bermudez; Bermudez, 2021).

Também na área acadêmica pode estar presente essa procura da pureza, segundo defesa de Latour (1994), que faz uma crítica ao sistema acadêmico por sua busca de delimitação de fatos que estejam afetos a uma área específica, dessa forma evitando a intromissão de dados de outras áreas. Aspirações com essa forma praticada academicamente, sejam elas no campo científico ou na área jornalística, vão encontrar na pureza dos fatos sua “pedra de toque”, motivo pelo qual “revelar os fatos na sua nudez perfeitamente lógica e necessária é a essência mesma da missão purificadora de ‘dar ciência dos fatos’” (Lemos, 2013, p. 71).

Em contestação a esse *modus operandi*, a teoria ator-rede de Latour não vê a purificação dos fatos nem o chamado recorte em textos acadêmicos de dissertações e teses como a abordagem mais adequada nem para o trabalho, nem para a pesquisa em comunicação, como explica Lemos, argumentando que a purificação dos fatos acarreta separação dos campos de estudo: muito esforço é realizado internamente por cada uma das escolas de pensamento para produzir e manter barreiras contra abordagens concorrentes, criando competição em torno da definição dos objetos, dos problemas de pesquisa e dos métodos válidos (Lemos, 2013, p. 71). No processo de purificação, como insiste Latour (1994), negam-se as características da realidade, delimitando os fenômenos a campos purificados do social, da natureza ou do discursivo, em vez de se compreender que não existem fenômenos restritos a fronteiras arbitrárias.

O ideal pós-moderno da pureza do consumismo ainda não chegou, porém, à sua consumação, já que uma parte da população não se enquadra no cenário da lei e da ordem como presenciado no cotidiano, mesmo quando se considera que esse cenário varia de acordo com os interesses da elite dirigente. O grupo dos impuros segue ampliando suas caracterizações e nomes – são agora os comunistas, os vagabundos, os questionadores, os *gays* ou transexuais, as putas... O que importa aos defensores da pureza é que seja desqualificado o *status* de pessoa humana desse grupo, assim se justificando o tratamento desumano que lhe for dado. Bauman (1998) fala do papel dos meios de comunicação de massa em relação aos marginalizados – as ações desse grupo são mostradas como exemplo do que deve ser evitado, caracterizando posturas de preconceito e dominação ideológica que não se prendem necessariamente a indivíduos, mas podem se estender a grandes grupos e comunidades e até a nações periféricas.

Dessas reflexões decorre o reconhecimento de que, na busca pela disponibilização gratuita e universal de vacinas que respondam à pandemia da COVID-19, é necessário que seja superada a alienação dos cientistas quanto à sua real responsabilidade social, ao mesmo tempo em que é preciso reconhecer a urgência de superação do modelo atual de ciência hermética e protecionista de alguns países (do Norte) que monopolizam o desenvolvimento de setores como o de biotecnologia. Há ainda de se refletir sobre o posicionamento dos próprios bioeticistas que se pautam exclusivamente pelo principialismo, aqueles que se recusam a ver a ligação da saúde e da própria vida com os meios social e econômico.

Segundo Morin (2000), a incapacidade de reconhecer, tratar e pensar a complexidade é um resultado do sistema educacional vigente. Isolando e fragmentando os objetos, esse modo de conhecimento acaba eliminando não somente o contexto, mas também sua singularidade, localidade, temporalidade, seu ser e sua existência. No exemplo da medicina, tem-se testemunhado através dos anos o progresso do controle ou eliminação das epidemias, do uso das vacinas, dos transplantes e das cirurgias, mas, nesse mesmo campo, observam-se os efeitos nocivos de uma hiperespecialização. Tratar um órgão isoladamente em relação ao corpo pode trazer prejuízo a outros órgãos até então não envolvidos na doença – as chamadas doenças iatrogênicas (Morin, 2000). Exemplificando essa questão da dissociação apontada por Morin, pode ser lembrado que, além dos efeitos colaterais de algumas medicações, podem ocorrer, como no caso da pandemia da COVID-19, efeitos adversos de algumas vacinas como resultado direto de moldes de um processo econômico na sua produção.

Traços negativos são parte do processo do desenvolvimento científico, afirma Morin (2005), sendo eles bem conhecidos e aparecendo, muitas vezes, como inconvenientes secundários, que seriam, no caso da superespecialização, o enclausuramento ou a fragmentação do saber. O progresso científico é compartimentado, as raízes das questões não são buscadas e, focalizado na parte, faz com que se perca a noção do todo. Além disso, a compartimentação traz o desligamento entre as chamadas ciências humanas e as chamadas ciências naturais, sendo que as primeiras acabam por adquirir todos os vícios da especialização sem nenhuma das suas vantagens, explica Morin. Além disso, como prossegue o autor, a tendência para a fragmentação tem como consequência uma progressão para o anonimato, porque o conhecimento se destina, cada vez mais, a bancos de dados,

que serão depois computados por instâncias manipuladoras como o Estado, ao mesmo tempo em que o especialista se torna ignorante de tudo que não se ligue especificamente à sua área de conhecimento. Dessa forma, conclui Morin (2005), os poderes criados pela atividade científica acabam escapando totalmente aos próprios cientistas, concentrando-se nos níveis dos poderes econômicos e políticos.

Outro problema analisado por Morin (2006) é a posição do ensino entre duas correntes culturais desconectadas – a científica e a humanista –, fazendo-se necessário, em sua opinião, acabar com essa dualidade para que o ensino seja capaz de transmitir uma cultura unificada. O conhecimento ideal seria aquele que acolheria qualquer informação recebida por um aluno dentro de seu contexto: “A aptidão para contextualizar e integrar é uma qualidade fundamental da mente humana, que precisa ser desenvolvida, e não atrofiada” (Morin, 2006, p. 16).

Morin detecta ainda nos problemas e aspectos da realidade uma constância cada vez maior de características polidisciplinares, multidimensionais, transnacionais, transversais, globais e planetárias. No entanto, trabalhar os saberes de modo separado, fragmentado e compartimentado em disciplinas torna-se um processo inadequado e grave em termos das consequências que acarreta, quando são levados para a invisibilidade “os conjuntos complexos; as interações e retroações entre partes e o todo; as entidades multidimensionais; os problemas essenciais”, pois que uma “hiperespecialização impede de ver o global (que ela fragmenta em parcelas), bem como o essencial (que ela dilui)” (Morin, 2006, p. 13). Dito de outra maneira, todo conhecimento representa simultaneamente uma tradução e uma reconstrução, reconstrução esta que vem de símbolos, sinais e signos que vão aparecer na forma de representações, ideias, teorias, gráficos, números, narrativas ou discursos. “O conhecimento comporta, ao mesmo tempo, separação e ligação, análise e síntese”, uma ideia de Morin (2006, p. 24) que, entretanto, não tem encontrado correspondência na realidade da civilização ocidental e de seu ensino, cuja estruturação e maneira de ver o mundo valorizam os destaques em desfavor do conjunto, a divisão em detrimento da conexão e a análise em lugar da síntese. Uma das consequências seria o que Morin considera a continuação do subdesenvolvimento no processo de fazer ligação e síntese. Um exemplo disso é o fenômeno da hiperespecialização, tão combatido por Morin e para o qual ele dedicou a impactante e peculiar afirmação: “O reino dos especialistas é o reino das mais ocas ideias gerais, sendo que a mais oca de todas é a de que não há necessidade de ideia geral” (Morin, 2006, p. 100).

Em resposta aos que insistem na segregação entre científico e não científico, a posição de Morin é a de que “a ciência é impura”, ao que acrescenta: “A vontade de encontrar uma demarcação nítida e clara da ciência pura, de fazer uma decantação, digamos, do científico e do não científico, é uma ideia errônea e diria também uma ideia maníaca” (Morin, 2005, p. 59). A posição de Morin traz apoio à valoração do conhecimento popular que, mesmo quando errôneo, pode abrir caminho para novos conhecimentos mais científicos, sendo evitada, dessa forma, uma estagnação da pesquisa. Como exemplo, tem-se a pesquisa farmacológica desenvolvida a partir de dados empíricos sobre plantas medicinais, cujas propriedades são do domínio de indígenas e nativos.

Morin encontra apoio em Habermas na defesa de que, se a ciência é crítica, ela é motivada pela reflexão, que tem por interesse a emancipação dos homens, enquanto que as ciências naturais podem ser levadas a outros interesses como a dominação e a sujeição de parte da humanidade. Para Habermas (1982), na medida em que a ciência precisa, em primeiro lugar, conquistar a objetividade, ela dissimula os interesses fundamentais aos quais ela deve não só os impulsos que a estimulam, mas também as condições de toda objetividade possível. Por isso, Habermas propõe o que chama de psicanálise científica, seguindo os paradigmas freudianos, que consistiria em se conscientizar dos interesses que animam os cientistas em determinada pesquisa e dos quais eles não têm consciência.

Habermas (1982) defende a participação da metodologia da autorreflexão que é usada pela psicanálise para uma integração dos conhecimentos. Pretensas certezas e afirmações não questionadas em relação a um determinado conhecimento, argumenta o autor, sempre aparecem ligadas à esfera da dominação e da instrumentalização, desprestigiando as possibilidades do conhecimento crítico alcançado pela autorreflexão. Um dos méritos da psicanálise, segundo o autor, é se contrapor ao positivismo científico, já que ela busca romper com o objetivismo na medida em que resgata para o seu interior aquela autorreflexão (Habermas, 1982).

Nesse aspecto de autorreflexão, merece igual defesa a Bioética de Intervenção (BI), corrente teórico-crítica de reterritorialização epistemológica da bioética que está em constante aperfeiçoamento e que busca, dentro de sua proposta, a integração dos saberes. Igualmente, a BI adota a autocrítica constante como um de seus parâmetros de contínua renovação e estruturação, sendo ainda, na sua essência,

exemplarmente transdisciplinar (Garrafa; Porto, 2003; Feitosa; Flor-do-Nascimento, 2015; Garrafa, 2023a).

A partir do momento em que o universo é compreendido dentro de uma vivência de complexidade, como nas formas propostas em Morin, Latour ou cosmogonias diversas, percebe-se que procurar entender e analisar a pandemia do coronavírus como um fator isolado e de causas próximas apenas é adotar uma visão muito estreita de um fenômeno que se comprova cada vez mais abrangente. Além daquele vírus, há uma pandemia do que poderia ser chamado de *infecções*, como os populismos, os nacionalismos, os fundamentalismos e o negacionismo (Halík, 2020). Existe até um retorno a pensamentos mágicos primitivos, numa espécie de retrorreligiosidade que reporta à magia da época medieval, como exemplificam os casos das bênçãos e uso da água-benta para não se infectar com a COVID-19; ou dos feijões mágicos vendidos por líder religioso para evitar a doença; ou de cultos que promoveriam a “imunização” contra o coronavírus (UOL SAÚDE, 2020). Há ainda enxurradas de *fake news* e a presença de muita desinformação em relação a saúde nos meios de comunicação. “Nesse sentido é fácil entender que a saúde não é desvinculada de uma discussão sobre educação, urbanismo, política, sociologia e economia” (Halík, 2020, p. 29-30), nem pode ser separada do entendimento da mente humana, principalmente pela fragilidade que ela pode revelar em tempos de crises, aspecto magistralmente descrito por Freud em “Psicopatologia da Vida Cotidiana” (1969a) e abordado por Erich Fromm em “Psicanálise da Sociedade Contemporânea” (1965).

Vivem-se tempos de descrédito, de conflitos políticos e de ideologia de ódio, destacando-se, sobretudo, o aparecimento de momentos de aversão contra o esclarecimento dos fatos pandêmicos e das verdades relacionadas ao sistema social vigente. Mesmo depois de quase um ano de início do processo vacinal e da queda do número de mortes pela COVID-19, cientistas da área foram atacados e ameaçados quando tentaram trazer informações corretas e atualizadas sobre a pandemia. Na verdade, as estatísticas sobre esse aspecto são surpreendentes. Pesquisa publicada no Medscape Medical News de outubro de 2021, cobrindo, principalmente, os Estados Unidos, o Reino Unido e a Alemanha, revelou que 22% dos 321 cientistas entrevistados já tinham sido ameaçados de violência física ou sexual e que 15% deles já haviam recebido ameaças de morte, todos por tentarem levar ao povo conhecimentos científicos e transparentes sobre a COVID-19 (Brooks, 2021).

Um dos exemplos é o de Simon Clarke, PhD na Universidade de Reading, que afirmou ter passado por experiências traumáticas depois de aparecer na mídia, particularmente depois de denunciar teóricos da conspiração e alguns políticos que não gostam de ver suas teorias favoritas desmascaradas. Michael Head, PhD na Universidade de Southampton, fez declarações sobre o grande número de abusos voltados àqueles que tentam contribuir com uma resposta à pandemia e Susan Michie, FMedSci na University College London, reporta que o abuso online acontece mais intensamente depois de debates, especialmente aqueles que alertam sobre questões ligadas a aglomerações, uso de máscaras ou vacinação. Mais uma crise é proposta por Bauman (1998) quando fala em pós-modernidade líquida para definir a crise que está sendo atravessada pelo ser humano na busca de sua identidade. O nome vem das características ligadas aos líquidos, como a água, que é fluida, não tem formato e dirige-se para os caminhos mais fáceis de serem percorridos. Como membros dessa crise da modernidade líquida, os seres humanos procuram quase sempre os caminhos mais fáceis e que não ofereçam resistência, desprezando muitas vezes a ética e o compromisso com cargos, funções e responsabilidades. Exemplo visível seria (plagiando Bauman) a “política líquida” praticada por deputados do chamado “centrão” do governo brasileiro que, sendo “pragmáticos” (agora usando um eufemismo), movem-se em direção ao que lhes é mais propício e vantajoso, esquecendo ou ignorando sua missão como parlamentar.

Apesar do benefício didático nessa forma de divisão do cenário atual em crises para clareza e exposição dos estudos, deve prevalecer uma permanente consciência sobre a íntima conexão causal e relacional entre os elementos dos problemas de cada época. A constância de uma conexão entre as crises sociais, a política e a econômica fica bem referendada na afirmação de Piketty (2014, p. 27) de que “A história da riqueza jamais deixou de ser profundamente política, o que impede sua restrição aos mecanismos puramente econômicos”, verificando-se, por exemplo, que “a reascensão das desigualdades depois dos anos 1979-1980 se deveu, em parte, às mudanças políticas ocorridas nas últimas décadas, no que tange à tributação e às finanças”.

Entretanto, independentemente da elaboração que autores possam apresentar dessas crises, o ponto em comum entre elas são suas desastrosas consequências para o ser humano e a natureza na travessia do período pandêmico iniciado em 2020 no mundo. Na crise ambiental, como realçado por Dowbor (2020), assistimos ao aquecimento global, à devastação de florestas e ao consequente desequilíbrio da

natureza com o aparecimento de novas doenças e de vírus mutantes. A crise social, por sua vez, é também devastadora, com a diferença entre ricos e pobres voltando a crescer no período pandêmico. Essa pobreza em que 850 milhões de pessoas passam fome é inexplicável e inaceitável, frisa o autor, insistindo:

O fato de 1% dos mais ricos terem mais patrimônio acumulado do que os restantes 99% chega a nós como estatística alarmante, mas é um escândalo ético, social, político e econômico. O caos financeiro não fica atrás. Os idiotas de Wall Street ou da City de Londres que gritam entusiasmados *Greed is Good*, a ganância é boa, ganham dinheiro a rodos e paralisam a economia por transformar recursos que podiam financiar tantas coisas que precisamos em aplicações especulativas. [...] Em 1995 foi aprovada a lei que isenta de impostos os lucros e dividendos distribuídos, aprofundando a injustiça social que impera (DOWBOR, 2020, p. 27).

Como resultado do desequilíbrio que se verifica quando a remuneração do capital se torna superior à taxa de crescimento da produção e da renda, “o capitalismo produz automaticamente desigualdades insustentáveis, arbitrárias, que ameaçam de maneira radical os valores de meritocracia sobre os quais se fundam nossas sociedades democráticas”, afirma Piketty (2014, p. 9). Completando o cenário, “a crise atinge as famílias em condições estruturalmente críticas”, situação agravada porque, acontecendo “sob um governo que para favorecer os bancos e rentistas mais ricos travou o SUS, reduziu a Previdência, limitou os direitos trabalhistas, desarticulou os sindicatos, e aumentou o *deficit* pelo travamento geral da economia” (DOWBOR, 2020, p. 42).

O trabalhador que não ganha o suficiente para ter seu próprio veículo e é obrigado a se deslocar diariamente como única alternativa para manter seu emprego na pandemia, enfrenta coletivos lotados nos quais a distância social é impossível, convivendo com uma higienização deficiente e a companhia de passageiros que desrespeitam regras sanitárias como o uso de máscara e o distanciamento.

Os trabalhadores informais dificilmente podem se encaixar na figura do *home office*, e outros não têm o suficiente para compra de máscaras ou álcool gel, verdadeiros artigos de luxo em seu dia a dia. Não há como falar, portanto, em uma distribuição justa das cargas da pandemia. Em se falando de assistência à saúde, as diferenças são discrepantes.

O trabalhador que vive na informalidade e os desempregados ou subempregados são exemplos dos componentes de uma população que, num momento de pandemia, não tem como lançar mão de uma poupança para um alívio

financeiro, além de se encontrar frequentemente endividada. No contexto do sistema capitalista, portanto, o risco de doenças, mortalidade e agravos de saúde é tão desigual quanto a distribuição das riquezas, sendo a população mais pobre constantemente a mais vulnerável tanto do ponto de vista da saúde como das perspectivas econômica e social.

Quando apresenta sua visão da situação no primeiro ano da pandemia, diz Dowbor (2020) que não é apenas a pandemia de COVID-19 que está sendo enfrentada naquele momento: o desafio é sistêmico e os recursos financeiros e tecnológicos estão sendo usados por uma minoria em proveito próprio, o que acaba levando à destruição paulatina do planeta. E complementa, referindo-se à questão dos serviços de saúde no Brasil e sua fragilização:

O coronavírus nos lembrou a todos, inclusive a muita gente nas elites, de que o Estado é necessário. A conferência de imprensa com o ministro da Saúde e sua equipe, todos com coletes do SUS, é muito impressionante, num governo que aprofundou a destruição do sistema público de saúde iniciada com o presidente Temer. Os 47 milhões de pessoas que pagam planos de saúde descobrem uma evidência: o vírus parece não ter preferências, e a propagação mais acelerada do vírus entre pessoas pouco protegidas irá nos impactar a todos (Dowbor, 2020, p. 36).

Pode-se dizer, em relação à manifestação acima, que seria um fato irônico, se não fosse trágico, esse uso de coletes do Sistema Único de Saúde (SUS) naquela conferência por parte de integrantes que, de certa maneira, colaboraram anteriormente com o subfinanciamento e precarização do mesmo SUS, uma situação que desperta a atenção para a utilização do subliminar e do simbólico como meio de disfarce para objetivos reais que não se deseja revelar.

A questão dos sistemas privatizados de saúde como entidades alienadas do interesse pela segurança e pela saúde das pessoas fica bem visível em Dowbor (2020, p. 37), que vê naquelas instituições o objetivo de maximizar o lucro, não esquecendo que empresas privadas de saúde têm, em geral, ações na bolsa de valores. Para isso, a orientação dessas instituições é a de que se maximizem as intervenções cirúrgicas, os exames e a venda de medicamentos. Tem-se aqui então a “indústria da doença”, complementa o autor, já que para o sistema privado de saúde não é interessante ter pessoas saudáveis: quanto mais doentes, mais procedimentos necessários e maior retorno financeiro.

A mesma percepção é trazida por Bello-Urrego e Garrafa (2018) quando partilham e discutem a enfática denúncia de Illich (1975) sobre o assunto. Segundo essa análise, a dependência de medicamentos própria à instituição médica leva a uma dependência toxicômana dos pacientes, criando-se, ao mesmo tempo, uma dependência desses pacientes em relação aos profissionais que os atendem. De paciente, a pessoa passa à dependente de drogas, situação cuja gravidade fica bem caracterizada na constatação de que a taxa de toxicomania medicalizada é maior do que a da toxicomania não médica. O alerta de Illich trazido por Bello-Urrego e Garrafa não é menos contundente quando o autor declara que não cabe ao médico apenas trabalhar com os toxicômanos – criá-los também passa a ser parte integral de sua profissão.

Formulando um entendimento inverso, pode-se dizer que, em um governo que funcione sistemicamente bem, a saúde será assegurada de maneira pública, gratuita e universal, pois o ponto de partida será o raciocínio de que, se uma pessoa doente e infectada não puder se tratar, ela será uma ameaça sanitária para todas as outras pessoas. Disso decorreria a necessidade imperiosa de se construir um ambiente saudável e disponível para toda a população. Transformar a saúde em um produto comercial e não a admitir como um direito da população caracterizariam um contrassenso que, como resultado, tornaria a população mais fragilizada ainda quando frente a uma pandemia.

Essa percepção sobre as crises que estão ocorrendo na sociedade e no planeta tem movimentado pensadores da área religiosa também e, em Boff, fica bem delineado o atual cenário de catástrofes nos níveis planetário e moral da humanidade.

Várias ameaças pairam sobre o sistema-vida e o sistema-Terra: o holocausto nuclear; a catástrofe ecológica, o aquecimento global e a escassez de água potável; a catástrofe econômico-social sistêmica com a radicalização do neoliberalismo que produz extrema acumulação à custa de uma pobreza espantosa; a catástrofe moral com a falta generalizada de sensibilidade para com as grandes maiorias sofredoras; a catástrofe política com a ascensão mundial da direita e a corrosão das democracias; e ultimamente o ataque furioso da Terra contra a Humanidade pela COVID-19 (BOFF, 2021, p. 15).

Em meio às considerações sobre as crises vividas no momento em conexão com a pandemia da COVID-19, um aspecto sobre a postura do homem em relação à natureza pode ainda ser discutido e diz respeito ao que, para alguns autores, é

descrito como um “pedido de socorro da natureza” diante da sua degradação no momento:

Primeiramente, há de se considerar que o ser humano revela há tempos uma tendência de se apartar do que é diferente de si, sejam esses “diferentes” a natureza, os animais ou outros seres humanos (como aqueles que têm convicções políticas diferentes, por exemplo). Para tanto, costuma usar o mecanismo de personalizar ou despersonalizar, desqualificando quem ou o que lhe traga desconforto ou lhe seja desconhecido. Nazistas desumanizavam judeus chamando-os de piolhos ou ratos; americanos podem chamar mexicanos de cucarachas; o negro é chamado de macaco; e assim por diante. No contexto dessa personalização discriminatória ou despersonalização discriminatória, detecta-se psicanaliticamente também o sentimento antropocêntrico do homem (ente do gênero masculino), que personifica a natureza como ente do gênero feminino e, “portanto”, subalterno ao gênero masculino.

Nesse processo entra então a questão do distanciamento do homem da milenar capacidade de transformação da natureza. A natureza não pode ser aceita como uma donzela virgem que precisa urgentemente ser protegida e também não é uma bruxa malvada que está respondendo às ações humanas enviando *tsunamis* e terremotos como punição. Um raciocínio que precisa ser levado em conta é, primeiramente, que a natureza é um grande sistema vivo de bilhões de anos e que o homem dele faz parte há pouquíssimo tempo. Percebe-se, na sequência da reflexão, que o que está acontecendo na natureza é apenas sua adaptação aos processos desencadeados pelos humanos. Então, em última análise, os seres humanos não estão destruindo a natureza, mas, sim, destruindo a si mesmos porque, daqui a alguns milhares de anos, se mantido esse curso, os humanos estarão extintos e a natureza já terá reciclado toda a contaminação e poluição existentes no presente. Talvez sobre alguns restos de construções dos homens, totalmente cobertos por mato, como mostram alguns filmes de ficção científica representando o futuro.

Não é tão difícil imaginar que se chegue a tal situação planetária quando se recorda qual é a idade da Terra e quando foi o aparecimento da humanidade sobre a superfície do planeta. Por meio da datação radioativa do urânio, sabe-se que a idade da Terra – no chamado tempo geológico – está na casa dos 4,5 bilhões de anos, enquanto que o aparecimento do homem – tempo histórico – é contado em milhares (Geocronologia, 2018). De modo pitoresco, mas que traz sério fundamento para reflexão, Pena (2023) contribui com uma comparação sobre o assunto. Se a história

da existência do planeta Terra for reduzida para 24 horas, os primeiros *Homo sapiens* teriam nela aparecido às 23 horas, 59 minutos e 57 segundos. Portanto, em relação à Terra, o ser humano tem apenas 3 segundos de existência! Além de curiosa, a informação certamente coloca em perspectiva a relação entre ser humano e planeta.

Precedendo a atual crise sanitária com a pandemia da COVID-19, várias outras vêm marcando o caminho da saúde. O surto de ebola atingiu a África Ocidental no período 2014 a 2016; o surto de zika, começando nas Ilhas do Pacífico em 2016, estendeu-se às Américas do Norte e do Sul, também ocorrendo em 2016 o surto de febre amarela; o coronavírus causou o surto de Sars (Síndrome Respiratória Aguda Grave) que, iniciado no sudeste da Ásia em 2002, atingiu depois o Canadá; a gripe H1N1 começaria no México em 2009; e a Mers (Síndrome Respiratória do Oriente Médio) tomaria a Península Arábica em 2012 (Osterholm; Olshaker, 2020).

A crise sanitária mais recente – a pandemia da COVID-19 – vem sendo causada por um novo coronavírus surgido no final de 2019 na China. O mundo todo foi rapidamente atingido, em parte pelo fato de que a principal forma de transmissão do vírus acontece de pessoa para pessoa “através da aspiração de gotículas liberadas no ar por alguém infectado e minúsculas partículas de aerossol preenchidas pelo vírus”, conforme explicam Osterholm e Olshaker (2020, p. 11), uma forma bastante similar à da influenza.

Na busca de causas para a instalação mundial da COVID-19, pode-se dizer que a disseminação do vírus, de imediato e antes que fosse devidamente estudado, encontrou apoio na facilidade de trânsito de pessoas por todos os lugares do planeta por via aérea, marítima ou terrestre, ao que se seguiram as condições populosas de grandes cidades e à existência de inúmeras favelas e cortiços sem condições sanitárias em muitos lugares. No entanto, a permanência da situação pandêmica foi diferente entre os países; enquanto o vírus estava sendo contido em alguns países, o mesmo não acontecia em outros, o que traz ao questionamento os motivos que definiram essa diferença.

No momento em que qualquer crise sanitária é prevista ou se instala em um país, é necessário que um indivíduo (grupo ou instituição) assuma a liderança da situação, cercado de informações com bases científicas sobre os agentes da crise, passando as informações de modo claro e constante à população e determinando as providências administrativas e sanitárias que assegurem uma rápida resposta ao problema. No Brasil, assistiu-se, desde o início do processo, a um

tratamento político do processo vacinal, a um desprezo pelo posicionamento de especialistas em saúde em relação à importância da vacina e à importância de medidas sanitárias no dia a dia, além de se viver uma descoordenação entre autoridades sobre decisões relativas à pandemia. A isso se acresceram a falta de transparência nas informações sobre a pandemia e a vacinação e, de extrema gravidade, a adulteração de fatos científicos sobre medicações adequadas ao tratamento da COVID-19. Por conseguinte, pode-se pensar nessa questão de desgoverno ou condução inadequada da crise como um dos fatores que promoveram a disseminação rápida do coronavírus no país e levaram a inúmeras mortes, muitas delas (quatro entre cinco, segundo pesquisadores) evitáveis (Agência Senado, 2021; Rodrigues, 2021).

Entretanto, procurando localizar os fatores que, em convergência, culminaram na crise sanitária durante a pandemia da COVID-19, Osterholm e Olshaker (2020) apontam, antes de tudo, a questão da dependência do mundo em relação aos produtos manufaturados pela China e Índia e, em adição a isso, a adesão a um sistema de cadeia de suprimentos, produção e entrega sob demanda. Esse sistema que os autores realçaram é também conhecido como *just in time*, um sistema herdado do toyotismo de acordo com o qual se procura evitar o estoque dos produtos.

Realmente, no caso do Brasil, entre os fatos desnudados pela pandemia estaria a constatação de que a aquisição de produtos do exterior era feita no mesmo grau de sua demanda, não havendo margem para demandas imprevistas (que é o caso nas pandemias) e que, entre esses produtos, contavam-se medicamentos ou seus insumos para fabricação das vacinas. A adoção desse tipo de sistema leva ao risco de não se ter medicamentos disponíveis em situações de emergência nos hospitais, ou de não se contar com equipamentos de proteção individual (EPIs) dos profissionais em contato direto com pacientes da COVID-19 quando esses equipamentos são necessários. Em outras palavras, a prosseguir dentro desse sistema, o Brasil vai continuar como um dos países não preparados para enfrentar crises, epidemias, pandemias, surtos epidêmicos ou qualquer necessidade prolongada de equipamentos, insumos e medicamentos para seu enfrentamento (Pereira, 2010)

Como a situação enfrentada pelos Estados Unidos na chegada da pandemia do coronavírus foi bem documentada no referente a medicamentos, ela pode ser usada aqui para ilustrar a fragilidade do sistema de produção sob demanda. De acordo com o Cidrap (Center for Infectious Disease Research and Policy), em 2009 foram

identificados mais de 150 medicamentos básicos e de uso frequente cuja falta levaria vários pacientes a óbito em algumas horas (Yang, 2009). São medicamentos genéricos, muitos deles, ou seus princípios ativos, fabricados na China ou na Índia. A extensão da vulnerabilidade do sistema ficou exposta quando, desde os primeiros momentos do surto do coronavírus, em 2020, 63 desses medicamentos já estavam, nos Estados Unidos, indisponíveis para compra imediata ou em falta sob condições normais (Osterholm; Olshaker, 2020), uma situação contornada por Donald Trump, o presidente na época, pela apropriação de material e insumos (como respiradores, por exemplo) destinados a outros países no momento de seu embarque.

A questão da dependência de medicamentos precisa de solução para o presente e para o futuro também. Outras pandemias com certeza acontecerão e poderão ter o impacto devastador da epidemia da gripe espanhola, por exemplo, que dizimou de 50 a 100 milhões de pessoas entre 1918 e 1919, alertam Osterholm e Olshaker (2020). Além da facilidade de deslocamento de pessoas pelo mundo e das situações de miséria, quando aglomerados humanos desfavorecem medidas sanitárias, os autores lembram que a invasão dos *habitats* naturais quando da devastação de florestas é um fator responsável pelo deslocamento de doenças de animais para o homem da cidade. Há de se pontuar aqui também a facilidade de disseminação dessas doenças em fazendas de porte industrial, onde animais hospedeiros vivem colados uns aos outros. Nas fazendas aviárias, cada uma dessas aves se torna “um tubo de ensaio potencial no qual um novo vírus ou uma nova bactéria pode se reproduzir” (Osterholm; Olshaker, 2020, p. 76). Todos esses seres da natureza estão em contato próximo com o ser humano e respirando o mesmo ar.

Além de desejáveis providências de ordem prática no âmbito do Brasil para que essa situação aqui discutida seja mudada, o cenário do mundo atual, comportando suas diversificadas crises, também parece não deixar dúvidas sobre a necessidade de uma ressignificação da existência do homem em sua relação com o planeta. Os vários males que assolam a Terra evidentemente não podem ser imputados somente à pandemia da COVID-19, pois vêm se expandindo há décadas. Tomar conhecimento das crises que o mundo atravessa na atualidade só torna mais premente a necessidade de que o ser humano procure um caminho de existência sustentável e ético, sendo seu primeiro passo uma postura de respeito não só para com seus pares, mas para com todos os seres vivos, igualmente respeitando-se todos os tipos de *habitats*.

Tal reflexão sobre a mudança de atitude do ser humano em relação à sua coexistência com o planeta ainda se localiza em um contexto de esperança. O sentimento não é, entretanto, compartilhado por alguns pensadores. Freud, em correspondência com Einstein (Freud; Einstein, 2017), não se posiciona de modo otimista em relação ao futuro da humanidade, assunto que o psicanalista desenvolve ao se referir ao instinto autodestrutivo do ser humano, o seu individualismo exacerbado e a sua capacidade de eliminação e segregação do diferente. No entanto, a perspectiva de Freud, longe de trazer desalento, pode contribuir na forma de mais um dado que o ser humano deveria considerar com seriedade, tomando então consciência de sua própria fragilidade e, a partir dessa consciência, reunindo forças para as mudanças.

Também em uma reflexão pertinente aos fatores que povoam ou circundam o grave problema da pandemia iniciada em 2020 no mundo, Dowbor (2020) procura mostrar que a crise sanitária da COVID-19 nada mais é do que um epílogo tétrico para um sistema socioeconômico planetário totalmente disfuncional e com problemas maiores do que pode parecer numa primeira visão. Vive-se no momento, afirma aquele autor, a crise ambiental, a crise das desigualdades sociais, um caos financeiro incipiente e o próprio caos sanitário da pandemia, estando todos esses fatores, de certa maneira, interligados, um cenário que aqui se procura expor a seguir de um modo mais objetivo, concreto e, algumas vezes, embasado em estatística.

## INTRODUÇÃO

Processos vacinais e epidemias sempre trouxeram consigo motivações ligadas à política, economia, filosofia, interpretações religiosas e negacionismo, isso ocorrendo desde o aparecimento das primeiras vacinas e desde as primeiras epidemias de que se tem notícia. Nesta tese, parte-se do princípio de que somente uma apreciação abrangente de certos aspectos e situações ocorridas durante a vacinação na pandemia da COVID-19 (especialmente em países periféricos – utilizando o glossário linguístico/geopolítico da BI – como o Brasil) pode ajudar a visualizar não só o caminho de sofrimento percorrido por grande parte das pessoas, principalmente as mais carentes, como o caminho de mudanças para que a situação não se repita. Preza-se, igualmente, que esta ou qualquer análise da questão vacinal referente à pandemia da COVID-19 seja sempre lastreada pela visão inter e transdisciplinar indispensável à compreensão de sua complexidade e multicausalidade.

No campo da saúde pública, ações como tratamento da água, saneamento básico, higiene de uma maneira geral e valorização do exercício físico regular (que passou a integrar os currículos de algumas escolas) e, principalmente, as imunizações são, entre outros exemplos, de reconhecida importância para o benefício da saúde da população. Como foi sendo observado no correr dos anos, muitos seres humanos procuraram e adotaram essas ações visando a manter sua saúde e a de suas coletividades, bem como a prolongar a vida e dar-lhe maior qualidade, afirmando, nesse processo, o evidente enlace entre o bem-estar coletivo e o pessoal.

Entre as ações conexas à saúde pública, a vacina sempre ocupou uma posição tão importante quanto diferenciada, pelas suas características de intervenção direta nos quadros epidemiológicos. Nos Estados Unidos, as imunizações ganharam o primeiro lugar na lista das dez maiores conquistas daquele país na área de saúde pública no período de 1900 a 1999, de acordo com o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (1999), órgão superior da saúde naquele país. Resultado similar, entretanto, seria obtido em qualquer outro país que fizesse a pesquisa, defende Levi (2013), dado que nada suplanta em benefícios os avanços que as vacinas trouxeram para a saúde dos seres humanos, sendo elas consideradas responsáveis, nos últimos

dois séculos, por uma expansão de nada menos que 30 anos na expectativa de vida das pessoas.

Como a água potável limpa, as vacinas são a forma mais segura e eficiente para preservação da saúde pública, com alto impacto na diminuição da morbidade e da mortalidade mundial. Seus efeitos são superiores aos dos antimicrobianos e de outros medicamentos, sendo possível, com uma imunização em larga escala, reduzir-se a exposição dos não vacinados e interromper-se a cadeia de transmissão da doença, conforme Fernandes *et al.* (2021).

Essas constatações deveriam, teoricamente, fazer das vacinas um meio desejado e procurado unanimemente pela população para resolver expressiva parte das doenças. Isso não condiz com a realidade do século XXI, nem sempre sendo a vacina valorizada por uma população que não está acostumada a conviver neste momento histórico com doenças que, ainda no século XX, eram tão presentes, como poliomielite, caxumba, sarampo etc. Tal situação até poderia explicar a “hesitação vacinal” por parte dessas pessoas – ou seja, o atraso na aceitação ou mesmo a recusa às vacinas, apesar da disponibilidade e mesmo gratuidade de grande parte dos serviços de vacinação. O termo foi criado em 2012 pelo Grupo Consultivo Estratégico de Peritos sobre Imunizações (SAGE), da OMS (MacDonald; SAGE, 2015), que considera essa postura uma das dez maiores ameaças globais à saúde.

Entretanto, ainda reiterando sobre a enorme importância das vacinas, bastaria mencionar algumas estatísticas. O cálculo é de que cerca de 400 mil pessoas por ano tenham morrido na Europa enquanto durou a epidemia de varíola (Zinsser, 1935). Na América, depois que os espanhóis introduziram o vírus da varíola, ocorreu a morte de cerca de três milhões de nativos (McNeil, 1976). No final do século XIX, no Brasil, foi registrada a morte de 8.599 pessoas por varíola apenas na cidade do Rio de Janeiro (Torres, 1913). Apreciação semelhante se aplica ao caso da poliomielite, doença que afetou milhões de crianças no mundo e que hoje, graças à vacinação, está totalmente controlada na maior parte dos países, incluídos entre eles o Brasil. Essa doença poderia estar erradicada em todo o planeta não fossem as contestações políticas e religiosas contra a vacina em alguns países da África e da Ásia (Zinsser, 1935). Ainda a ser registrado foi o número de adoecimentos em decorrência das epidemias da febre amarela que, na segunda metade do século XIX, causaram 58.063 mortes no Rio de Janeiro, o que correspondeu, na época, a um terço da população daquela cidade (Torres, 1913). Uma epidemia de sarampo teria, no ano de 2000, contaminado entre

30 e 40 milhões de pessoas no mundo, levando a cerca de 770 mil óbitos, conforme a OMS, elucida Levi (2012). Hoje, graças à vacinação, raramente se vê um caso de sarampo e, quando se vê, é resultante de displicência ou omissão em relação ao plano vacinal das crianças.

Também as possíveis mutações dos vírus são fatores que merecem atenção. Um estudo de Barros (2012) sobre os três grandes eventos pandêmicos da peste negra relata que o primeiro ciclo da pandemia resultou em 100 milhões de mortes; o segundo ciclo, no século XIV, iria dizimar 40% da população europeia; e, no século XIX, um terceiro ciclo propagou-se pela China e diversos países. Em relação a esses acontecimentos, o autor acima referido, após extenso estudo comparativo do genoma das cepas relacionadas à peste negra (peste bubônica) – IP32953 (*Y. pseudotuberculosis*) e CO92 (*Y. pestis*) – revelou aspectos do processo evolutivo que transformaram um ancestral enteropatogênico em dois patógenos com manifestações clínicas distintas. Tais resultados mostram, portanto, como uma espécie altamente virulenta pode se originar de uma espécie pouco virulenta, ficando assim configurado um exemplo clássico de evolução viral de resultado desastroso para a espécie humana.

Dos estudos comparativos acima, torna-se indispensável, portanto, questionar se a humanidade não esteve em risco de novo evento de proporções igualmente trágicas, especialmente entre os anos 2020 e 2022, quando se assistiu ao aparecimento de novas variantes do coronavírus, como as variantes sul-africana (B.1.351), britânica (B.1.1.7), brasileira (P.1), indiana (B.1.617) e, mais recentemente, a ômicron (B.A.1/B.A.2). Segundo pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP), a variante sul-africana é resistente à vacina AstraZenica/Oxford por ter feito uma mutação na qual ocorre o fenômeno da glicosilação, fenômeno este que muda a feição da proteína viral que impede a ação dos anticorpos (JULIÃO, 2021). Já diante da variante indiana (B.1.617), a vacina Pfizer/BioNTech passa a ser 2,5 vezes menos eficaz, enquanto que a vacina AstraZeneca/Oxford passa a ser 4,3 vezes menos eficaz contra a cepa mutante, conforme pesquisadores brasileiros da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (Menezes, 2021).

Essa rápida amostra de situações do passado e do presente durante diferentes processos vacinais abre caminho para uma discussão mais ampla, proposta neste estudo, de que existe uma teia complexa de determinantes que interpenetram constantemente os eventos vacinais – entre eles, os determinantes sociopolíticos,

psicológicos, éticos, morais, ambientais, econômicos e culturais, dentre outros – e que uma perspectiva holística precisa ser assumida para que se entenda o processo negacionista em relação à vacina durante a pandemia da COVID-19. Todos esses determinantes, colocados aqui em conexão com eventos vacinais, guardam relação direta com um campo de estudo e pesquisas que emergiu na década de 1960 e que se referem à chamada “ética aplicada”, que teve na bioética o seu desenvolvimento epistemológico e prático mais avançado a partir dos anos 1970.

Embora o neologismo bioética tenha sido criado pelo teólogo alemão Fritz Jahr em 1927 (Pessini, 2013), foi Van Rensselaer Potter quem, em 1970, passou a aplicar ao mundo científico o termo para designar um novo campo do saber. Potter, bioquímico americano que se dedicava aos estudos na área da oncologia, passou a defender em seus escritos a necessidade de mudanças na sociedade, alertando sobre o perigo decorrente do enorme avanço de tecnologias que estava ocorrendo sem o correspondente avanço na implementação da regulação e controle ético. Ao expressar sua preocupação sobre tal situação, Potter propõe que os estudos da bioética, como implícito na origem do termo, sejam direcionados para todas as manifestações de vida. Segundo Garrafa (2006b), pode-se considerar essa como a primeira fase da bioética, quando ficam estabelecidas suas bases conceituais.

A denominação bioética, entretanto, em breve passaria a ser usada restritivamente para a área biomédica e, em 1978, os autores Beauchamp e Childress (2001) iriam propor uma bioética calcada em quatro princípios (respeito à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), que ficou conhecida como bioética principialista e que foi amplamente divulgada, principalmente em seu país de origem, os Estados Unidos, e na Europa. Em adição a isso, a definição de bioética da Encyclopedia of Bioethics lançada em 1978 (Reich, 1978) simplesmente consolidaria o novo campo de conhecimento dentro de certas delimitações de uso no campo médico.

A bioética conheceria então uma segunda fase, na década de 1980, de expansão e difusão, segundo Garrafa (2006b). A partir de 1988, Potter passa a usar então o termo bioética global em seus escritos, na tentativa de trazer a bioética ao rumo original por ele pretendido (Potter, 2018).

A partir de 1990, em uma terceira fase, esclarece também Garrafa (2006b), a bioética seria consolidada e reconhecida internacionalmente. Concomitantemente, porém, viriam as primeiras revisões críticas ao modelo principialista pela sua base

epistemológica anglo-saxônica. Aparecem então, entre outras modalidades e propostas conceituais, a bioética de intervenção, de proteção e do cuidado.

Em uma quarta fase, agora de novas revisões e de ampliação conceitual, a bioética passaria por momentos marcantes em sua trajetória, a começar pela realização do 4º Congresso Mundial de Bioética promovido pela International Association of Bioethics (IAB) (em Tóquio, 1998), conforme relata Garrafa (2006b). Viria logo depois o 6º Congresso Mundial de Bioética (em Brasília, 2002), organizado pela Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) e pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da Universidade de Brasília (UnB), com apresentação de temas centrais como, respectivamente, “Bioética Global” e “Bioética, Poder e Injustiça”, como informa aquele autor, sendo que o ápice dessa evolução se dá em 2005 com a promulgação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), um documento aprovado por 191 países representados em Paris por suas delegações diplomáticas oficiais. A DUBDH passa a ser então de fundamental valor para analisar, discutir e implementar a enorme importância do direito à saúde em qualquer de suas conotações e do direito amplo, universal e equânime ao acesso às vacinas em qualquer época da vida e principalmente em épocas de pandemias ou epidemias. Assim caracterizada, a DUBDH constitui-se como o texto de referência no presente estudo em que se trabalham aspectos éticos envolvidos na questão do direito à vacina.

Desenvolvendo o tema, esta tese procura mostrar que a variedade e complexidade dos fatores envolvidos no processo da vacinação tal como ocorreu durante a pandemia da Covid-19 acabaram por torná-lo não equânime e não justo, dificultando ainda sua gratuidade e acessibilidade universal, dessa forma afrontando os princípios mais básicos do direito à vida em seu aspecto de manutenção da saúde. É destacada, dentre os fatores responsáveis por essa situação de iniquidades durante o processo pandêmico, a complexidade do próprio mundo atual suportado por sistemas sociopolíticos pouco justos e escassamente fundamentados em parâmetros éticos.

A questão do descrédito e desvalorização de organizações ligadas à área de saúde também merece análise na pesquisa, a partir dos olhares mais agudos da bioética, quando se observam as implicações de estar a saúde sendo aceita pelos sistemas políticos da maioria das nações como uma mera mercadoria, e não como

um direito do ser humano. Para isso, o estudo buscou, dentro de um processo histórico que começou há vários séculos, fatos que ajudem a esclarecer de que forma o acesso às vacinas, ao invés de ser reconhecido como um valor social ao qual se tem o direito moral de acessar, tornou-se também uma mercadoria à qual algumas pessoas e países têm acesso e outros não. Procura-se observar como, ao longo dos tempos, tal situação passa a gerar dificuldades para a implantação e desenvolvimento de processos vacinais equânimes e universais, já que toda mercadoria, após sua inserção na economia de mercado, passa a sofrer interferências políticas e econômicas, assim como demandas de oferta e procura, com o resultado final de que as classes mais empobrecidas acabam ficando mais uma vez penalizadas.

Necessário se faz que fique exposta a solidez e a profundidade já alcançadas pela estrutura capitalista que permeia a sociedade, situação que tem seus primórdios no ciclo das Grandes Navegações a partir do século XVI e que se traduz, como apontado por Quijano (2019) em uma estrutura de dominação saber/poder que se mescla e se entranha na desigualdade estrutural que abarca as noções de racialidade e gênero (não como conceito biológico, mas epistêmico), elemento sobre o qual se apoia o sistema capitalista e de hierarquização social.

Foram igualmente buscadas e discutidas as motivações econômicas de governos e laboratórios, ressaltando-se sua tradução naquelas situações de colonialidade do poder/saber e subalternização psíquica da população de países periféricos (Flor-do-Nascimento; Garrafa, 2010). Essa faceta é trabalhada, por exemplo, na questão da testagem e do uso de seus resultados, um dos aspectos no âmbito da pandemia que veio realçar a situação desvantajosa de países periféricos na vivência de clara situação de imperialismo moral (Garrafa; Lorenzo, 2009). Na posição de um dos primeiros procedimentos a serem adotados em situação pandêmica, a testagem vai definir se a pessoa está ou não contaminada, reunindo-se dados, dessa forma, para a adoção das políticas de combate à pandemia no momento. Entretanto, segundo Porto (2021), no caso de países que não produzem esse tipo de tecnologia, consumindo-a do exterior, nem sempre é possível a aquisição dos implementos e equipamentos que possibilitem a devida coleta para a testagem da doença ou a determinação de seus resultados.

Adotando uma perspectiva mais abrangente e multifatorial, o que se observa é que em todo país colonizado no qual a colonialidade continua permeando as instituições e a própria população o processo de dependência e subalternidade se

estende a inúmeras áreas em situações de pandemia, não fugindo a essa regra a pandemia da COVID-19, quando fica constatada a necessidade de importação de insumos médicos (inclusive aqueles mais básicos, como agulhas e seringas) e das vacinas.

Nesse contexto, observa-se também a questão da baixa condição intelectual da população em geral para entender as dificuldades, as implicações políticas e a gravidade da questão pandêmica, bem como a ineficácia administrativa e política de determinadas elites dirigentes, as quais, em expressiva parte das situações estudadas, revelam pensamentos obscurantistas e negacionistas sobre a gravidade da situação e tomam decisões desacertadas como a colocação de indivíduos não capacitados em postos de suma importância na área de saúde para que o “combate” à pandemia seja efetivo.

Outro aspecto ético que a tese analisa é a existência de motivações pessoais de ordem psicológica ou religiosa que se imbricam no processo na forma de racionalizações e negacionismo. Com alguma frequência, são registradas, também, dificuldades geradas, por exemplo, por situações restritivas de origem política, social e econômica, ou mesmo pelo aparecimento constante de novos agentes patogênicos. A cultura, em determinados aspectos, também pode gerar obstáculos a que a vacinação seja adotada pela população de uma maneira geral para o combate eficaz às doenças virais transmissíveis, isso porque, ainda em pleno século XXI, existem vários grupos de pessoas que, fazendo alegações diversas, tornam-se ferozes adversárias dessa medida protetora da saúde.

Ilustrando, são lembrados grupos de médicos que, envolvendo-se com interpretações políticas questionáveis levadas à prática biomédica, acabam por colocar em segundo plano a ciência, passando a desconsiderar a saúde da população como questão prioritária; ou grupos de religiosos e leigos que, não tendo acesso a fontes confiáveis de informação e não possuindo a formação educacional necessária para entender informações de cunho mais científico, tornam-se massa de manobra de políticos inescrupulosos e presas de uma elite dirigente que pretende mantê-los na submissão e na ignorância. Pessoas desses grupos disseminam a desinformação e usam o negacionismo sistemático como meio de desqualificar a pandemia, colaborando para que a economia funcione à custa de vidas humanas, com inevitáveis desvios éticos, como este estudo igualmente analisa.

A realidade recente da pandemia mostrou frequentes desvios desse tipo praticados, por exemplo, por representantes religiosos que, por falta de um raciocínio crítico e analítico mais acurado e responsável, tomam decisões baseadas em fé, crenças, suposições religiosas e filosóficas completamente contrárias a fundamentos já consolidados pela ciência. Por outro lado, alguns grupos de políticos, agindo de comprovada má-fé, interessam-se prioritariamente em manter privilégios, ficando subordinados a elites financeiras dirigentes de um país. Componentes deste último grupo podem lançar mão de estratégias como a omissão de informações ou oferecimento de notícias falsas (*fake news*) e distorcidas, tudo para manterem o *status quo* de comunicação do seu interesse, não importando a seriedade e urgência de situações que serão sacrificadas – como exemplifica a necessidade da vacinação em massa da população e a independência do país na fabricação de vacinas e medicamentos diversos –, aparecendo os processos econômicos mais uma vez envolvidos em todas as suas etapas. Essas e outras questões éticas consideradas em relação à vacinação contra a COVID-19 constituem-se, então, o fator primordial de análise durante o decorrer deste estudo.

É preciso lembrar que doenças infecciosas, sejam emergentes ou reemergentes, acontecem por diversos fatores (Carneiro, 2017), tais como resistência a antibióticos, degradação ambiental, aquecimento global, falta ou inadequação de medidas de saúde pública, bem como por fatores demográficos, sociais, econômicos, políticos e culturais. Assim, o processo pandêmico da COVID-19 coloca constantemente em cheque certos aspectos das decisões tomadas em relação à saúde pública e que abrangem a coletividade, já que a doença provocada pelo vírus SARS-CoV-2 é contagiosa e grave, tornando-se necessário que alguns procedimentos básicos sejam adotados com rapidez, tais como a busca e identificação de pessoas infectadas por meio da testagem, o tratamento médico específico para cada caso e a adoção de medidas de prevenção da disseminação da doença.

Diante disso, do ponto de vista da ciência, duas medidas foram consideradas fundamentais durante a pandemia da COVID-19: a quarentena e a vacinação. Entretanto, como a tese vai procurar mostrar, essas medidas, quando obrigatórias, ensejam não só um permanente dilema bioético envolvendo a liberdade de ir e vir das pessoas (no caso da quarentena), como o conflito entre direitos individuais *versus* direitos coletivos, já que tanto as decisões de fazer a quarentena como de fazer o

teste ou de se vacinar, embora sejam decisões tomadas individualmente, podem comprometer toda a coletividade. Se uma pandemia ameaça a coletividade ou sua maior parte, é trazido ao questionamento se direitos coletivos, em uma visão jurídica, devem ter prioridade sobre direitos individuais, já que o objetivo mais proeminente na situação pandêmica é o de se manter a saúde da população ou de sua maior parte, aqui incluídos mesmo aqueles que desejam recusar a quarentena ou a vacina.

Assim, o estudo procura destacar a oportunidade da adoção de referenciais teóricos propostos pela bioética, de modo especial alguns artigos selecionados entre os 28 artigos contidos na DUBDH, como um caminho para uma procura de possíveis respostas às principais controvérsias, objetivando aportes positivos ao cenário de processos vacinais negativos.

Com base na perspectiva bioética, o Objetivo Geral definido para a presente tese foi estudar as dificuldades e obstáculos explícitos e implícitos ao acesso gratuito, universal e tempestivo da vacinação com relação à pandemia de COVID-19 no Brasil. Os objetivos específicos da pesquisa foram: a) Analisar como o governo brasileiro tratou as questões da saúde pública nos casos específicos da vacinação durante a pandemia da COVID-19, procurando especificar as implicações éticas para a população decorrentes das referidas ações governamentais; b) Identificar e discutir criticamente, com base no conteúdo da DUBDH, referenciais teóricos que possam contribuir para o aprofundamento do debate ético relacionado com o processo vacinal e com possíveis eventos adversos encontrados no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil; c) Analisar possíveis medidas práticas para implementação, distribuição, conservação e fiscalização das vacinas com vistas a integrar uma política de vacinação cientificamente correta, eticamente defensável e socialmente justa para toda a população, sem distinção de raça, gênero, idade, credo ou nível social.

Com relação à metodologia utilizada, trata-se de um estudo teórico-discursivo e crítico assentado em dois focos centrais: as vacinas, por meio da análise de seus diferentes tipos, composição, propriedades, usos, benefícios, efeitos adversos, empecilhos à sua utilização (aqui incluído o papel público do Estado na sua distribuição e aplicação), com discussão sobre o direito das pessoas ao acesso às mesmas; e a bioética, como referencial teórico-epistemológico por meio do qual se busca analisar, sob a ótica da ética aplicada, as implicações sociais, políticas e morais relacionadas com sua utilização permanente como política pública.

Com relação ao contexto metodológico do debate sobre as vacinas é necessário acrescentar que, inserida no cenário brasileiro, a tese busca avaliar a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) para concreta efetivação do Programa Nacional de Imunização (PNI). Já no que se refere ao contexto internacional, a pesquisa se debruça sobre o papel e importância das ações e medidas produzidas e recomendadas pela OMS no sentido da correta utilização das vacinas em âmbito regional, nacional e mundial, incluindo-se aí a questão da necessidade de imunização de todos os povos do mundo para melhor alcance do controle global das epidemias.

Pela sua relação direta com o objeto de estudo, foram especialmente selecionados para sustentação ética do debate crítico proposto para a pesquisa nove entre os 28 artigos que compõem a DUBDH, a saber: Benefício e Dano; Autonomia e Consentimento; Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual; Igualdade, Justiça e Equidade; Não Discriminação e Não Estigmatização; Responsabilidade Social e Saúde; e Solidariedade, Cooperação e Compartilhamento de Benefícios. Igualmente e com o mesmo objetivo, foram selecionados da BI 10 categorias teórico-práticas, a saber: Equidade; Solidariedade Crítica; Libertação; Alteridade; Não Discriminação e Não Estigmatização; Corporeidade; Combate ao Imperialismo Moral; Direitos Humanos Universais; Os Quatro Pês; e Colonialidade.

O desenvolvimento da presente tese segue a estrutura descrita a seguir.

Esta INTRODUÇÃO procura oferecer uma visão do panorama que gerou os questionamentos desenvolvidos no trabalho e que justificam sua confecção, fazendo-se no texto uma curta menção a cada um dos temas principais a serem expandidos nos próximos capítulos, bem como delimitando os objetivos (principal e secundários) do trabalho.

No Capítulo 1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA, são introduzidos os dois elementos de fundamentação teórico-conceitual da tese: a bioética e as vacinas.

No item 1.1 A BIOÉTICA, recorda-se a primeira proposição do termo bioética e, mais de quatro décadas depois, a fase de “fundação” propriamente dita da bioética com o estabelecimento de suas primeiras bases conceituais.

No item 1.2 AS VACINAS, são introduzidos esclarecimentos sobre vacinas e a diminuição de seu *status* pela ação dos movimentos antivacinais.

O Capítulo 2 O CONTEXTO PÚBLICO NACIONAL E INTERNACIONAL DA VACINAÇÃO – IMPORTÂNCIA DO PNI, DO SUS E DA OMS revê, introdutoriamente, a situação da saúde pública do Brasil e do mundo durante a pandemia da varíola e

expõe o reconhecido sucesso do combate à doença pelo sistema sanitário brasileiro, fator de alta relevância por ajudar a abrir as portas para a criação de um Programa Nacional de Imunização, o PNI, programa este que ficaria em seguida como um componente do SUS.

No item 2.1 A IMPORTÂNCIA DO SUS NO CONTEXTO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19, procura-se salientar o papel excepcional da existência de um sistema de saúde no Brasil capaz, por suas características, de oferecer vacinas a toda a população sem qualquer ônus e sendo, por tal qualificação, responsável pela preservação de milhares de vidas durante a pandemia.

No item 2.2 O SUS E A PANDEMIA, expõem-se algumas das contradições e falácias do neoliberalismo em relação ao bom desenvolvimento dos trabalhos do SUS durante o período pandêmico e, ainda, ilustra-se com o testemunho do presidente da França no período, Emmanuel Macron, o reconhecimento do valor que têm sistemas públicos que atendem a toda a população.

O item 2.3 A IMPORTÂNCIA DA OMS dá relevância ao papel daquela Organização quando ela procura, entre outras coisas, oferecer às pessoas de todos os países a oportunidade de uma vida saudável, promover pesquisas e campanhas de saúde e coordenar esforços internacionais para o controle de surtos de doenças variadas, como ocorreu durante a pandemia de COVID-19.

No item 2.4 A OMS NA PANDEMIA DA COVID-19, reportam-se as diretrizes que, desde os primeiros dias da pandemia, foram oferecidas a toda a população mundial, tanto no sentido de apoiar a prontidão dos países para o combate à doença como de esclarecer as pessoas sobre as mais básicas precauções de higiene, de respiração e necessidade do distanciamento social.

O item 2.5 EPIDEMIAS, PANDEMIAS E MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA traz exemplos de estudos expondo a conexão entre a suscetibilidade das pessoas ao vírus da COVID-19 e as condições de vida dentro do sistema capitalista, reproduzindo o testemunho de epidemiologistas sobre a responsabilidade dos processos de desmatamento (que aproximam espécimes silvestres dos humanos e de seus rebanhos) e os surtos de vírus.

No item 2.6 VACINA, COLONIALIDADE E PARQUE DE IMUNOBOLÓGICOS, discute-se a posição até certo ponto passiva de uma “Colonialidade do Saber e do Poder” pelo Brasil, em parte incentivada por propagandas enganosas e em parte por priorizar a exportação de *commodities* em detrimento de incentivos para tecnologias,

industrialização e pesquisas, uma posição que ficou escancarada pela pandemia da COVID-19, quando, já desprovido de seu modelar parque farmoquímico, o país ficou na dependência de outros países para o desenvolvimento de vacinas.

No item 2.7 VACINA COMO DIREITO HUMANO E DEVER DO ESTADO, mostra-se a dificuldade de reconhecimento dos direitos humanos para todas as pessoas na sociedade atual e a necessidade de que todos os indivíduos tenham consciência dos seus direitos, e não apenas os componentes da parte superior da pirâmide econômico-social ou os legisladores. Fala-se também de como a pandemia iria expor, no Brasil, a deficiência de políticas públicas que fizessem valer o direito de todos a um tratamento digno e célere para a COVID-19.

No Capítulo 3 BIOÉTICA, VACINAS E VACINAÇÃO, define-se que os dois objetos centrais da tese – a bioética e a vacina – encontram sólida conexão entre si na justiça social e, portanto, no direito à saúde, mostrando-se ainda que esse direito se conecta à bioética em vários aspectos, a maioria dos quais está referenciada na DUBDH.

No item 3.1 BIOÉTICA E POLÍTICAS PÚBLICAS DE VACINAÇÃO – O BEM INDIVIDUAL *VERSUS* O BEM COLETIVO, verifica-se que o direito à vida como o maior bem jurídico a ser protegido implica diretamente no direito à saúde, estando este traduzido também no direito à vacinação. É tratado o conceito de saúde ampliada e sua conexão com os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), indicadores que podem identificar a conexão entre, de um lado, a bioética no sentido de justiça social e da beneficência e, de outro, os procedimentos da vacinação. Analisa-se também a primazia do bem coletivo sobre o bem individual, apontando ainda a questão da não segurança total das vacinas e o tema das liberdades individuais.

No item 3.2 A BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO, apresenta-se a BI como importante teoria da atualidade, caracterizando-se por sua abrangência cultural, flexibilização dialógica e politização dialogada direcionada especialmente à solução, no âmbito dos países periféricos, de seus inúmeros conflitos coletivos e dos macroproblemas de ordem persistente. Procura-se mostrar que a conexão entre a BI e DUBDH na área social transparece em vários momentos, podendo isso ser percebido quando se trabalham as principais categorias que a BI utiliza e sua relação com princípios da DUBDH.

No item 3.3 A DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS DA UNESCO (DUBDH), é esclarecido que aquela Declaração se

fundamenta no respeito à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais, procurando, por meio de seus 28 artigos, levar aos governos das diversas nações a reflexão ética necessária para uma composição de normas e leis que sejam orientadas para políticas de proteção à saúde. O estudo ressalta que a DUBDH, marco contemporâneo fundamental da bioética, prioriza a justiça social e os direitos humanos e tem elementos de sua composição característicos da BI. Propõe, então, o exame de alguns dos artigos da DUBDH feito de maneira interrelacionada e complementar, o que poderá mostrar que, no final, o direito abrangente à vida permeia os princípios bioéticos e alcança, portanto, reforço argumentativo ao direito à vacinação.

As facetas que se procuram expor e analisar nesta pesquisa – algumas das quais tiveram breve apresentação acima – constituirão o esteio para que se cumpra o propósito central do estudo. Assim, procura-se demonstrar que as perspectivas adotadas no gerenciamento da pandemia da COVID-19 no Brasil – sejam elas econômicas, políticas, jurídicas ou psicologicamente negacionistas – reforçam a hipótese de que processos vacinais e de saúde são complexos e envolvem diferentes áreas das relações humanas, as quais podem se chocar e inviabilizar o acesso gratuito e universal aos serviços de saúde, tanto com relação à prevenção como ao tratamento.

A discussão dos temas da tese acontece em meio à efervescência de processos neoliberais e de um avanço selvagem na globalização e na economia, fatores que atropelam os mais básicos princípios do relacionamento humano, tais como a solidariedade, a empatia, o cuidado, a justiça social... Ao mesmo tempo, vivem-se ainda muitas consequências da pandemia de COVID-19. Nesse contexto, a bioética surge como um possível agente transformador desse indesejável cenário, como um caminho de saída ou, conforme argumentava Potter, como uma ponte para um futuro melhor que garanta a sobrevivência da humanidade.

Assim, inicia-se a partir deste ponto uma caminhada para fundamentação desta tese por meio de dois referenciais teóricos escolhidos, quais sejam: as vacinas e o inequívoco direito a seu acesso, como objeto de estudo; e a bioética, como base teórica para análise dos percalços para se obter o acesso gratuito, universal e tempestivo a esse primordial insumo.

## CAPÍTULO 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Foram escolhidos como fundamentação teórica do presente trabalho dois temas básicos para o entendimento das nuances que vivemos durante a pandemia da COVID-19. O primeiro é a bioética, tomando-se como esteio e suporte a BI e a DUBDH; o segundo são as vacinas, na qualidade de item fundamental para a saúde do ser humano e de um direito basilar na área da justiça social.

### 1.1 – A BIOÉTICA

A proposta de uma ética que se voltasse para a globalidade da vida, como indicado pela própria escolha do termo “bioética” para denominá-la, parece ter sido apresentada pela primeira vez em 1927 por Fritz Jahr, teólogo alemão, em um artigo da revista *Kosmos* intitulado “Bioética: uma revisão do relacionamento ético dos humanos em relação aos animais e plantas” (Pessini, 2013). Ironicamente, o neologismo formava-se de termos gregos – *bios* (vida) e *ethos* (ética) –, sendo que a ética praticada na Grécia Antiga se aplicava apenas aos cidadãos da pólis, ficando excluídos de seu âmbito os escravos, as crianças e as mulheres. Diferentemente, a prática patrocinada pela bioética, especialmente em suas fases mais contemporâneas, parte de um fundamento de universalidade que acolhe os chamados diferentes ou os discriminados, bem como a própria natureza e seus seres, fiel, dessa forma, à proposta de Jahr em um “imperativo ético”, o qual, segundo Goldim (2006), exortava à prática do respeito a todo ser vivo, sendo este visto essencialmente como um fim em si mesmo e devendo ser tratado, se possível, como tal. Em realidade, Jahr não era um pesquisador no sentido acadêmico da palavra e seus escritos acabaram não tendo visibilidade nas instâncias acadêmicas na época.

As primeiras bases conceituais da bioética que ganharam notoriedade mundial, visibilidade e credibilidade acadêmica são hoje internacionalmente reconhecidas como de Van Rensselaer Potter, um pesquisador da área biomédica oncológica básica que publicou seu primeiro texto introdutório sobre bioética em outubro de 1970 em uma revista científica de Nova York, nos Estados Unidos.

### 1.1.1 POTTER E A CIÊNCIA DA SOBREVIVÊNCIA

Em 1970, um artigo de Van Rensselaer Potter, bioquímico americano e pesquisador na área de oncologia, traria a lume novamente, a partir de um contexto reconhecidamente científico e acadêmico, o termo “bioética” (Potter, 1970), sendo que, no ano seguinte, o autor desenvolveria suas ideias sobre a urgência de adoção de uma bioética com o livro “Bioética: ponte para o futuro” (Potter, 1971). Essa foi a fase reconhecida historicamente como a de fundação da bioética, quando se estabeleceram suas primeiras bases conceituais (Garrafa, 2006b). A bioética foi então apresentada como uma ciência da sobrevivência e, guardando semelhança com as ideias de Jahr, englobava, segundo esclarece Salles (2009), todos os aspectos relativos ao viver, priorizando como áreas de reflexão a vida, a saúde e o meio ambiente. Caracterizava-se fundamentalmente, conforme completa Salles, por uma ampla abrangência, pluralismo, multi-trans-interdisciplinaridade e abertura e incorporação crítica em relação a novos conhecimentos.

Para entender por que aconteceu a proposição de Potter e o valor de suas ideias centrais, é preciso rever a situação pela qual a humanidade passava no momento daquela proposição. A construção desse cenário é importante quando se observa que a bioética se posiciona na mesma linha da ética quando esta, embora não se identificando com códigos morais, sai da posição de neutralidade e faz a crítica dos costumes morais (Cortina; Martínez, 2005). A bioética aparece então, de certa forma, como mediadora diante de emergentes e novas questões humanas surgidas na era pós-industrial, que vêm como resultado de revoluções científicas, do aparecimento de novos paradigmas e de modificações no cenário econômico, político e social.

A antiga percepção holística do mundo, quando o homem e a natureza eram um só, vinha sendo alterada através dos anos, sob a influência de teorias como, por exemplo, as de Descartes e Bacon, e o homem passou a usar os recursos da Terra sempre que isso representasse lucro para ele, que servisse aos seus interesses e que alavancasse a ciência. A ciência estava sendo acatada como meio e fim das ações do homem e, dessa forma, isolava-se da ordem universal e perdia-se a perspectiva do papel das pessoas dentro de um plano global. A tecnologia era sempre aplaudida pela ciência como positiva, mesmo que significasse relegar a preservação da vida humana a um segundo plano. “Unidos, ciência, materialismo e tecnologia tornaram-

se o instrumento ideal para aumentar os meios de produção e acumular riquezas, em consonância com os desejos do sistema capitalista.” (Salles, 2009, p. 20).

Uma das consequências dessa transformação seria a criação da ideia de que o “reino” humano está acima dos outros reinos da natureza e de que o homem teria superpoderes. Sobre isso, expressou-se Albert Schweitzer (1972): “[...] estamos nos tornando desumanos na mesma proporção em que nos tornamos super-homens” (1972, tradução nossa). O nível de crescimento da razão voltada para o bem não acompanhou o crescimento de sua força de super-homem e, “Por falta dessa razão, as conquistas da ciência e da tecnologia tornam-se, para ele, mais um perigo mortal do que uma bênção” (Schweitzer, 1972, tradução nossa). A percepção do autor pode ser exemplificada na sociedade neoliberal contemporânea, na qual o desequilíbrio entre os aspectos ético/moral e os aspectos técnicos subjuga o homem à máquina e ao Capital, ferindo-se com isso princípios basilares de humanidade, tais como os de dignidade, proteção, cuidado, responsabilidade ou liberdade.

Foi a esse cenário de endeusamento da ciência em detrimento do ser, bem como da própria natureza, que Potter reagiu. Não para colocar-se contra a ciência ou a tecnologia, mas para apresentar uma ética que servisse de “ponte” (como ele escolheu chamar) entre a ciência e as suas conquistas que trouxessem consequências para a saúde do homem e de seu planeta. A experiência rotineira de Potter e seus vários anos de dedicação a pesquisas sobre o câncer, tudo isso unido a seu interesse pela interação dos problemas ambientais às questões de saúde, parecem ter inspirado sua proposta de um conceito novo que unisse, sob um novo olhar e como uma ponte, a ética e a ciência. Assim, como observado por Zanella (2018), o próprio nome do conceito sugere, coincidindo com o propósito original de Potter, que a bioética não designaria a ética dos profissionais de saúde, mas a ética “da vida”.

Um momento de capital importância na história do reconhecimento da bioética como disciplina acadêmica iria ocorrer em 1974, durante uma catalogação assim descrita por Jungues em 1999:

Em 1974, a Biblioteca do Congresso dos Estados Unidos adota o termo bioética no cartão de identificação de assuntos-chaves. Cataloga o artigo de D. Callahan escrito em 1973 no primeiro número da revista *Hastings Center Studies* (hoje chamada *Hastings Center Report*): Bioethics as a discipline (Jungues, 1999, p. 17).

Essa conquista, entretanto, era apenas uma parcela de muitos caminhos que ainda teriam de ser abertos para a aceitação de uma bioética nos moldes sugeridos por Potter, sendo que passava a existir ainda, em contrapartida, forte reação contrária às ideias propostas pelo bioeticista.

### **1.1.2 REAÇÕES E CONTRARREAÇÕES ÀS PROPOSIÇÕES DE POTTER**

De acordo com Cunha (2017), parece ter havido desinteresse nos Estados Unidos por reedições do livro “Bioética: ponte para o futuro”, de Potter. A bioética hegemônica, explica Cunha, ignorou Potter por várias décadas em razão dos temas e propostas que esse autor abordava, temas esses que dão guarida à discussão sobre “conflitos éticos sensíveis ao discurso hegemônico das esferas científicas, políticas e religiosas” (Cunha, 2017, p. 2393) do país americano. Potter acreditava que a sobrevivência da humanidade estava em risco por ser ela incapaz de estruturar o conhecimento dentro de parâmetros éticos para o desenvolvimento civilizacional, afirma Cunha (2017). E, como prossegue, com isso, Potter violava aspectos intocáveis do discurso liberal dos americanos e do discurso conservador local. Tornava-se ele, dessa forma, uma figura inconveniente aos campos políticos proeminentes da cultura norte-americana. Também Reich (1994) contribui sobre o assunto afirmando que a ideia originária de Potter sobre a bioética parece ter sido considerada por alguns estudiosos dos Estados Unidos como uma nota histórica irrelevante.

Entretanto, não faltaram análises opostas e, conforme documentam Zanella, Sganzerla e Pessini (2019), essa visão americana acima exposta não é compartilhada por inúmeros pensadores de outros países, que têm valorizado as contribuições daquele bioeticista e promovido a bioética. Os três autores acima são enfáticos em afirmar que a visão bioética de Potter não apenas deve ser resgatada, mas promovida e ampliada pelo seu valor em relação à sobrevivência e o futuro da vida planetária. Lembrando que, mais do que por suas ideias, inspiradas em parte por autores como Aldo Leopold (1887-1948), Potter merece ser reconhecido por seus valores de responsabilidade pessoal, humildade, sabedoria, orientação e cidadania espiritual, conforme complementam Zanella, Sganzerla e Pessini (2019).

É inegável a existência de farta literatura – e de fácil acesso – sobre o pensamento de Potter e sua contribuição para a inauguração dos estudos bioéticos, bem como sobre a bioética em geral. Estudiosos têm procurado constantemente analisar o como e o porquê do aparecimento da bioética e, apenas a título de

exemplificação, tem-se o exame trazido por Jonsen (1998), que adota as perspectivas didática e cronológica, abordando questões da ética médica desde antes do aparecimento da bioética e discorrendo a seguir sobre os experimentos em seres humanos e o aparecimento das inovadoras tecnologias e avanços da biomedicina (com as difíceis escolhas sobre quem deve viver e quem deve morrer), fazendo, ainda, uma digressão sobre a influência sobre essas questões da parte dos teólogos, filósofos e comitês de bioética de cunho governamental.

Não menos importantes são contribuições como a de Gracia (2020) quando postula uma reconstrução do caminho percorrido pela bioética em mais de 50 anos de história e, acima de tudo, sobre o que a bioética virá a oferecer para o desenvolvimento do ser. É possível detectar, em estudos como esse, o acerto da percepção de Potter sobre o papel da bioética como conectora entre a biologia e os valores humanos e como verdadeira ciência da sobrevivência, sendo esse entendimento, entretanto, diferente daquele defendido e divulgado por André Hellegers do Kennedy Institute of Ethics, da Georgetown University em Washington, entidade que utilizou o termo “bioética” logo após seu aparecimento, enquadrando-o porém em um pensamento mais conservador, tradicional e originário no Juramento de Hipócrates, identificando a bioética como mera derivação do Juramento de Hipócrates e algo tão clássico como a antiga ética médica.

### **1.1.3 EVENTOS MARCANTES DO INÍCIO DA BIOÉTICA**

Em 1978, alguns acontecimentos foram marcas divisórias na trajetória da bioética.

- Primeiramente, ocorreu a publicação do Relatório Belmont trazendo orientações éticas para pesquisas biomédicas e comportamentais envolvendo seres humanos. Essa publicação teria forte repercussão pública ao delatar abusos em investigações científicas com grupos vulnerabilizados (negros pobres, idosos e crianças, principalmente). Como explica Cunha (2017) o fato estabeleceria a bioética como campo de discussão pública nessa área. Em sua análise do Relatório Belmont, diz Jungues (2009) que eram ali propostos três princípios éticos básicos para o envolvimento de seres humanos em pesquisa: autonomia, beneficência e justiça. Frutos da análise de casos, esses princípios iriam se tornar o núcleo inicial da bioética.
- No mesmo ano de 1978, era publicada a Encyclopedia of Bioethics e nela aparecia a definição de bioética patrocinada por Reich (1978, p. 116): “Bioética é o estudo

sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e a atenção à saúde, enquanto que esta conduta é examinada a luz dos princípios e valores morais.” A abrangência da bioética a partir dessa definição ficaria, portanto, restrita à área biomédica.

- No ano seguinte, 1979, o livro *Principles of Biomedical Ethics*, de Beauchamp e Childress (2001) solidificaria, no âmbito acadêmico, a identidade biomédica que perdura nos Estados Unidos até o presente e que não coincide com a proposição inicial de Potter em 1971 (Cunha, 2017). De acordo com Jungues (2009, p. 19) o livro poderia ser definido como “um discurso ético orientado por princípios que pretendem oferecer um esquema teórico para identificação, análise e solução dos problemas morais enfrentados pela medicina atual”. O texto passou a assumir o papel de manual normativo para o ensino da ética médica nos Estados Unidos, estabelecendo-se nele uma ética médica fundada nos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça e usando-se como pontos de partida, portanto, os mesmos três princípios propostos no relatório Belmont. A bioética praticada a partir de tal base seria conhecida então como bioética principialista. Em última análise, a intenção de Beauchamp e Childress era a de que as decisões clínicas fossem tomadas, a partir daí, com base naqueles quatro princípios, dois dos quais eram de ordem teleológica (beneficência e respeito à autonomia) e indicariam os fins para os quais os atos médicos deveriam se orientar, enquanto que os de ordem deontológica (não maleficência e justiça) orientariam o médico sobre quais seriam seus deveres no cuidado com o paciente (Moser; Soares, 2019).

Esclareça-se, sobre a origem dos termos que aqueles autores adotaram, que “autonomia” vem do francês *autonomie* e este do grego antigo *áutoc* (próprio, si mesmo) e *νομος* (lei, norma), para o sentido bioético de capacidade de se autogovernar sem restrições internas ou externa; “beneficência” vem do latim *bonum facere* ou *beneficentia* (ato ou virtude de fazer o bem), empregando-se na bioética como fazer o bem às pessoas envolvidas; “justiça” deriva-se de *justitia* (equidade, justeza), do latim, significando, na bioética, estar em conformidade com o direito e a virtude de dar a cada um aquilo que é seu e seria a distribuição justa e universalista dos benefícios trazidos pelos serviços de saúde; “não maleficência” seria uma composição dos termos latinos *non* (não) e *maleficium* (má ação, dano, prejuízo, malefício), sendo empregado na bioética para significar não ter a disposição ou tendência para fazer o mal (Autonomia, 2024; Beneficência, 2024; Justiça, 2024; MEC, 1956).

Em seguimento aos eventos descritos mais acima, a bioética conheceria, a partir da década de 1980, a uma fase de expansão e propagação pelos cinco continentes (GARRAFA, 2006b).

#### 1.1.4 EM RESPOSTA À BIOÉTICA PRINCIPIALISTA

A bioética principialista proposta em Beauchamp e Childress iria, posteriormente, receber críticas quanto à sustentação por seus pressupostos e, ainda, quanto a seu método, o qual não daria prioridade à particularidade do caso nem atenção suficiente às circunstâncias concretas, “porque tem como critério e ponto de partida o princípio, concebido na sua universalidade abstrata aplicada ao caso singular”, conforme colocado por Jungues (2009, p. 21). Além disso, uma bioética voltada apenas a soluções práticas de dilemas éticos de medicina, afastando-se da reflexão sobre questões sociais mais básicas, poderia tender “a justificar o *status quo* e ser um simples reflexo do ambiente cultural, perdendo o que é característico de qualquer reflexão ética: ser uma crítica dos costumes” (Jungues, 2009, p. 23).

Assim, a partir de 1990, com a bioética já em um caminho de consolidação fruto de seu reconhecimento internacional, viriam as primeiras críticas à bioética principialista pela sua base epistemológica anglo-saxônica (Garrafa, 2006b). Nessa revisão crítica, questionava-se a influência forte da cultura anglo-saxônica na composição de uma bioética que, calcada em quatro princípios, ligava-se primordialmente à área de biomedicina e à relação médico/paciente. Percebia-se a necessidade urgente de uma reestruturação da bioética.

A introdução e desenvolvimento de uma nova linha de trabalho vinha de uma sólida argumentação: “As similitudes e diferenças entre os vários modelos de trabalhar a bioética, levam-nos a uma conclusão inevitável: as dimensões morais da experiência humana não podem ser capturadas por uma única perspectiva” (Pessini; Barchifontaine, 1997, p. 38). Ressaltando o aspecto pluralístico da bioética, argumentam aqueles autores:

Promover e defender a vida no sentido mais amplo possível (humano, animal, ecológico e cósmico), cuidando da saúde humana, é a questão mais ecumênica que existe hoje numa realidade marcadamente pluralista. Neste sentido, a bioética é uma causa comum a todos – independentemente de cultura, raça, credo, ideologia, condição social – que amam viver e cultivar a esperança de um futuro melhor para a humanidade como um todo (Pessini; Barchifontaine, 1997, p. 11).

A convergência dos trabalhos era agora para as questões dos excluídos social e economicamente e para o problema das iniquidades sociais, também se trabalhando com as questões da preservação da natureza e seus seres. A nova fase que nascia propunha então outros princípios, tais como proteção, responsabilidade, alteridade, cuidado, precaução, prudência, prevenção, privacidade, solidariedade crítica, igualdade de interesses, para citar apenas alguns.

Graças ao empenho de bioeticistas latino-americanos e de outros países em desenvolvimento, chegou-se ao entendimento de que “nos países em desenvolvimento, os problemas de bioética mais importantes são aqueles que dizem respeito à justiça e distribuição dos recursos na área de saúde”, como bem resumido por Pessini e Barchifontaine (1997, p. 8), autores que trazem disso um exemplo:

[...] fala-se muito de morrer com dignidade no mundo desenvolvido. Aqui somos impelidos a proclamar a dignidade humana que garanta primeiramente um viver com dignidade (e não simplesmente uma sobrevivência sofrida) antes que um morrer digno (Pessini; Barchifontaine, 1997, p. 8).

Na América Latina, a questão da pobreza e exclusão social acompanhada de todas as suas consequências pede por uma bioética que não se restrinja a estudos de casos, mas que se volte para a realidade do contexto social das pessoas, valorizando, além disso, a cultura dessa parte do mundo. A bioética latino-americana, resumem Pessini e Barchifontaine (1997), assume um caráter perene e em constante reconstrução, o que é feito a partir dos fenômenos sociais, econômicos, políticos e culturais de cada agrupamento humano.

A questão da alocação de recursos e da presença dos serviços de saúde são itens essenciais no caso de países de Terceiro Mundo, mas não menos importante a se considerar são as diferenças entre os diversos povos. Assim, no caso da América Latina, requer-se que a bioética adote novas bases conceituais, e entre elas a de que o pensamento não é universal, pois existem diferenças culturais, sociais, políticas, religiosas etc., conforme explicado em Astraín (2008). Em continuidade, o autor fala do pluralismo moral, patenteadado pela existência de diversas visões morais para um mesmo assunto; a construção de conhecimentos a partir da multi-interdisciplinaridade; a característica de ser uma ética aplicada que busca respostas aos conflitos; o fato de serem buscados o pensamento complexo de Morin ou a totalidade concreta de Kosik quando das análises de conflitos; e ainda pela construção

de um discurso bioético estruturado na comunicação, linguagem, argumentação, coerência e a tolerância (Astraín, 2008).

A chamada bioética de intervenção (BI), atenta a todas as nuances acima descritas, aparece em 1990 no Brasil, criada no seio do então Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da Universidade de Brasília (1994-2005), posteriormente Cátedra Unesco de Bioética (2005) e Programa de Pós-Graduação em Bioética (2008). Vem conexa à Saúde Pública e sob os efeitos da Reforma Sanitária, estando as questões sanitárias e ambientais entre suas reflexões críticas. A BI situa-se como contraponto à bioética principialista (Maia, 2023) e traz aos bioeticistas a proposição de um exercício e empenho por meio da *prevenção* ante ações e/ou danos e iatrogenias; da *precaução* diante dos fenômenos desconhecidos; da *prudência* ante os avanços tecnológicos; e, principalmente, da *proteção* aos mais frágeis e desassistidos, compondo o que foi denominado Quatro Pês, parte integrante da BI (Garrafa, 2005a).

#### **1.1.5 – NOVOS E MARCANTES RUMOS DA BIOÉTICA**

A partir de 1998, com o início do 4º Congresso Mundial de Bioética, em Tóquio, o novo rumo que a bioética estava tomando tornou-se mais claro. Em 2002 viria o 6º Congresso Mundial de Bioética, em Brasília, trazendo como temas A “Bioética Global” e “Bioética, Poder, Injustiça”. Estava em curso o que Garrafa (2006b) definiria como uma fase de revisão e ampliação da bioética.

Em 19 de outubro de 2005, durante a 33ª Conferência Geral da Unesco, em Paris, o grande marco e impulso para os novos rumos da bioética ficariam consolidados no momento em que a DUBDH foi aprovada. Por aclamação, o texto da DUBDH teve o referendo dos representantes dos 191 países integrantes da Unesco. Encerrava-se ali o percurso de construção da versão final da DUBDH, um percurso que, conforme narra Garrafa (2006a, p. 9), “foi longo e penoso, entre avanços e retrocessos”, sob a coordenação do International Bioethics Committee (IBC) da Unesco.

Estavam agora incorporados à agenda bioética do século XXI, em sequência aos temas bioéticos e biotecnológicos já ali existentes, “questões sanitárias, sociais e ambientais, de grande interesse para as nações pobres e/ou em desenvolvimento”, o que significou que “a luta dos países latino-americanos, secundada pela quase

totalidade das nações africanas e pela Índia, além de alguns países árabes, politizou definitivamente a agenda bioética internacional” (Garrafa, 2006a, p. 10).

### 1.1.6 – A SEMENTE MILENAR DA BIOÉTICA

Quando se fala que a bioética surgiu com Potter, ou mesmo com Jahr, isso não significa que a ética da vida seja uma novidade, mas, sim, que seus princípios (iniciais ou posteriores) foram fundamentados e sistematizados na disciplina da bioética. Na verdade, alguns dos princípios da bioética são tão antigos quanto a humanidade. Exemplificando, observa-se que o juramento de Hipócrates já denotava uma preocupação ética que se correlaciona com alguns princípios bioéticos atuais, como os da beneficência, não maleficência e confidencialidade. De seu texto, tem-se:

Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. [...] Aquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto (CREMESP, [entre 2017 e 2023]).

Também na medicina ayurvédica detectam-se princípios bioéticos. No livro Charak Samhita, 800 a.C, encontra-se: “[...] dia e noite com todo o teu coração e tua alma te empenharás para aliviar o sofrimento dos pacientes” (Ayurveda, 2008).

Da medicina chinesa tem-se outro exemplo: “Quando um sábio trata um paciente, sempre se enfatiza a precaução, e frequentemente usa medidas preventivas para apaziguar os distúrbios. Se a doença for tratada após ter sido formada, ao se tentar apaziguar o distúrbio após este tomar forma, será muito tarde” (Wang, 2001, p. 35).

Dentre os mais antigos códigos a que se teve acesso até agora, está o Código de Manu (Manusmriti). Foi ele escrito mais de 200 anos antes de Cristo e mostra que, mesmo em época tão longínqua, já existia um juramento, um compromisso final a ser assumido pelo estudante das atividades hoje correspondentes à medicina. Sobre esse juramento, tem-se que:

A conduta dos cultivadores da medicina tinha que estar em consonância com os mais altos ideais da vida pessoal e profissional. Também a aparência, o trajar, a fala e os modos deviam estar acima de qualquer censura. Por isso, o estudante que desejava ser aprendiz de um professor da casta superior tinha que apresentar provas de boa conduta moral, de um parentesco satisfatório, e possuir os mesmos atributos que o médico ideal (Lyons; Petrucelli, 1997, p. 117).

Observem-se, na citação acima, as semelhanças com o juramento de Hipócrates:

Dedica-te por inteiro a ajudar ao enfermo, mesmo à custa de tua própria vida. Nunca agraves o enfermo, nem sequer com o pensamento. Esforça-te sempre em aperfeiçoar teus conhecimentos. [...] O médico observará todas as normas do bem trajar e da boa conduta. [...] Fora da casa do paciente, não falará do que tem ocorrido em seu interior (CREMESP, [entre 2017 e 2023]).

Os aspectos da prevenção e da precaução, presentes no campo da bioética, eram a base da medicina chinesa e associados ao taoísmo. Sobre essa prevenção das enfermidades, Lyons e Petrucelli (1997, p. 121) citam Huang Ti, lendário pai da medicina chinesa: “o melhor médico é o que ajuda antes que surja a doença”.

O pluralismo é outra característica apoiada na bioética que já aparecia na primitiva filosofia chinesa, na qual “havia uma tendência para a aceitação e combinação dos aspectos de todas as religiões, com a finalidade de abrir espaço para novas ideias” (Lyons; Petrucelli, 1997, p. 121).

Ainda o aspecto bioético da justiça social e a beneficência na área médica surpreendem por sua amplitude na China antiga. Narram Lyons e Petrucelli (1997, p. 139) que a assistência médica parece ter sido constante e que, após o avanço do budismo (dinastias Han e Tang), eram numerosos os hospitais onde atendiam sacerdotes. Quando, no século IX, os governantes opositores do budismo assumiram, cerca de 4.600 templos e hospitais foram destruído ou evacuados. Já no século XII, entretanto, tão numerosos eram os hospitais que quase todos os distritos tinham pelo menos um local para atendimento de saúde às custas dos impostos recolhidos. Observam, finalmente, Lyons e Petrucelli que as classes altas eram geralmente atendidas em suas próprias residências, enquanto que os pobres ou os mais desvalidos podiam, sempre que necessitassem, procurar os hospitais.

Trabalhando na conexão do conhecimento milenar e a contemporaneidade, Goody (2008) contribui com o rastreamento de várias apropriações, por parte dos europeus, tanto de ideias como de invenções do Oriente, além da subtração da própria invenção da noção de “Antiguidade”, expondo também o roubo (usando aqui o termo escolhido pelo autor) das conquistas de outras culturas e de suas ideias de instituição, cidades e universidades, de Capitalismo e de civilização, humanismo e democracia.

Se os princípios bioéticos são antigos como a humanidade, o interesse pela bioética como disciplina/ciência é, entretanto, um fenômeno da cultura contemporânea

que, revelando a existência de uma busca de mudança nos paradigmas vigentes e nas condições de vida, chama cada vez mais a atenção e pede por um estudo mais profundo ou por uma releitura da ética e da moral (Salles, 2009).

### **1.1.7 O ALCANCE DA BIOÉTICA**

A bioética hoje não pode ser vista como isolada de outras disciplinas, não só posicionando-se de maneira interdisciplinar e multidisciplinar como também transdisciplinar. Mescla-se, portanto, “a outras áreas de estudo voltadas para a problemática da vida em qualquer de seus aspectos”, podendo-se mencionar “de modo especial, o contato direto da bioética com a medicina, a enfermagem, a fisioterapia, a biologia, a filosofia e o direito” e observando-se ainda que “mesmo que indiretamente, quase todas as disciplinas deixam-se tocar pela bioética” (Salles, 2009, p. 1).

Os princípios da bioética, cabe deixar claro, servem como referenciais para questionamentos e reflexões de juízo moral, o que significa que esses princípios podem ser comuns a duas ou mais disciplinas. Ocorre, portanto, que, como fruto desses questionamentos e reflexões, a bioética adquira em certos casos uma feição normativa, “servindo de indicador para conflitos nas áreas médica, tecnológica, política e empresarial, ou na sociedade de uma maneira geral” (Salles, 2009, p. 1). É essa sua feição inter, multi e transdisciplinar que permite à bioética ser moldada por profissionais de áreas diversas e que, dentro da sociedade, haja a participação de todos os interessados. Segundo Salles (2009, p. 1), “esse é o aspecto mais engrandecedor e positivo da bioética”. Pode-se ousar dizer, finalmente, que esse se revela como um aspecto precioso da bioética, pois dispõe-se então como instrumento de esclarecimento àqueles que desejam participar de mudanças sociais ou planetárias, mas que não querem agir com base em imposições doutrinárias religiosas ou governamentais.

A estruturação e sistematização da bioética no momento atual compõem uma oportunidade de mudança para a implementação de uma sociedade mais justa, equânime e solidária, uma forma de concretizar um caminho que descontinue uma sociedade em que os valores sejam esparsos e pontuais como eram na Antiguidade. A bioética está-se efetivando como uma importante mudança de paradigma, tal como se assistiu com Freud com a psicanálise e sua conceituação de inconsciente, retirando

do aspecto consciente do homem sua primazia absoluta; com Karl Marx pela sua conceituação de mais valia, retirando os véus ideológicos do Capitalismo; com Galileu retirando a Terra e seus orgulhosos habitantes do centro do universo; bem como com Darwin retirando a fé religiosa dos processos naturalísticos da evolução.

Pela suma importância, portanto, da bioética e das vacinas no plano da Saúde Pública, esses dois tópicos constituirão os pilares da base teórica desta tese em seu estudo dos percalços encontrados para a vacinação da população durante a pandemia da COVID-19.

## **1.2 – AS VACINAS**

Embora possam ser consideradas cientificamente como um valioso auxílio na manutenção da saúde do ser humano, as vacinas, aqui apresentadas e analisadas em muitos de seus aspectos e benefícios, estão perdendo parte de seu *status* na prevenção das doenças transmissíveis, por diversos motivos, entre os quais a presença dos movimentos antivacinais. As razões que têm levado à diminuição da cobertura vacinal serão focalizadas sob a ótica da bioética com o esteio da BI e da DUBDH.

### **1.2.1 – VACINAS E IMUNIZAÇÃO**

#### **Composição e desenvolvimento das vacinas**

Para a pesquisa de dados técnicos referentes à composição das vacinas, seus efeitos adversos, bem como outras informações ligadas ao tema da vacinação, foram buscados dados técnicos apresentados por Fernandes *et al.* (2021), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Segundo esses autores, a compreensão do modo de ação das vacinas é importante “para prever sua eficácia, o perfil de segurança e o benefício esperado para os indivíduos vacinados e para a população em geral” (p. 31).

A imunização pode ser classificada em: ativa natural (quando induzida por agentes infecciosos); ativa artificial (quando induzida por vacinação); passiva natural (decorrente da passagem de anticorpos pela via transplacentária ou pela amamentação); e passiva artificial (quando obtida pela administração de soro imune). A de maior interesse neste estudo será a imunização ativa artificial pela vacinação. Alguns fatores determinam o tipo de vacina a ser escolhida. Há de se verificar o nível

de proteção e o modo de ação que se espera da vacina; as características do patógeno ou da doença; qual a população que receberá a vacina; e qual a estratégia a ser empregada para erradicação da doença.

Atualmente, as vacinas principais são constituídas pelos seus próprios micro-organismos (bactérias e vírus) ou por parte deles. Esses micro-organismos são reconhecidos como antígenos, que são variados e auxiliam na classificação de estratégias para uma imunização, podendo ocorrer a combinação de múltiplos antígenos em uma única vacina.

Classificam-se as vacinas em atenuadas, inativadas, de subunidades, conjugadas e toxoides.

#### a) Vacinas atenuadas

Contêm vírus ou bactérias alterados ou selecionados para serem menos virulentos do que sua forma natural (selvagem). Para sua obtenção, o método mais comum é por passagens sucessivas *in vitro* do vírus em culturas de células ou em animais de laboratórios. Também podem ser obtidas pelo cultivo e passagens do agente infeccioso em temperaturas mais baixas (por exemplo, a 25°C). Vacinas atenuadas têm limitações: após a vacinação, a pessoa pode adoecer apresentando evolução semelhante à infecção natural da doença; são frequentemente contraindicadas para indivíduos imunocomprometidos cujo sistema imunológico é deficiente ou suprimido (Fernandes *et al.* 2021; p. 35). Também são contraindicadas, em geral, durante a gravidez.

#### b) Vacinas inativadas

Não contêm agentes infecciosos ativos, não sendo, por conseguinte, capazes de infectar o hospedeiro e causar a doença. Têm bom perfil de segurança até mesmo em pessoas imunocomprometidas. Como desvantagem, sua imunogenicidade e duração da proteção tendem a ser mais breves que as vacinas atenuadas. Podem conter patógenos inteiros inativados por calor, radiação ou produtos químicos, como formalina ou formaldeído (Fernandes *et al.*, 2021, p. 36).

#### c) Vacinas de subunidades

Contêm fragmentos selecionados do patógeno, que podem ser proteínas ou polissacarídeos. Em geral causam menos efeitos adversos do que as vacinas feitas a partir de patógenos inteiros. Podem, entretanto, ser menos imunogênicas por conter menor quantidade de antígenos (Fernandes *et al.*, 2021 p. 37).

#### d) Vacinas conjugadas

São conhecidas como vacinas de polissacarídeos conjugados, sendo produzidas pela ligação química a uma proteína transportadora, daí resultando que envolvem maior complexidade em sua produção (Fernandes *et al.*, 2021; p. 39). Faz-se aqui um parêntese na classificação das vacinas apresentada pela Fiocruz na obra aqui tomada como referência, lembrando que a produção de vacinas conjugadas é inviável em países periféricos. Um dos motivos é a falta de condições tecnológicas para tal. Outro motivo foi exemplificado no Brasil, onde grandes instituições biotecnológicas (bem como boa parte do parque industrial) foram desativadas por efeito do avanço neoliberal no país.

#### e) Vacinas toxoides

Algumas bactérias, como *Clostridium tetani*, *Clostridium difficile* ou *Corynebacterium diphtheriae* causam doenças por meio da liberação de toxinas. Contra essas doenças, são produzidas vacinas que têm como base aquelas toxinas, que são inativadas pelo calor, por produtos químicos (por exemplo, formaldeído) ou por ambos.

#### • Outros constituintes da vacina

A vacina é produzida com uma variedade de compostos. Além dos antígenos, já mencionados, podem ser encontrados na composição outros componentes em pequenas proporções e com diferentes propósitos, chamados de “adjuvantes”, ou seja, que constituem substâncias capazes de melhorar e modular a homogeneidade durante a resposta adaptativa. Sobre esses elementos “adjuvantes”, cabe acrescentar as informações de Nogueira (2011), que aponta que os mesmos são também usados pelas indústrias farmacêuticas para redução do custo econômico dos medicamentos que fabricam, pois seu uso permite que menor quantidade de antígeno (mais caro) seja usada em cada dose. Trata-se, mais uma vez, de uma questão de interferência

do processo econômico em detrimento da segurança completa do ser humano no processo vacinal.

Existem na composição das vacinas, ainda, as substâncias chamadas: “estabilizantes” – geralmente açúcares e aminoácidos - que mantêm a efetividade, qualidade e segurança da vacina no período de armazenamento; e as “conservantes”, que impedem o crescimento de micro-organismos – como fungos e bactérias – que garantem a qualidade e segurança da vacina durante as fases de produção e armazenamento.

Cabe acrescentar, novamente, a existência de uma diretriz econômica presente no processo. As substâncias “conservantes”, acima referidas, são usadas para prevenir a contaminação bacteriológica e fúngica nas apresentações multidoses, já que fabricar vacinas em monodoses significaria a necessidade de extenso número de embalagens, criando-se ainda problemas adicionais de armazenamento, conservação e transporte até os locais de sua aplicação, o que tornaria as vacinas mais onerosas (Orenstein, 2013).

Não se pode deixar de mencionar, ainda, a presença de outros componentes que entram na constituição das vacinas e que são os vestígios residuais ou traços de materiais utilizados durante o processo de fabricação e removidos. Cabe aqui novo parêntese para recordar que a presença desses três últimos constituintes nas vacinas é usada pelos movimentos antivacinais como referência quando, apontando falhas da vacinação, argumentam que tais componentes podem ser prejudiciais ao organismo humano e que não são bem detalhados ou especificados na composição das vacinas, como seriam os casos do etilmercúrio, dos antibióticos, dos sais de alumínio e o formaldeído.

No desenvolvimento da vacina contra uma determinada doença, pode ser usado o próprio agente agressor em uma forma atenuada ou morta, ou pode ser usado um novo agente que seja similar àquele que causa a doença em pauta. Nesses casos, em sua composição entrarão componentes antigênicos que serão os responsáveis pela formação de anticorpos. Dependendo da forma como esses componentes se apresentam, existirão as vacinas bacterianas e virais, as vacinas de antígenos purificados, as vacinas de antígenos sintéticos e vetores vitais vivos (Brasil-Ministério, 2014).

Em adição ao agente imunizante, a vacina usualmente possui um líquido de suspensão, agentes conservantes, agentes estabilizadores, antibióticos e substâncias

adjuvantes, cuja quantidade será determinada de acordo com a especificidade de cada vacina. Como já dito anteriormente, existem poucas informações científicas sobre esses acréscimos de produtos não antigênicos e sua provável ação deletéria sobre o corpo humano a médio ou longo prazo. Nesse sentido, é necessário, reforçar que tal fato tem sido usado nas críticas levantadas pelos grupos integrantes de movimentos antivacinais, sendo desejável que os laboratórios revisem essa prática, trazendo mais informações e transparência.

Em função de seu uso, faz-se uma distinção entre vacinas de necessidade médica e vacinas de necessidade prática. No primeiro caso estão as vacinas que representam o único procedimento viável e eficaz contra determinada doença, como, por exemplo, em situações de ebola, sarampo ou febre amarela. As vacinas são consideradas de necessidade prática quando já existem alternativas práticas contra a manifestação de doenças, como acontece, por exemplo, no caso de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, situação na qual a pessoa pode se proteger de outras formas (como o sexo seguro). Nessa segunda distinção de vacinas, elas não são tornadas obrigatórias.

- **Produção, armazenamento e distribuição de vacinas**

Após a criação do PNI em 1973 com o objetivo de coordenar ações conduzidas dentro de programas especiais (erradicação da varíola, controle da tuberculose), reconheceu-se a necessidade de uma central para recebimento, armazenagem e distribuição de imunobiológicos aos Estados, sendo então criada, em 1982, a Cenadi, Central Nacional de Armazenagem e Distribuição de Imunobiológicos (Brasil-Ministério, 2001).

Considerando que os imunobiológicos são produtos termolábeis, a Cenadi participaria então da elaboração dos treinamentos em Rede de Frio, o processo de armazenamento, conservação, manipulação, distribuição e transporte dos imunobiológicos do PNI. Dessa forma, procurava-se garantir que os imunobiológicos, sendo produtos termolábeis, mantivessem suas características iniciais e a condição de conferir imunidade, estando asseguradas as condições adequadas de refrigeração desde sua produção em laboratório até o momento de administração da vacina. A atuação da Cenadi, portanto, ao garantir que os imunobiológicos chegassem às unidades de saúde em condições ideais preservadas pela cadeia de frio e dentro dos padrões de qualidade exigidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária

(ANVISA), foi considerada efetiva e essencial para o sucesso dos programas de imunização do Brasil, tanto em referência à prevenção de doenças como à promoção da saúde da população.

Entretanto, após 22 anos de atividades, a Cenadi seria extinta pelo Ministro da Saúde na gestão do presidente Michel Temer, em 2018, mesmo sob o protesto de inúmeros servidores públicos, já que a Cenadi possuía tecnologia de ponta e perda quase zero de vacinas no transporte, além de ser composta por técnicos altamente qualificados pela Fiocruz (Bertoni, 2023). A partir de 2019, a responsabilidade pelo armazenamento, controle e distribuição das vacinas sairia do Ministério da Saúde e passaria a uma empresa terceirizada, a VTCLog, do grupo Voetur, que, entre outras atividades, negocia com pacotes de viagens e de cruzeiros. A empresa, durante as investigações promovidas pela CPI da COVID, tem sido citada em vários supostos esquemas de corrupção que têm o envolvimento de servidores da Saúde e políticos (Bertoni, 2023).

- 
- **Efeitos adversos das vacinas**

É inegável o impacto positivo que as vacinas têm na qualidade de vida e na longevidade das sociedades modernas. Na atualidade, as vacinas não apenas representam um nítido avanço na melhoria e no prolongamento da vida média das populações, como se constituem em uma das formas mais efetivas de políticas públicas na área de saúde, já que, além de promoverem ótimo controle e prevenção das doenças, são vantajosas da perspectiva de custo e benefício (Fernandes *et al.*, 2021). Entretanto, é sabido que as vacinas não são cem por cento seguras e eficazes, podendo, além dos benefícios, trazerem algum tipo de risco cujas consequências nem sempre são conhecidas por completo. Por essa razão é que um dos princípios de referência da bioética clínica é exatamente o Princípio do Benefício e Dano, uma vez que todo benefício resultante de alguma ação clínica, fatalmente resulta em algum dano embora geralmente de menor monta. Por isso, questões éticas relativas ao uso por imposição ou obrigatoriedade da vacina surgem em praticamente todo seu histórico de desenvolvimento e vão merecer discussão no próximo tópico, sendo antes necessário explorar alguns conhecimentos a respeito dos mencionados efeitos adversos.

Mesmo tendo como objetivo primeiro provocar uma reação benéfica no sistema imunológico para promover a proteção a uma doença, a experiência vem mostrando

que uma vacina pode gerar o denominado “Evento Adverso Pós-Vacinação” (EAPV), correspondendo em geral a efeitos comuns e inofensivos, ou também efeitos mais visíveis e moderados, ou ainda, em minoria, severos e potencialmente perigosos à vida. (Lessa, 2013, p. 33).

Entre os sintomas que podem indicar um EAPV estão, por exemplo, febre, edema ou dor no local da aplicação da vacina (eventos esperados), convulsões febris, episódio hipotênico-hiporresponsivo, choque anafilático e óbito (eventos mais graves). Os eventos inesperados e ainda não conhecidos ocorrem, na maior parte das vezes, com vacinas de uso recente. A administração incorreta da vacina, um erro na dosagem, a escolha de um local inadequado para sua aplicação ou a desconsideração das contraindicações para o uso da vacina (alergia a seus componentes e imunodeficiência, entre outros) são alguns dos fatores que podem produzir o EAPV. Especial atenção deve ser dada nos casos de eventos adversos decorrentes de depressão imunológica e nos eventos adversos por hipersensibilidade, ligados às chamadas reações adversas (Brito, 2000).

Em pesquisa sobre eventos adversos pós-vacinação, Lessa (2013) reúne vários casos, alguns dos quais são aqui reproduzidos de forma sintética:

- Doses de mercúrio, componente ainda utilizado em países periféricos/pobres como conservante devido seu baixo custo comparativamente a outros conservantes, continuam sendo recebidas por substancial quantidade de crianças no mundo inteiro por meio das vacinas (Marquess *et al.*, 2008). A preocupação com tal risco fez com que países como Hungria, Japão, Holanda, Suécia, Suíça, Inglaterra e Chile, entre outros, deixassem de utilizar a vacina de Hepatite B em seus calendários de vacinação infantil (UNICEF, 2010).

- No caso de vacinas contendo timerosal (VCT), componente químico que contém mercúrio em sua composição, os possíveis efeitos no sistema nervoso podem ser tardios, aparecendo somente após vários anos da inoculação. A administração de todas as VCTs do calendário de vacinação infantil, conforme esclarece Dórea (2010), pode expor recém-nascidos e crianças a níveis de mercúrio acima do limite máximo recomendado pela OMS. Diante da pressão referente a controle e prevenção de doenças infecciosas, continua o autor, haverá continuidade de VCT em recém-nascidos e crianças, ao menos nos países menos desenvolvidos, sendo o principal argumento para isso a falta de tecnologia e de recursos para produzir quantidades suficientes de vacinas livres de timerosal para todas as crianças. A essa preocupante

informação, cabe apontar aqui novamente a presença do problema econômico diferenciando os países periféricos dos países centrais.

- O alumínio, que também entra na composição de algumas vacinas, pode ter um papel na questão de efeitos adversos, principalmente em relação a crianças quando estas recebem várias doses de vacina após o nascimento (Keith; Jones; Chou, 2002).

- Já o dextrano, no papel de estabilizante, foi ligado a episódios de urticária e angioedema (Ponvert; Scheinmann, 2003; Bohlke *et al.*, 2003).

Sobre intercorrências como as exemplificadas acima, cabe trazer a observação de que, quando em seu artigo 24 a DUBDH diz:

#### **Artigo 24 – Cooperação Internacional**

.....

b) Ao abrigo da cooperação internacional, os Estados devem promover a cooperação cultural e científica e estabelecer acordos bilaterais e multilaterais que possibilitem aos países em desenvolvimento construir capacidade de participação na geração e compartilhamento do conhecimento científico, do *know-how* relacionado e dos benefícios decorrentes (UNESCO-DUBDH, 2005).

está sendo indicado no texto um caminho para que, pela atualização e compartilhamento de conhecimentos entre todos, as intercorrências como as citadas acima no campo do desenvolvimento das vacinas possam ser evitadas ou minimizadas.

#### **• Vacinação em situações especiais**

Há imunobiológicos especiais produzidos para aquela parcela da população que não pode receber as vacinas previstas no PNI em razão de alguma imunodeficiência (nos casos de, por exemplo, infecção pelo HIV, doenças oncológicas e em pessoas que receberam transplantes), da existência de hipersensibilidade ou, ainda, da ocorrência de efeitos adversos graves após o uso de vacinas.

Casos de anafilaxia configuram-se como eventos raros, mas devem ser considerados na hipótese de a pessoa ter apresentado uma sensibilização prévia a um componente heterólogo da vacina, tais como ovo (presente nas vacinas preparadas a partir de vírus cultivados em ovos embrionados, como a da febre amarela); antibióticos (particularmente a neomicina, presente em algumas vacinas, como a vacina contra gripe); e conservantes e estabilizantes (como o timerosal, por

exemplo, presente na vacina tríplice bacteriana acelular contra a difteria, tétano e coqueluche, a DTP, e na vacina para a hepatite B).

- **A importância da imunização pelas vacinas**

A vacinação é um exemplo claro de aplicação do princípio da beneficência e da justiça social ao promover a diminuição da morbimortalidade e auxiliar no controle e erradicação de muitas enfermidades. Outro aspecto a ser considerado nos processos vacinais é pontuado por Rothbarth (2018), autor que considera fundamental que, durante tais processos, seja levado em consideração o aspecto vacinal do indivíduo, devendo ser incluídas nesses casos orientações sobre uma possível complementação ou sobre a iniciação de um esquema vacinal adaptado à idade do mesmo. Trata-se da consideração prevista pelo princípio da prudência, proposto pela BI, e igualmente presente apresentado no capítulo Princípio, da DUBDH:

**Artigo 8 – Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual**

A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada (UNESCO-DUBDH, 2005).

Pode-se então definir o verbo “imunizar” como o processo de capacitar um organismo a identificar e eliminar organismos estranhos a ele, ou, dito de outra forma, caberia às vacinas o papel de “ensinar” o sistema imunológico do corpo a identificar agentes agressores que podem provocar doenças e, ainda, para produzir anticorpos que combatam esses agressores (Rothbarth, 2018).

O procedimento da vacinação de pessoas saudáveis contra enfermidades está entre as principais ações sanitárias de prevenção e mesmo erradicação de muitas doenças, sendo seu efeito individual ou coletivo, dependendo da doença que se procura evitar. Embora a vacinação tenha se tornado, com o tempo, parte integrante dos cuidados de saúde que acompanham o indivíduo desde o início da vida (bastando lembrar as diversas vacinas tomadas já no período da infância, como aquelas contra sarampo, coqueluche, paralisia infantil etc.), o uso da vacina continua sendo uma das principais formas de prevenção primária de certas doenças conexas a certas faixas etárias ou a certas regiões geográficas.

Mesmo podendo ser vistas como um procedimento já tradicional, continuam exigindo alta responsabilidade dos profissionais de saúde que a manuseiam e aplicam, dos que cuidam de seu transporte ou acondicionamento e dos que as fabricam, sem falar da seriedade das pesquisas para sua descoberta. Diante disso, torna-se atitude imperativa que todos os profissionais envolvidos no processo de vacinação sigam à risca os princípios bioéticos da prudência e da precaução conforme postulados pela bioética e pelo artigo 8 da DUBDH já acima apresentado.

Há uma diferença entre erradicar e eliminar doenças contagiosas, que é necessário ser pontuado. Erradicação consiste na redução para zero e permanentemente da incidência mundial de uma infecção causada por agente específico, como resultado de esforços deliberados (Doherty *et al.*, 2016). A eliminação, por sua vez, consiste na redução para zero causada por um agente específico em uma área geográfica definida, resultante de esforços contínuos e deliberados (Smith, 2010), o que significa que a eliminação pode ser temporária e que a doença pode ressurgir.

Quando o objetivo é a erradicação de uma doença e é praticada a imunização coletiva, isso não implica em que cem por cento do grupo focalizado precise ser imunizado para se chegar ao que é chamado de efeito protetor do rebanho, ou imunização de rebanho (Smith, 2010), efeito criticado por alguns pesquisadores como Quammen (2022), que veem a possibilidade de haver vírus em mutação entre as pessoas não vacinadas e assintomáticas, o que poderia significar um aumento considerável do número de óbitos.

Um aprendizado que se tornou essencial para todos os governos e administradores da questão sanitária diz respeito ao momento em que uma epidemia pode ser dada como terminada, sendo também útil que seja passada para a população uma noção desse conhecimento, de modo a esclarecer até quando e em que extensão devem perseverar determinados cuidados sanitários. Uma epidemia termina quando não há mais pessoas susceptíveis de serem atingidas pelo vírus que causa determinada doença (no caso recente, a COVID-19), ou, dito de outra forma, quando o vírus só encontra pessoas que já se infectaram e desenvolveram anticorpos, de forma natural ou por meio de vacinas. Não é preciso que toda a população já esteja imune para que aconteça o final do surto, mas apenas parte da população. Para o estudo mais aprofundado, trabalha-se com o chamado “número básico de reprodução”, o RO, como explica Ujvari (2020, p. 307).

O que o autor acima refere, aqui de forma simplificada, é que o RO seria o número de pessoas saudáveis a serem infectadas por uma única pessoa já doente e transmitindo o vírus. Dando como exemplo, o sarampo tem um RO próximo de 20, significando que uma pessoa infectada poderia infectar outras 20 pessoas saudáveis se não houvesse a adequada vacina. Esse RO é considerado muito alto, sendo o sarampo a doença mais contagiosa no nosso meio. O RO serve ainda para calcular a quantidade de população que estaria imune para que o vírus parasse de circular, o que é obtido pela fórmula  $1-1/RO$ . Essa fórmula, no caso do sarampo, resulta em 0,95, valor que significa que será interrompida a continuidade do surto quando 95% da população possuir anticorpos, sejam estes produzidos pela própria doença ou pela vacina. Isso esclarece por que o PNI teve como meta vacinar 95% das crianças contra o sarampo.

Em relação à COVID-19, o RO proposto pelos cientistas no momento varia entre 2 e 4, e isso significa que, da perspectiva de um patamar cauteloso, será necessário que aproximadamente 75% da população brasileira tenha sido infectada ou vacinada para que se chegue ao término da epidemia no país, isso sem considerar possíveis variantes para as quais as vacinas não sejam efetivas. A porcentagem de vacinados um ano após o início da pandemia no Brasil era de 1,75% (primeira e segunda doses). Não pôde ser apresentado, no primeiro ano da pandemia, o número de infectados que não desenvolveram sintomas ou que desenvolveram apenas sintomas leves, já que os testes de confirmação de infecção não foram generalizados. Portanto, ficará difícil saber com precisão quando o Brasil atingirá o nível de imunidade coletiva, ou se ficará estacionado num platô de novos casos com períodos intermitentes de manifestação da doença, com o aparecimento de novas cepas, o que vai caracterizar a presença de uma nova doença endêmica no país.

- **Epidemias e pandemias**

Epidemias não são fatos novos na história e, em muitas delas, a gravidade da ocorrência foi escondida de início por diferentes governos, que minimizaram sua gravidade sob a alegação de se evitar o pânico na população (Ujvari, 2020). Ao mesmo tempo, essa é ainda uma forma que os governantes acham de manter o comércio funcionando, o que dá à vida um falso aspecto de normalidade. Em outros casos, é a própria população que coloca em dúvida os perigos anunciados, como no caso da gripe espanhola em território brasileiro, quando algumas pessoas ou

segmentos sociais também acharam que estava havendo exagero por parte dos governos em relação à gravidade da doença. No âmbito de diversos países, a situação não foi muito diferente em relação à COVID-19 após a OMS ter recebido um alerta, em dezembro de 2019, sobre uma nova doença que se instalava de forma epidêmica no interior da China e tendo características indicativas de se tornar uma pandemia.

No livro em que relata a história da epidemia da COVID-19, Ujvari (2020) afirma que as epidemias quase sempre se relacionam com alguma mudança ambiental envolvendo animais e destruição da natureza e com questões sanitárias, tendo Paula (2021) apontado também uma relação entre guerras e epidemias. Na sua interpretação sobre a possível origem da doença, o pesquisador Ujvari ressalta que, mais uma vez, a mão humana privilegiaria micro-organismos em condições de epidemia no mercado da cidade chinesa de Wuhan, abrindo as portas para vírus selvagens vindo de locais distantes, o que o autor explica pelas condições de funcionamento do referido mercado. Ali não eram vendidos apenas frutos do mar. O lugar era um amontoado de gansos, galinhas, pombos, perus, pavões, ouriços, sapos, cisnes, faisões, serpentes, morcegos, coelhos e diversos tipos de moluscos e centopeias. Em espaços contíguos, eram vendidos veados, cabras, gatos selvagens e camelos. Como especifica o autor, na realidade aquele era um mundo de excrementos e secreções carregado de micro-organismos confraternizando-se pelo chão junto a inúmeros vírus mutantes.

Pouco tempo após o relato sobre a presença do vírus nesse local, a OMS já declarava a COVID-19 como emergência de saúde internacional, afirmando que o mesmo vírus já circulava em 18 países e que sua transmissão podia ser feita por indivíduos saudáveis e antes que apresentassem sintomas, também alertando que um quinto dos infectados não apresentaria sintomas, mas seriam ainda transmissores do vírus. Em 11 de março de 2020, a OMS declararia, enfim, a existência de uma pandemia (Osterholm; Olshaker, 2020).

As condições de proliferação de micro-organismos detectada no mercado de Wuhan têm chamado a atenção de pesquisadores sobre a necessidade de se procurar a fundo as circunstâncias ligadas à causa primeira dessa situação desastrosa da pandemia que trouxe e continua trazendo como consequência a morte de pessoas em número muito alto. Situações semelhantes ocorridas no decorrer da história mostram que nem sempre o caminho retrospectivo dessas situações é devidamente

investigado, ou, se investigado, nem sempre seus resultados são divulgados, já que a transparência pode não interessar às classes dirigentes.

Exemplificando, o caso de Wuhan traz à memória circunstâncias existentes no período da gripe espanhola, que, embora iniciando-se na América com poucos casos conhecidos, alastrou-se na Europa durante a Primeira Guerra Mundial, o que leva a questionar se o catalizador do início desta epidemia teria sido a existência das trincheiras de guerra onde corpos de soldados mortos ficavam apodrecendo. Faltava igualmente a necessária higiene para os soldados vivos que tinham de viver às vezes por semanas e até meses amontoados dentro dessas trincheiras insalubres. Eram espaços de cerca de 2,30m de profundidade por 2m de largura servindo como casa para os soldados, que ali estavam sujeitos a sol, chuva ou neve e vivenciando ataques inesperados e mortes repentinas. As refeições eram feitas ali mesmo, bem como necessidades fisiológicas, sendo que o cheiro de fezes e urina eram parte do ambiente. Insetos eram inúmeros, bem como pequenos animais, como os ratos que vinham à procura da carne pútrida de cadáveres para se alimentar. Doenças eram frequentes, como a febre de trincheira (fortes dores no corpo e febre alta) e a micose de trincheira, que podia resultar em gangrena e amputação (Hasting, 2019). Enfim, havia todas as condições insalubres necessárias para o espalhamento de novas doenças e mutações de vírus. Nessas condições extremas morreram milhares de soldados, por um conflito cuja causa maior era a disputa imperialista pelo poder e domínio sobre outras terras e povos. No livro “A bailarina da morte”, Schwarcz e Starling (2020) relatam que, em menos de três anos, a doença que ganharia o apelido de “gripe espanhola” iria infectar e matar entre 20 e 50 milhões de pessoas, um número de baixas maior do que o dos quatro anos da Guerra Mundial.

Ainda pode ser mencionado um curioso fator que possivelmente contribuirá para que os estudiosos do coronavírus tracem no futuro algum tipo de paralelo entre as situações da COVID-19 e as da gripe espanhola: no caso da gripe espanhola houve três ondas, sendo a segunda a mais letal e alcançando o mundo todo, o que estaria de acordo com a visão de diversos historiadores da saúde quando afirmam que a segunda onda das pandemias é usualmente a mais violenta. (Schwarcz: Starling, 2020).

- **Micróbios versus humanos – uma reflexão**

A evolução dos micróbios é também um aspecto que merece atenção quando colocada em comparação com a evolução dos seres humanos. A renovação do humano como espécie se dá a cada 25 anos aproximadamente; a dos micróbios (no caso dos vírus) pode ocorrer a cada 20 minutos, sendo que o simples contato do humano com eles já altera a dinâmica entre ambos, podendo essa vertiginosa capacidade de evolução dos micróbios aumentar ainda mais pela interferência humana:

(...) Ao nos aventurarmos nas casas dos micróbios nas profundezas das florestas tropicais para derrubar árvores, plantar e caçar animais selvagens, ao concentrarmos um grande número de pessoas juntas, ao criarmos milhões e milhões de porcos e aves em espaços fechados, ao fazermos uso excessivo ou equivocado de drogas antimicrobianas, nós, humanos, estamos forçando os micróbios a se adaptarem a estresses contínuos e dando a eles oportunidades [de evolução] que a natureza nunca deu (Osterholm: Olshaker, 2020, p. 69).

Torna-se aconselhável, então, que em uma discussão sobre pandemias alguns conhecimentos sejam ampliados. Já se sabe, por exemplo, que morcegos são reservatórios naturais de patógenos. Acredita-se que o filovírus Marburg, primo próximo do ebola, esteja presente em morcegos como aqueles da caverna Kitum, no Parque Nacional Mount Elgon, no Quênia. Excretado no guano dos morcegos, o vírus migra a partir daí: “Um reservatório pode ser uma planta, um corpo d’água ou qualquer outro hospedeiro no qual o patógeno possa se multiplicar e sobreviver enquanto aguarda sua próxima propagação” (Osterholm: Olshaker, 2020, p. 79).

O controle dos vetores (com destaque para os mosquitos e outros insetos) é tão importante para se prevenirem doenças como as vacinas e os antibióticos. O simples fato de respirar pode levar a doenças se respiramos o ar contaminado por outra pessoa. A transmissão durante a pandemia mais mortal da era moderna, em 1918, acontecia por via aérea, como ocorre com todas as cepas de gripe: “As infecções transmitidas por vias respiratórias são as candidatas mais prováveis à rápida disseminação, porque para isso basta que seus hospedeiros respirem” (Osterholm: Olshaker, 2020, p. 80)

Uma lição de humildade para melhor percepção da ligação existente entre tudo e todos, deveria talvez vir de alguns ensinamentos oriundos da própria microbiologia:

[...] o importante é lembrar que os micróbios estavam aqui antes de nós, evoluíram conosco enquanto nós, humanos, ocupamos a Terra e continuarão aqui depois que deixarmos de existir. Com nossa mentalidade humana superior, achamos que nossa espécie está

sempre no controle. Mas para entender o verdadeiro significado biológico do poder dos micróbios, não podemos esquecer que somos nós que tentamos prever a evolução desses seres e responder a ela, e não o contrário (Osterholm: Olshaker, 2020, p. 68).

Seria também um engano pensar ainda na espécie humana como espécie separada e, mais ainda, iludir-se que ela seja superior e com direitos a explorar elementos de outras espécies. De acordo com Keck (2020), ao pensar a pandemia de COVID-19 não se pode ignorar a dependência dos humanos a outras espécies. Tudo está interligado e, como se expressaram Osterholm e Olshaker (2020, p. 68), “[...] precisamos de muitos dos micróbios existentes para sobreviver”. Entretanto, a outra face do conhecimento sobre as diversas espécies não pode ser desprezada. Como também afirmam Osterholm e Olshaker (2020, p. 68) sobre os vírus, “alguns deles podem nos matar”. No caso do coronavírus, está demonstrado pelos epidemiologistas que a via aérea é uma das mais perigosas formas de sua disseminação, o que mostra, por exemplo, que há sentido na afirmação de que o não uso de máscaras faciais protetoras pode ser caracterizado como crime contra a saúde pública.

### **1.2.2 – OS MOVIMENTOS ANTIVACINAS**

O movimento antivacinal na atualidade é forte em alguns países da Europa (mormente na França), existe em parte dos Estados Unidos e também encontra ainda repercussão no Brasil. Sobre essa postura contrária à vacinação, manifestou-se a OMS, quando, empregando a expressão “hesitação vacinal” (*vaccine hesitancy*), definiu-a como um “atraso na aceitação ou recusa de vacinas, apesar da disponibilidade dos serviços de vacinação”, caracterizando o fenômeno como complexo e específico ao contexto, apresentando variações de acordo com o tempo, o local e o tipo de vacina em consideração e, ainda, sendo passível da influência de fatores como complacência, conveniência e confiança (WHO-VACCINE HESITANCY, 2015)

Certo é que existe um retrocesso da cobertura vacinal, realidade retratada nos dados do Unicef em abril de 2023, quando notícia que, no Brasil, 1.6 milhão de crianças não receberam, entre 2019 e 2021, nenhuma dose da vacina DTP (UNICEF, 2023a). Globalmente, foram 48 milhões de crianças que não receberam nenhuma dose da DTP entre 2019 e 2021, dados trazidos do relatório *The State of the World's Children 2023: for every child, vaccination* (UNICEF, 2023b), de 20 de abril de 2023.

Este mesmo relatório alerta sobre a urgência de serem retomadas as coberturas vacinais em todo mundo.

Em relação à vacinação contra a poliomielite no Brasil, são igualmente 1.6 milhão de crianças que deixaram de ser vacinadas entre 2019 e 2021, informa o relatório daquele órgão (UNICEF, 2023a), apontando como algumas das causas a interrupção de serviços motivada pela pandemia; a sobrecarga nos sistemas de saúde neste último período; processos políticos; a falta de recursos; e mudanças na percepção sobre a importância das vacinas.

O retrocesso no processo vacinal no Brasil começa a partir de 2016, no governo de Michel Temer, e se aprofunda a partir de 2018, conforme estudos de Ana Brito, epidemiologista da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), realizado em parceria com o Pulitzer Center dos Estados Unidos, trazidos em reportagem de Pinheiro (2023, p. 26).). A epidemiologista, continua o texto, lembra que o Brasil já perdeu o certificado de país livre do sarampo em 2019, porque houve, entre 2018 e 2021, 40 mil casos dessa infecção, fazendo ainda um alerta sobre o risco de a poliomielite e a difteria retornarem ao país. A mortalidade infantil, conforme completa a pesquisadora, cresceu de novo, com cerca de 20 mil óbitos evitáveis ao ano (Pinheiro, 2023). O epidemiologista e sanitarista da USP Eliseu Waldman ratifica sobre a queda da cobertura vacinal iniciada em 2016, esclarecendo que ela foi intensificada a partir da Emenda Constitucional (EC) nº 95, aprovada em dezembro daquele ano, a qual estabeleceria um teto de gastos públicos, o que gerou a fragilização do sistema de saúde, não só afetando o funcionamento das salas de vacinação como o fornecimento de imunizantes (Pinheiro, 2023).

Além de se saber sobre o grave retrocesso vacinal que ocorreu no Brasil e no mundo, é necessário examinar suas causas para que seja então claramente explicada a exacerbação da hesitação, e mesmo do repúdio, que emergiu em relação às vacinas durante a pandemia da COVID-19.

Cabe observar neste ponto que a EC 95 relativa à garantia de recursos para a saúde destinados a Estados e Municípios foi substituída, no atual governo (2023-2026), pela EC 87, que vem garantir o repasse desses recursos, o que revela a busca da reconstrução orçamentária para sustentação do SUS na atualidade governamental.

- **Motivações político-econômicas dos governos**

Mesmo que nem sempre fique nítido para os observadores em geral, é possível que a razão mais forte para o repúdio ao uso das vacinas em diversos países durante a pandemia da COVID-19 tenham sido os motivos econômicos da parte de alguns governos. Um aspecto constatado é que governos conservadores e de tendência autoritária evitaram a compra dos imunizantes, o que leva à conjectura de que podiam estar tentando evitar gastos ainda que à custa de vidas humanas.

Durante o governo de Jair Bolsonaro, o Ministério da Economia não se furtou de declarar a importância de se priorizar a economia como única saída do país diante dos prejuízos causados pela pandemia, tendo uma das falas ganhado repercussão ao ser publicada na Reuters, prestigiada agência internacional de notícias. A declaração, feita por Solange Vieira, assessora do Ministro da Economia Paulo Guedes, em março de 2020, época em que só se sabia que a COVID-19 atingiria de forma letal principalmente idosos e pessoas com comorbidades, foi vista como mais um caso comprobatório do processo de necropolítica no governo brasileiro naquela época, tendo como alvo os idosos e os grupos vulneráveis da perspectiva socioeconômica. A então titular da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) disse, em reunião com técnicos do Ministério da Saúde naquela ocasião: “É bom que as mortes se concentrem entre os idosos. Isso melhorará nosso desempenho econômico, pois reduzirá nosso déficit previdenciário,” palavras que foram confirmadas por mais de um participante da reunião (Redação Pragmatismo, 2020). No ano anterior, cabe observar, ela já participara ativamente da articulação da Reforma da Previdência, reforma essa que significaria o fim da aposentadoria de milhões de brasileiros, lembra ainda a reportagem do jornal (Redação Pragmatismo, 2020).

Usando-se dados do Brasil, pode-se ter uma ideia do alcance dessa possível economia mencionada acima. Um país com 210 milhões de habitantes necessitaria de 420 milhões de doses, tendo cada dose um custo aproximado entre 10 e 15 dólares, o que representaria uma despesa de 4 bilhões de dólares. Se existirem no país mais de 15 milhões de desempregados (que estarão nas ruas para o trabalho informal) e mais de 30 milhões de aposentados (idosos, em sua maioria) representando 20.5% da renda da população brasileira (Bôas, 2020), as mortes iriam se concentrar justamente nessa população na eventualidade de lhes terem sido negadas as vacinas. O resultado final seria uma diminuição do número de desempregados e, no caso dos aposentados, as mortes significariam uma

considerável economia para o governo em decorrência do cancelamento do pagamento de pensões e aposentadorias.

Poder-se-ia dizer que esse resultado acabou, de certa maneira, sendo alcançado dado o elevado número de mortes ocorridas, que chegou a 712.601, de tripartite o Brasil, os Estados Unidos e a Índia foram os três países negacionistas que obtiveram os recordes de óbito na pandemia. No caso do Brasil, deve-se levar em consideração que o país, embora representando dois por cento da população mundial, foi responsável por cerca de 11 por cento das mortes globais. Não fosse a atuação importante de resistência ao negacionismo vacinal por parte do Setor de Controle Social representado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e outros organismos e entidades como a Abrasco, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a SBB, essa situação relacionada ao número de óbitos seria inequivocamente ainda mais crítica.

### **Motivações pessoais e religiosas**

Para a argumentação contra o uso de imunizantes durante a pandemia da COVID-19 foram muitas vezes usados motivos puramente religiosos, embora tenham aparecido também líderes religiosos que escondiam em uma capa de religiosidade suas motivações econômicas. Talvez como resultado de decepções por parte das populações em relação a seus governantes, tem-se observado na atualidade certa tendência ao descrédito das ciências e dos processos democráticos, o que em parte explicaria por que as pessoas vão buscar nas crenças religiosas e nos regimes totalitários uma resposta fácil para seus problemas sociais, sua vida relacional e suas subjetividades.

Respostas fáceis ou respostas rápidas são, entretanto, tipos de respostas quase sempre apartadas da realidade circundante, embora possam representar para a pessoa a única forma de se livrar de um sofrimento. O processo é bem explicado em Freud (1969b) quando o autor discorre sobre as três fontes originárias básicas para o sofrimento. A primeira delas diz respeito à fragilidade do ser perante os eventos da natureza (como tsunamis, furacões, maremotos e, para se acrescentar aqui um problema atual, as pandemias). Essa fragilidade e a impotência afligem o ser humano e lhe trazem sofrimento. A segunda fonte de sofrimento do ser é a fragilidade física, a precariedade de seu corpo biológico no qual podem se instalar rapidamente falhas funcionais e doenças, estando esse corpo sujeito ainda a acidentes dos mais variados.

Durante a pandemia do coronavírus, esse aspecto fica bem caracterizado quando a pessoa constata que seu corpo, mesmo estando vacinado, pode vir a se infectar e que ela poderá ir a óbito, já que uma vacina não dá 100% de garantia contra a doença. Finalmente, vêm as contradições, mentiras, desconfianças, dificuldades, ambiguidades e traumas que acompanham a vida relacional do ser com outros seres humanos e com a sociedade e as autoridades constituídas.

Stern (2020), traz ilustrações dessa busca de compreensão da COVID-19 pelas crenças religiosas. Uma linha explicativa religiosa que encontrou bom acolhimento nas redes sociais pentecostais afirmava que Deus teria mandado o vírus da COVID-19 para punir a suposta heresia praticada no “Especial de Natal” do grupo televisivo Porta dos Fundos, em 2019. O autor lembra ainda que o filme “A primeira tentação de Cristo”, que retrata Jesus Cristo como homossexual, gerou ataques terroristas contra a sede da produtora no Rio de Janeiro, atingida por coquetéis *molotov*.” (Stern, 2020, p. 153). Outra explicação com base religiosa, agora provinda do meio judaico, foi a do rabino Meir Mazuz, dirigente que caracterizou a disseminação da COVID-19 como “retaliação divina à propagação de paradas do orgulho *gay*”, posição no mínimo embaraçosa já que Mazuz “acabou contaminado pelo novo coronavírus poucos dias após proferir tais frases” (Stern, 2020, p. 156). Também o diabo foi declarado o autor da pandemia por parte de alguns evangélicos, sendo o mais popular dos casos o do bispo Edir Macedo, CEO da Igreja Universal do Reino de Deus, “que disse que a epidemia é uma obra de Satanás e que quem não teme o diabo estaria a salvo do novo vírus” (Stern, 2020, p. 158).

Essas afirmações são meras repetições acríticas em tempos atuais do que já foi dito em outras épocas da história, como ilustrado no caso da chamada “peste negra” na Europa Medieval. Narra Ujvari (2020) que, de acordo com os membros do clero de então, a peste representava um castigo enviado por Deus para punir os pecados da humanidade. Falavam de um Deus enraivecido por cometimentos do homem tais como blasfêmias, avareza, usura, luxúria, cobiça e falsidade, um Deus que então passaria a aparecer em pinturas, tempos depois, lançando flechas com doenças na humanidade.

Até a chegada dos tempos modernos, conforme explica Harari (2021), a humanidade atribuía as doenças não só à fúria dos deuses, mas também aos demônios e ao ar apodrecido, desconhecendo totalmente a existência de vírus e bactérias e nem sequer imaginando que pudesse haver tantos predadores mortais em

uma simples gota d'água. Por essa razão, diante da peste negra e da varíola, multidões se formavam para suplicar por ajuda aos deuses e santos, atitude que disseminava ainda mais a doença. Enquanto os sábios da época medieval não conseguiram descobrir a causa da peste negra, bastaram duas semanas para que o coronavírus fosse identificado e, a seguir, sequenciado seu genoma. Em um ano sua vacina estava desenvolvida (Harari, 2021), sem implicações com deuses ou demônios, mas apenas com a ciência.

Há ainda processos que são ditos religiosos e que na realidade possuem objetivos econômicos. Eles têm sido encontrados entre pastores que se alinham com políticos de extrema direita e que preconizam a prioridade da economia sob a alegação de que sem a economia a sociedade entraria em colapso. Na visão desses pastores, “o vírus não pode parar a economia, porque isso levaria ao colapso da sociedade capitalista”, chegando um deles a afirmar que igrejas são serviços essenciais que agem como verdadeiros hospitais espirituais (Stern, 2020, p. 160), quando o interesse real, entretanto, é o de que o dízimo continue a ser pago pelos fiéis para que as igrejas continuem funcionando.

- **Razões para não se vacinar**

Entre os motivos que levam uma pessoa a optar por não se vacinar, podem ser mencionados:

- a) Descrédito em relação à indústria farmacêutica**

A hesitação vacinal pode ocorrer pela percepção que uma parcela da população tem em relação aos reais objetivos dos laboratórios. Pessoas desse grupo acreditam que as indústrias farmacêuticas e de medicamentos ou vacinas sempre têm como objetivo principal o lucro, e não a saúde e o bem-estar das populações, percepção essa bastante aplicável a populações de países periféricos já muitas vezes exploradas por aquelas instituições. Um exemplo do que motivaria essa falta de crédito nas referidas indústrias poderia ser a questão das chamadas vacinas órfãs, “aquelas desenvolvidas contra doenças raras, de baixa prevalência ou contra agentes geograficamente restritos, com uma demanda limitada e de baixo apelo comercial, para as quais os custos de sua produção superam os possíveis lucros”, conforme Fernandes *et al.* (2021, p. 126). Não há interesse dos laboratórios na produção desse tipo de vacina por não trazerem retorno financeiro, da mesma forma que não haveria

empenho da indústria farmacêutica na produção de medicações para certos tipos de doenças raras ou restritas a determinadas comunidades de países periféricos e denominadas criticamente de “doenças negligenciadas”. Como consequência, pesquisas e produções com esse perfil caem naquilo que os pesquisadores chamam de “vale da morte”: são abandonadas nas suas fases iniciais e esquecidas pelos pesquisadores ao longo dos tempos. Outro fato é o de que, em sua maioria, as doenças pesquisadas pelos laboratórios em países tropicais não estão ligadas a epidemias típicas desses mesmos países, segundo pesquisas de Chirac e Torreele (2006), autores que mostraram que, entre 1975 e 2004, somente 10 das 1.556 drogas desenvolvidas no mundo eram voltadas para as necessidades de países em desenvolvimento, situação que está frontalmente contra a fundamentação ética contida na DUBDH em seu artigo 21, alíneas b e c:

**Artigo 21 – Práticas Transnacionais**

.....

b) Quando a pesquisa for empreendida ou conduzida em um ou mais Estados [Estado(s) hospedeiro(s)] e financiada por fonte de outro Estado, tal pesquisa deve ser objeto de um nível adequado de revisão ética no(s) Estado(s) hospedeiro(s) e no Estado no qual o financiador está localizado. Esta revisão deve ser baseada em padrões éticos e legais consistentes com os princípios estabelecidos na presente Declaração.

c) Pesquisa transnacional em saúde deve responder às necessidades dos países hospedeiros e deve ser reconhecida sua importância na contribuição para a redução de problemas de saúde globais urgentes (UNESCO-DUBDH, 2005).

**b) Opção pela antimedicação**

Também contra o uso das vacinas produzidas nos laboratórios há o grupo que, dentro de um programa de antimedicação, recusa qualquer tipo de medicamento, tendendo ao uso de produtos ou práticas naturais (como chás, ervas, raízes, acupuntura, do-in, homeopatia e outros tratamentos alternativos) por entender que as indústrias farmacêuticas não são confiáveis e não estão interessadas na saúde e no bem-estar das pessoas, e sim, exclusivamente no lucro, funcionando dentro de um circuito capitalista em que o aspecto principal considerado é a economia.

A produção de vacinas em tempo recorde desde o início da pandemia da COVID-19 trouxe mais um elemento de insegurança a esse grupo, ciente que estava de que diversos medicamentos, mesmo depois de aprovados por organismos internacionais devidamente credenciados em todas as suas fases e colocados no mercado, já tiveram de ser retirados das prateleiras das farmácias por demonstrarem

efeitos adversos sérios e até óbitos. Exemplos desses medicamentos, como apresentados por Greif e Tréz (2000, p. 74) são: manoplax, fialuridina, ácido tienílico, zimelidina, benoxaprofeno, clioquinol, domperidona, ibunfenac, mebanazina, nomifensina, oxifenbutazona, practolol, prenilamina, remafloxacina, terodilina, zomepirac e, o mais famoso entre eles, a talidomida, que ganhou fama mundial.

O grupo mais afeito às práticas naturais argumenta ainda que não há transparência suficiente em relação à segurança das drogas providas de laboratórios, queixando-se que os dados nesse sentido raramente são disponibilizados ao público, principalmente aqueles relativos a testes com animais, gerando situações incômodas na tomada de decisão sobre a adoção de um medicamento.

### **c) O sucesso das vacinas**

Paradoxalmente, o sucesso obtido pelas vacinas no correr dos anos pode ser um dos motivos de baixa adesão a algumas vacinas atualmente. Isso porque as novas gerações não mais convivem com epidemias e doenças presentes nas gerações mais antigas e nem presenciaram seus resultados (pessoas com sequelas físicas e mentais e mesmo casos de morte). Era dado valor à vacina quando era visto o resultado de sua aplicação, o que não ocorre com muitos dos pais hoje em dia e até com médicos pediatras jovens e recém-formados, uma questão que pede providências. No caso do país, isso poderia ser feito por meio de campanhas educacionais de saúde; no caso dos médicos novos, por meio de ensinamentos nas escolas de medicina sobre o valor do uso regular das vacinas patrocinadas pelo SUS. Dessa forma, ficaria entendido que, muitas vezes, o controle do aparecimento de doenças é fruto da regularidade da vacinação, o que deixa nítido que o uso dos princípios bioéticos da proteção e da prevenção encontrados na BI é de fundamental importância na área de vacinação.

### **d) Fake news, desinformação e falta de informação**

Também entre os fatores de ajuda aos movimentos antivacinais contam-se as modernamente chamadas *fake news*, cuja interferência mostrou-se muitas vezes determinante quando da decisão de tomar ou não as vacinas contra a COVID-19. Violando frontalmente o princípio da veracidade, as *fake news* nada mais são do que um eufemismo para abrandar o vocábulo “mentira”, um abrandar no sentido de tornar mais palatável o falseamento da verdade, um fenômeno que revela o grau de

degradação das relações humanas e a hipocrisia social vivida atualmente (era da pós-verdade).

A influência das *fake news* pode ocorrer em qualquer dos grupos anteriormente mencionados, como, por exemplo, em grupos movidos por interesses religiosos quando é revelado aos fiéis que a vacina traz dentro dela o *chip* da besta; em grupos movidos por interesses econômicos quando se afirma que a China produziu o vírus para dominar o mundo; ou ainda, no caso de grupos de pouca capacidade intelectual quando são apresentados dados ou informações pseudocientíficas e de difícil interpretação.

Na afirmação dos pesquisadores Fernandes *et al.* (2021), da Fiocruz, as *fake news* são compartilhadas por milhões de pessoas nas redes sociais com maior facilidade do que são as informações em saúde, sendo o Brasil apontado como um dos países do mundo em que esse tipo de conteúdo é mais reproduzido.

Tanto *fake news* como desinformação e falta de informação com relação a questões vacinais não constituem, entretanto, fatos históricos novos no país, trazendo à baila o ditado popular de que quando não se aprende com o passado, corre-se o risco de não ter um futuro, aquele futuro que não comportaria a repetição de um problema. Veiga (2020) propõe que se pense no cenário de um Brasil com sua sociedade em plena reforma de costumes, uma guerra entre informações verdadeiras e *fake news*, com a presença de negacionistas e até com rumores sobre golpe de estado. Pode parecer, mostra o autor, que está sendo descrito o período atual da história no país, mas, na verdade, conforme Veiga, essa é a descrição de um cenário de 1904, quando ocorreu no Rio de Janeiro a chamada Revolta das Vacinas, um movimento calcado em uma cuidadosa campanha de desinformação e boatos realizada pelos opositores do governo do presidente Rodrigues Alves e do sanitarista Oswaldo Cruz, responsável pela imunização e então secretário da Saúde Pública (Batista, 2020), sendo fortes as semelhanças entre os eventos e prejuízos ocorridos naquela época e aqueles ocorridos durante a pandemia da COVID-19 a partir de 2020 (Veiga, 2020).

Em 1904 a questão moral, por exemplo, cimentou o discurso antivacinal, falando-se em violação do lar e atentado à honra das mulheres (que teriam de desnudar braços, coxas e talvez até as nádegas para receber a vacina das mãos dos agentes sanitários), enquanto que, em 2020, a violação das mentes ocorreria a partir de um *chip* embutido na vacina, passando o vacinado a ser controlado por comunistas

da China e sendo ainda a vacinação caracterizada como uma violação da liberdade do indivíduo (Bolsonaro, E., 2020), um valor que deveria sobrepujar qualquer outro princípio democrático (Batista, 2020), tendo o ex-presidente Bolsonaro afirmado categoricamente que não havia se vacinado (Lopes, L., 2023; Sanches, 2023).

Histórias absurdas foram criadas sobre consequências da vacina em 2020, dizendo, por exemplo, que quem tomasse a vacina poderia virar jacaré (Bolsonaro, J. M., 2020). Não menos absurdas foram as afirmações de alguns, em 1904, de que a vacina poderia trazer à pessoa características de bovino, com chifre, casco e rabo, história inspirada provavelmente nos primórdios da criação da vacina quando houve um processo de inoculação da benigna varíola bovina (Batista, 2020), e um exemplo de uma mentira engenhosamente alusiva a um fato de verdade.

Também se afirmou, em 1904, que a vacina era uma forma encontrada pelo governo de exterminar as camadas mais pobres da população, o que a tornava inaceitável (Rosa; Barros; Laipelt, 2023). Na mais recente epidemia, os argumentos, disseminados, principalmente pelo governo no período 2020-2022, falavam do perigo de quebra do sistema financeiro (pelo que se apregoava a vantagem de esperar pela imunidade de rebanho), até a mudança do código genético dos vacinados (De Oliveira Cavalcanti; Azevedo, 2021).

Os militares tiveram papel preponderante na Revolta da Vacina em 1904. O Marechal Hermes da Fonseca se posicionou entre os líderes do movimento, estando mobilizado também o Major Barbosa Lima e o Tenente-Coronel Lauro Sodré (fundador da liga que protestava contra a vacina obrigatória), sendo que nenhum deles era embasado por uma formação médica ou científica que sustentasse seu posicionamento (Revolta [...], 2023) Durante a pandemia da COVID, o ex-presidente Jair Bolsonaro, igualmente sem o esteio da ciência, posicionou-se contra o uso ou obrigatoriedade da vacina, lançando dúvidas sobre sua eficácia e mesclando suas narrativas pessoais com emoção e alusões a questões filosóficas, religiosas, xenofóbicas etc. (Rosa; Barros; Laipelt, 2023), bem como nomeou para coordenação do Ministério da Saúde um militar sem qualificação médica ou científica condizente com tal órgão (General [...], 2020).

A Revolta da Vacina, de menor circunscrição geográfica e temporal, terminou com 30 mortos, 110 feridos e mais de 1.500 presos e deportados (Batista, 2020). Alcançando todo o Brasil, a pandemia, pelos dados atualizados em janeiro de 2024 pelo governo (CORONAVÍRUS BRASIL, 2024), contabilizou 709.601 mortes. Para o

epidemiologista e pesquisador Pedro Hallal, da Universidade de Pelotas, quatro em cada cinco mortes seriam evitáveis durante a pandemia no Brasil caso o governo federal tivesse adotado posturas como o apoio ao uso de máscaras, medidas de distanciamento social, campanhas de orientação à população e uma aceleração na aquisição de vacinas, isso significando, portanto, que pelo menos 400 mil pessoas não teriam morrido naquele período (Agência Senado, 2021). No depoimento que fizeram à CPI da COVID, Hallal e Jurema Werneck, também pesquisadora, expõem que os erros, omissões e falta de seriedade do governo em relação ao impacto do coronavírus conduziram o país ao descontrole e à disparada de óbitos e de casos (Rodrigues, 2021).

#### **e) A propaganda da cloroquina durante a pandemia da COVID-19**

Outro fator que gerou uma equivocada informação sobre a utilidade da cloroquina como droga eficiente no tratamento para a COVID-19 veio também de afirmações e da propaganda dessa medicação por parte do presidente do Brasil na época da pandemia. Cabe pontuar sobre tais afirmações que, por sua natureza, remetem à figura do charlatanismo e a uma análise com base no Código Penal Brasileiro (CPB) em relação, pelo menos, a fraudes ou engodos que atentem contra a saúde pública (artigo 283 daquele Código) ou em relação a divulgar informação ou notícia que se sabe falsa e que possa modificar ou desvirtuar a verdade com relação à saúde (artigo 287 do mesmo Código).

O cenário de pressa em se resolver o problema da pandemia iria favorecer essas e outras afirmações sobre medicamentos miraculosos para uma cura (não comprovada) da COVID-19. Como se sabe, inúmeras pesquisas foram geradas de um dia para o outro no início da pandemia, fosse pelo medo da população diante dos perigos trazidos pelo vírus SARS-CoV-2, fosse pela preocupação de alguns governos em resolver a situação ou, ainda, pelo interesse de cientistas e de laboratórios farmacêuticos no sentido de se encontrar o remédio para o novo mal. Foi nesse contexto que a cloroquina ganhou, entre as drogas propostas para a cura, um papel de destaque no cenário mundial. Em um misto de debates sérios e informes falsos, o assunto transitou entre a comunidade científica e grupos governamentais e religiosos, recebendo tratamento ideológico de alguns grupos interessados em apresentar o remédio como quase um milagre.

Uma falha crucial no processo de pesquisa da cloroquina é exposta por Ujvari (2020), autor que explica como foi desprezado o fato de que a cloroquina reduzia a quantidade de vírus nas culturas em laboratórios, sendo ineficaz, porém, em humanos. O autor também denuncia que o medo da pandemia levou revisores e revistas a efetivarem publicações sobre aquele medicamento sem fundamentação científica e sem número expressivo de dados comprobatórios de sua adequação para o tratamento da COVID-19. Não podem ser esquecidos aqui prováveis interesses econômicos de lucrar com a venda de medicamentos seguramente sem comprovação científica

Relata também o autor a conexão da história da tuberculina com a da cloroquina, apelidando esta última de “a tuberculina do século XXI”. No século XIX, diz o relato, a tuberculose estava provocando pânico e resultando em sequelas e morte para a população. Foi quando o pesquisador Robert Koch apresentou como solução a tuberculina. A polêmica sobre o uso do medicamento foi grande por causa de certas circunstâncias que o acompanhavam: não havia estudos bem fundamentados sobre a tuberculina, era o médico que decidia como empregá-la, qual a posologia a adotar, por quanto tempo deveria ser administrada e qual era sua segurança, já que alguns pacientes apresentavam graves reações a ela, tudo caracterizando semelhanças com o caso da cloroquina (Ujvari, 2020). Essa forma de procedimento é indicativa de uma desmesurada hipertrofia do princípio da autonomia do médico de atuar sem o respaldo de respectivos estudos sérios e devidamente comprovados sobre um medicamento. A tuberculina foi abandonada, oficialmente, assim como foi a cloroquina.

#### **f) A possibilidade de efeitos adversos**

A fama de que as vacinas têm efeitos adversos também traria dúvida sobre os imunizantes do SARS-CoV-2, mesmo para aqueles que ainda na infância foram vacinados contra doenças como sarampo, poliomielite e caxumba. Formando uma corrente de desinformação, o tema dos efeitos negativos da vacina contra a COVID-19 foi explorado com sucesso, o que ficou bem demonstrado pelo público que se recusou e o que ainda se recusa a ser vacinado por medo de consequências ruins.

As informações ou argumentações que levam uma pessoa a recusar o uso de vacinas são em geral de caráter subjetivo ou empírico, como exemplificam, no caso

da vacinação contra a COVID-19, os argumentos de que pessoas contraíam a doença mesmo após a vacina ou de que a vacina seria perigosa por ter sido produzida em curto tempo, configurando-se, enfim, posicionamentos não científicos sobre uma área científica. A história mostra que movimentos antivacinais baseados em informações desse caráter sempre existiram, o que ressalta a questão: vacinas podem trazer efeitos adversos?

A resposta honesta sobre a existência de riscos provindos das vacinas é sim. Da mesma forma que qualquer produto de consumo humano, são riscos reais, porém muito baixos, explica o epidemiologista João Baptista Risi Júnior, devendo ser identificados para que orientem correções nos processos de produção e de administração dos antígenos, processos esses que existem no Brasil e que funcionam a partir de um sistema regular de vigilância sobre problemas em condições de campo na vacinação (Gonçalves, 2020). As vacinas constituem-se em um dos produtos de uso humano mais seguros, esclarece Risi Júnior, atravessando procedimentos de pesquisa e controle de qualidade antes que exista a autorização de uso e, ainda, cumprindo requisitos de boas práticas de fabricação que recebem constante aprimoramento. De modo claro, esses cuidados prévios à prescrição ministerial médica descritos pelo epidemiologista revelam a presença do princípio da prudência desenvolvido pela BI nesse tipo de decisão.

A posição de Gonçalves (2020) é a de que a proliferação de informações errôneas por ocasião de cada movimento vacinal pode ser neutralizada pela oportuna difusão de informações científicas confiáveis que esclareçam tanto os profissionais de saúde como a população. A despeito da extrema pertinência dessa afirmação e embora já exista uma regra sobre a notificação obrigatória de EAPV, verifica-se que essa conduta não foi seguida. Cabe lembrar, entretanto, que se, numa situação ideal, fosse implementada pelo Estado brasileiro um sistema de vigilância mais rigoroso sob a ótica científica e menos sujeito aos humores da política com o propósito de neutralizar ou diminuir eventos adversos que porventura aparecessem, se estaria dessa forma garantindo algum tipo de proteção à população vacinada, embora possivelmente ainda existiriam pessoas que, por um ou outro dos motivos já discutidos, não concordariam com uma vacinação compulsória.

- **Vacinação e não vacinação – implicações jurídicas e éticas**

Cotejando a visão do direito com a visão bioética diante de conflitos, verifica-se, primeiramente, que, como o direito sempre parte de um conflito geral já estruturado e organizado para chegar a um particular, nunca abarcará todas as minúcias de qualquer caso que se apresente. Cabe então ao indivíduo adaptar-se às normas ou princípios, ou, usando uma expressão popular que bem define a situação, o pé é que tem de se adaptar ao sapato. Já uma visão bioética que parta do particular para o geral, poderá descer a todas as minúcias de um caso e, assim, oferecer condições para que ele seja mais bem resolvido.

Outro ângulo a ser considerado é que a ciência do direito procura construir seu aspecto de segurança e infalibilidade na lida com os problemas jurídicos a partir de uma uniformidade e universalidade que, em tese, significariam sua aplicação a todos os casos que tivessem a mesma estrutura, para que tivessem uma aceitação sem questionamentos mais profundos. Essa perspectiva revela forte diferenciação com o pensamento bioético direcionado à resolução de problemas. Aliás, seria mais preciso falar em dilemas, e não em problemas, já que, ao contrário dos problemas jurídicos examinados à luz da uniformidade, a bioética sempre se conduz pela ideia de existirem duas ou mais possibilidades de solução nos conflitos, examinando vantagens e desvantagens, assim como a eticidade presentes em cada um deles.

Como visto, o enfoque bioético em busca de soluções para os conflitos caminha do particular para o geral, o que é contrário ao enfoque jurídico. A perspectiva bioética também difere pelo caráter valorativo que aplica aos dilemas que lhe são trazidos, o que também é antagônico ao caráter sancionador e normativo dos instrumentos jurídicos estabelecidos. Ilustrando isso, o CPB sozinho já possui cerca de 360 artigos (Nucci, 2014) para cumprir esse objetivo de normatizar o máximo de situações, enquanto que, quando na fase inicial de sua sistematização, a bioética principialista se orientava por apenas quatro princípios. Posteriormente é que autores das bioéticas latino-americanas, objetivando torná-las mais apropriadas, acrescentariam novos princípios, de modo a completar a bioética e torná-la mais efetiva e socialmente justa em seus países de origem.

Ainda diferindo do tratamento jurídico, o dilema bioético não parte de uma definição pré-existente, e sim coloca na mesa várias soluções/possibilidades que vão se desenhar de acordo com os princípios que forem adotados em cada caso. Cada solução é, portanto, única, diferentemente das soluções de caráter pretensamente universal do direito. Em suma, o tratamento bioético dos conflitos não vai se cristalizar

no exame de um ponto de vista, buscando examinar sempre um segundo ou um terceiro, o que leva a pensar que talvez fosse adequado se empregar, em lugar da expressão “dilema bioético”, o neologismo “trilema bioético” em muitos casos.

Colocando essa ideia ainda de outra forma, pode-se dizer que a BI se destaca em importância por ter um conceito de justiça diferente daquele do direito formal, sendo multi-inter-transdisciplinar e inclusiva culturalmente, o que lhe dá, portanto, cunho social. Acrescente-se ainda que os princípios da BI são aplicados tanto no eixo horizontal das teorizações como no eixo vertical das normatividades da ética aplicada, o que a torna, portanto, mais completa e, de certa maneira, mais importante para os seres humanos e para se construir uma sociedade mais justa e equânime. Por outro lado, enquanto a filosofia caminha com seus princípios no eixo horizontal com seus variados questionamentos abstratos, sendo seu melhor exemplo, nesse caso, o mundo das ideias de Platão, o direito formal (juspositivista) se destaca por sua aplicação principiológica vertical sancionadora concreta e legalista.

No caso da pandemia da COVID-19, o enfoque bioético torna-se indispensável, principalmente em relação à proposta de aplicação híbrida, tanto horizontal (mais ampla), como vertical (aplicada) dos princípios e referenciais formulados pela BI, no sentido de se examinar situações de dilemas (ou talvez trilemas) e pela DUBDH, já que estão em jogo os direitos individuais básicos em situações às vezes conflitantes com os direitos à saúde da coletividade. Portanto, cada solução é única, um cenário que conduz de volta à ideia de pluralismo como buscado pela BI.

Entre os exemplos mais óbvios disso, tem-se a situação de quarentena obrigatória, que restringe o direito à liberdade de ir e vir. E também é o caso de qualquer vacinação compulsória adotada no intuito de proteger a população de uma maneira geral e, assim, promover a erradicação de doenças.

A vacinação compulsória exemplifica uma das situações que passam por cima de uma vontade individual que lhe é contrária (ditada por motivos religiosos, filosóficos políticos, entre outros, ou pela desinformação). Está-se falando de uma vontade individual que, teoricamente, deveria estar resguardada pelo princípio da autonomia, quando considerada da perspectiva da bioética principialista, mas que, entretanto, será suplantada se considerada agora a perspectiva da DUBDH, quando se prioriza a necessidade de uma justiça social, da igualdade e da equidade, ou, ainda considerando-se a BI, quando é privilegiada a ideia do bem comum.

Um dos dilemas que a pandemia levantou, como visto, foi sobre a obrigatoriedade ou não obrigatoriedade da vacinação. Da perspectiva da autonomia, a obrigatoriedade poderia ferir esse princípio caso o indivíduo não quisesse se vacinar. Sobre o assunto, assim se posicionam pesquisadores da vacina da Fiocruz:

A necessidade de vacinar não é só uma decisão individual, mas uma responsabilidade coletiva e engloba a união de diferentes esferas: a) o indivíduo e sua comunidade, que, como cidadãos, possuem direitos e deveres a cumprir por viver em sociedade; b) os profissionais da saúde, que lidam diretamente com os pacientes e têm uma responsabilidade a zelar cuidando de sua própria saúde (Fernandes *et al.*, 2021, p. 64).

Alguns autores entendem também que a DUBDH, ao especificar em seu artigo 14, letra a, que “A promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade”, está considerando, nesse grupo “setores”, a participação do indivíduo isolado, esclarecendo que:

Todos os cidadãos capazes devem ter Responsabilidade Social, uma vez que, uma atitude ou omissão individual poderá trazer consequências ao coletivo, minimizando o respeito aos demais direitos humanos além do direito à saúde com consequentes disparidades que poderão se tornar ainda mais nocivas, sobretudo, aos indivíduos que são ou estão em situação de vulnerabilidade (Bezerra; Shimizu, 2021, p. e298101421777).

Mesmo no caso dos Estados Unidos, país que privilegia o individualismo e a autonomia de cada um, é possível achar relatos que defendem a precedência do bem público sobre o bem de um só indivíduo. Um desses casos ocorreu ainda no início do século XX e dizia respeito à obrigatoriedade da vacina:

Os argumentos a favor das primeiras vacinas foram tão convincentes que, em 1905, a Suprema Corte americana decidiu, no caso *Jacobson vs Massachusetts*, que os benefícios da vacinação obrigatória contra a varíola para saúde pública tinham precedência sobre o direito individual de um cidadão de se recusar a ser imunizado (Osterholm; Olshaker, 2020, p. 87).

Em relação à obrigatoriedade do que se convencionou chamar de “quarentena” durante a pandemia da COVID-19, Martins (2020) traz o entendimento de que, independentemente da possibilidade de aplicação de sanções aos que não cumprirem o dever geral de isolamento social em domicílio, há de se considerar que essa desobediência às regras de órgãos competentes da área de saúde e baseadas em

evidências científicas trará prejuízos ao bem-estar e saúde de muitas pessoas, em flagrante desrespeito à promoção e preservação da saúde pública. Em suas recomendações, Andrade (2017), lembra que o dever do recolhimento domiciliar para todos torna-se um dever transdimensional ligado ao dever fundamental de proteger a saúde. Ainda conforme as propostas de Andrade (2017) baseadas na Constituição de Portugal, estabelecer o dever de proteger a saúde não afeta o conteúdo do direito individual à proteção da saúde, o que então legitima a imposição de condições restritivas da liberdade, como, por exemplo, a proibição de fumar em determinados locais ou a obrigatoriedade da vacinação. Assim, no âmago da questão da obrigatoriedade da vacinação e da quarentena está o conceito de que todos podem estar vulneráveis, mas que igualmente, em um momento específico, possa-se estar na condição de vulnerado e devendo, portanto, ter o direito às condições propostas em uma bioética da proteção.

O dever de proteger a saúde, ainda afirma Martins (2020), seria um dever de segunda dimensão, que é inerente à lógica de solidariedade responsável do Estado social e nascido a partir da influência de ideais de solidariedade, que são deveres de terceira dimensão. Dessa forma, complementa o autor, os indivíduos assumem constitucionalmente várias obrigações concretas com a finalidade de proteger interesses transindividuais. O dever da solidariedade e, principalmente, o conceito de solidariedade crítica, cabe lembrar aqui, estão alinhados entre os temas discutidos pela bioética sul-americana.

Dentre os deveres fundamentais enumerados por Hirsch (2020), interessariam aqui o dever de solidariedade (artigo 3º da Constituição Federal); o dever de participação cidadã; e, de forma especial, o dever de autocontenção (como não ferir, não propagar doenças ou não causar prejuízos a outros) e de tolerância a diferentes culturas.

O direito à saúde está presente na DUBDH em seu artigo 14, ressaltando-se dali os seguintes extratos:

#### Artigo 14 – Responsabilidade Social e Saúde

.....

b) Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar:

(i) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser

considerada como um bem social e humano (UNESCO-DUBDH, 2005).

Também elencado na legislação brasileira entre os direitos fundamentais sociais está o direito à saúde, que tem abrigo no artigo 196 da Constituição Federal. É definido que ele abrange a todos e que é dever do Estado a sua promoção, o que implica na necessidade de prestação de serviços positiva por parte da administração pública, segundo Silva (2014), o que justificaria a obrigatoriedade da vacina e da quarentena.

Em paralelo a isso, devem ser considerados múltiplos cenários e as variadas necessidades, como se aprende de lições de juristas de renome, as quais se aplicam à discussão sobre a obrigatoriedade da permanência em casa durante a pandemia da COVID-19. No caso de colisão entre princípios, ensina Alexy (2008) que só será possível uma restrição a um direito fundamental se, no caso concreto, atribuir-se aos princípios colidentes um peso maior que aquele atribuído ao princípio de direito fundamental em questão.

A questão da hierarquia entre princípios mereceu do Ministro do Supremo Tribunal Federal (STF) Luís Roberto Barroso o esclarecimento de que “Não existe hierarquia em abstrato entre princípios, devendo a precedência relativa de um sobre o outro ser determinada à luz do caso concreto.” (Barroso, 2009, p. 329).

É preciso ter em mente, ainda, que o CPB representa a letra fria da lei. A partir disso, nota-se que existe uma diferença epistêmica grande entre a BI (que busca esclarecer as várias possibilidades de solução de um conflito) e o direito formal (com a letra fria da lei). Examinando-se, por exemplo, os artigos 132 e 268 daquele código em relação aos cuidados a serem tomados durante a pandemia, observa-se que seu entendimento pode levar muitos juristas a considerar o não uso de máscara protetiva facial como um crime. Diz o texto, “em relação ao perigo para a vida ou saúde de outrem”, o seguinte:

Art. 132. Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente:  
Pena – detenção de 3 (três) meses a 1 (um) ano, se o fato não constitui crime mais grave.

E, “em relação a infração de medida sanitária preventiva”, é dito:

Art. 268. Infringir determinação do poder público, destinada a impedir introdução ou propagação de doença contagiosa.  
Pena – detenção, de 1 (um) mês a 1 (um) ano, e multa.

Parágrafo único. A pena é aumentada de 1/3 (um terço), se o agente é funcionário da saúde pública ou exerce a profissão de médico, farmacêutico, dentista ou enfermeiro (Nucci, 2014).

Por outro lado, pode-se dizer que a bioética influencia algumas leis, como no exemplo da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, em cujo §1º do artigo 3º consta que, em relação a medidas restritivas de direitos, há de se considerar, com base na dignidade humana, que só poderão ser colocadas em prática “com base em evidências científicas e em análise sobre as informações estratégicas em saúde e deverão ser limitadas no tempo e no espaço ao mínimo indispensável à promoção e à promoção da saúde pública”. Pode-se observar que a mencionada lei se encontra em conformidade com o artigo 3 da DUBDH:

**Artigo 3 – Dignidade Humana e Direitos Humanos**

a) A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade (UNESCO-DUBDH, 2005).

Além disso, observe-se que tanto os critérios adotados na lei como na DUBDH são bastante condizentes com a discussão sobre obrigatoriedade no caso da vacina e da quarentena durante a perigosa evolução da pandemia da COVID-19. Medidas restritivas de direitos como essa, pelo seu caráter de excepcionalidade, não podem ser arbitrárias e, naturalmente, devem estar sujeitas a revisões sempre que for necessário a fim de se alcançar o objetivo a que se propõe.

## **CAPÍTULO 2 – O CONTEXTO PÚBLICO NACIONAL E INTERNACIONAL DA VACINAÇÃO – IMPORTÂNCIA DO PNI, DO SUS E DA OMS**

A vida de mais de 300 milhões de pessoas, conforme dados da OMS, foi ceifada ao longo do século XX como consequência da varíola, uma página de horror no mundo que só seria virada pela ação da vacina contra a doença. O Brasil, atendendo às recomendações da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), empenhou-se em exemplar Campanha pela Erradicação da Varíola, a CEV, levada adiante pelo profissionalismo de seus dirigentes, a dedicação dos agentes de saúde e a execução de normas técnicas bem estabelecidas, tendo o Brasil recebido, em 1973, o certificado de que a transmissão da doença havia sido interrompida, emitido pela OMS (Gonçalves, 2020). Essa situação exemplar, além do saldo de vidas que foram salvas, seria um marco de mudanças que ocorreriam na área de saúde do país.

A erradicação da varíola deu-se após mais de três mil anos nos quais a doença assolou a humanidade. A conquista veio como resultado de um esforço global que durou cerca de dez anos, mobilizou milhares de profissionais de saúde e significou a administração de aproximadamente meio bilhão de doses de vacina (OPAS-OMS, 2020). O diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, trouxe à tona essa memorável vitória durante a pandemia da COVID-19 para lembrar a todos o que se torna possível quando as nações se reúnem no combate a uma ameaça comum à saúde e que, juntas, a solidariedade global e a ciência, podem trazer a solução para pandemias e epidemias. (OPAS-OMS, 2020). Em adição à mensagem do diretor-geral da OMS, viriam os dados que tanto interessam aos economistas que sobrepõem o econômico à saúde pública e à vida humana: os 300 milhões de dólares empregados no combate à varíola já tiveram o retorno de um bilhão de dólares por ano a partir de 1980 (OPAS-OMS, 2020).

No Brasil, a campanha contra a varíola havia trazido um novo conceito de vigilância epidemiológica para o país, uma vigilância que implicava agora em contínua produção, análise, interpretação e divulgação de informações para a tomada de decisões e, finalmente, intervenções oportunas, conforme explicado pelo epidemiologista João Baptista Risi Júnior em entrevista à Fiocruz em 2020. E acrescenta-se que aquela valiosa experiência adquirida pelos agentes da saúde no Brasil ainda teriam importante influência na eliminação da poliomielite, posteriormente,

e na criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), em 1975 (Gonçalves, 2020).

Uma das mudanças mais marcantes no cenário da saúde pública do Brasil, entretanto, seria a ocorrida em 1973 com a implantação do PNI, naquele mesmo momento em que o país acabava de receber a certificação da OMS por seu sucesso na CEV, campanha que fora criada pelo Decreto no. 59.153, de 31 de agosto de 1966, e que agora se encerrava. Em adição à certificação conferida por uma comissão internacional, os pesquisadores brasileiros haviam sido chamados a cooperarem com a OMS em outros países onde a transmissão não cessara, como Índia e Somália, sendo que somente em maio de 1980 a Assembleia Mundial da Saúde, órgão da OMS, declararia oficialmente que o mundo estava livre da varíola (Gonçalves, 2020).

Como resultado de todos esses acontecimentos, os ânimos estavam elevados dentro do Ministério da Saúde e seus membros interessados em ampliar o controle de doenças imunopreveníveis, para o que necessitavam de verbas governamentais. Era esse o momento favorável para a implantação de um programa de imunização no país.

O PNI seria institucionalizado pela Lei no 6.259, de 30 de outubro de 1975, e do Decreto no 78.231, de 30 de dezembro de 1976, como resultado de um esforço conjunto entre ações brasileiras e apoio de organizações internacionais como a OPAS, órgão que capacitava os países do continente americano, organizava programas de imunização mais universais, aperfeiçoava a vigilância em saúde em aspectos logísticos e gerenciais e, ainda, provia a capacitação de pessoas para o trabalho na área. O PNI, como ressalta Mogadouro (2011), tornou-se um marco na saúde pública do Brasil e foi reconhecido como um dos melhores programas de imunização do mundo em todas as esferas internacionais de desenvolvimento tecnológico e científico para a saúde. O programa era também aceito e tido como essencial por parte da população, a qual entendia a importância da atenção básica em saúde como resultado do fornecimento de informações corretas disponibilizadas a seus usuários.

Graças às estratégias utilizadas no PNI, a cobertura vacinal média da população de menores de um ano de idade no Brasil passou a ser de 90% e, em 1994, foi certificada a erradicação da poliomielite no país graças a campanhas nacionais de vacinação, situação iniciada e mantida pela vacinação anual que começou em 1980. A população brasileira de todas as idades tem sido contemplada até hoje pela

cobertura vacinal, que é mantida graças ao avanço tecnológico na produção de vacinas em conjunto com um sistema de conservação dentro da cadeia de frio (Mogadouro, 2011).

O documento que explicita o modelo de gestão e de atenção à saúde com referência à vacinação é a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) de 1996, sendo seu modelo de atenção o enfoque epidemiológico. Afirma Mogadouro (2011) que tal modelo tem como centro a qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente, bem como as relações entre a equipe de saúde e a comunidade, sendo que, dentro de tal modelo, Estados e Municípios têm a responsabilidade da estruturação e organização dos seus sistemas de saúde.

O programa vacinal enfrenta, em seu aspecto técnico e funcional, a necessidade de constantes cuidados e providências. Sato (2015) aponta questões a serem consideradas quando se objetiva o sucesso da vacinação: questões logísticas, como rede de frio e produção de imunobiológicos; manutenção de coberturas elevadas de forma homogênea e para todas as vacinas; verificação e monitoramento da percepção do risco de uma doença, bem como efeitos adversos após a vacinação; identificação de fatores ligados a uma não adesão à vacina; e o pior cenário, a reemergência de doenças já controladas pela vacinação.

Sob o enfoque dos princípios bioéticos de justiça e social e de equidade, a posição do Brasil com relação aos processos vacinais sofreu mudanças desafortunadas. O país foi, por volta de 1973, um orgulho e referência na área de vacinação tal foi o sucesso de sua campanha para a erradicação da varíola. Hoje, conforme os dados da OMS informados pela infectologista Cristiana Toscana, integrante do Grupo Estratégico Internacional de Experts em Vacinas e Vacinação (SAGE), o Brasil passa daquela condição de orgulho para uma condição de pária mundial, tornando-se um dos dez países do mundo de menor cobertura vacinal para crianças, equiparando-se sua situação a de países africanos como Congo, Nigéria, Etiópia e Angola, além do Paquistão, Indonésia e Filipinas (Pinheiro, 2023).

## **2.1 – A IMPORTÂNCIA DO SUS NO CONTEXTO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19**

Tanto o sucesso como a continuidade do PNI – ou de outros programas de vacinação que possam surgir no país – precisam se lastrear em alguns fatores determinantes que devem ser aqui lembrados de modo que sua presença possa ser verificada no decorrer dos estudos da vacinação contra a COVID-19.

Um programa de vacinação não deve ter a pretensão nem tem o poder de decidir pelo cidadão quando se trata da opção de tomar ou não tomar uma vacina ou, em se falando de menores, de levar um dependente para ser vacinado. Assim, é preciso, antes de tudo, que a importância do uso das vacinas e todas as informações possíveis sobre elas sejam transmitidas para a população em geral, de modo que a atuação dos profissionais de saúde tenha o aval e o apoio dos cidadãos. É necessária, igualmente, a transparência quanto ao direito do cidadão de ter acesso gratuito a todas as vacinas disponíveis, já que elas se traduzem em um direito à saúde previsto na Constituição para todos os cidadãos do país, situação que se procura efetivar no SUS, com lastro no artigo 14, alínea a, da DUBDH, onde é tratada a promoção da saúde e do desenvolvimento social para a população como objetivo central dos governos e partilhado por todos os setores da sociedade, cabendo lembrar aqui que o SUS é um órgão tripartite envolvendo União, Estados e Municípios com a participação da sociedade, ou, mais precisamente dizendo, o SUS não se constitui em um plano de saúde, mas uma “política pública de saúde” tripartite.

Difícilmente alguém vai negar que o número de mortes pela COVID-19 no Brasil teria sido muito maior se a população não tivesse contado com um sistema único de saúde no país. Entretanto, um desmonte progressivo e desumano desse sistema é outro fato inegável, como abaixo pode ser visto:

A Emenda Constitucional (EC) nº 95, de 15 de dezembro de 2016, conhecida como a “emenda do fim do mundo” ou “PEC da morte”, foi aprovada no governo de Michel Temer. Ela congelou os gastos com saúde por 20 anos e, posteriormente, no governo de Jair Bolsonaro, foram realizadas manobras para desvincular receitas para a área de saúde pública. Segundo um estudo da Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o SUS já perdeu 20 bilhões de reais de 2016 para cá. Quatrocentos bilhões de reais é a estimativa de perda em duas décadas. (Cordás, 2020, p. 32). Tem-se aqui uma violação direta do princípio bioético da não maleficência, entendendo-se a existência de uma íntima relação entre saúde e distribuição governamental de recursos envolvida nos termos dessa EC.

“Gracia (1995) outorga primazia ontológica à não maleficência e à justiça por serem princípios do bem público”, conforme análise de Kottow (2006, p. 36), destacando, dessa forma, que, para aquele primeiro autor, esses dois princípios são fundamentais, devendo o respeito à vida ter primazia em relação à autonomia.

Para Beauchamp e Childress (2001), as obrigações conexas à não maleficência envolvem o não prejudicar (significando aqui não contrariar, frustrar ou colocar obstáculos aos interesses de alguém) e não impor riscos de dano. Entretanto, aqueles autores ponderam que, como há muitos tipos de danos, o princípio da não maleficência acaba por englobar muitas regras morais mais específicas, citando entre elas:

- 1-Não matar.
- 2-Não causar dor ou sofrimento a outros.
- 3-Não trazer incapacitação a outros.
- 4-Não ofender os outros.
- 5-Não privar os outros dos bens necessários à vida (Beauchamp; Childress, 2001, p. 217, tradução nossa).

Sobre a última das regras acima trazidas pelos autores, cabe uma reflexão concernente ao período da pandemia de COVID-19, quando as vacinas específicas para combate àquela doença se tornaram um bem precioso e necessário à manutenção da vida. A não maleficência em nível público torna-se, evidentemente, muito mais desastrosa e prejudicial do que quando exercida no nível individual, bastando lembrar das pessoas que morreram por não tomarem (ou não terem condição de tomar) a vacina: segundo a OPAS-OMS (2022), as mortes associadas direta ou indiretamente à pandemia entre janeiro de 2020 e dezembro de 2021 foram de aproximadamente 14,9 milhões de pessoas.

Adicione-se a essa reflexão que a violação do princípio em pauta, dependendo de suas consequências, pode-se tornar um crime, seja por ação, seja por omissão (os chamados crimes comissivos ou omissivos de acordo com o CPB), conforme Nucci (2014), sendo que esse tipo de crime envolve não apenas danos do momento, mas agravos e danos que podem vir a ocorrer posteriormente como consequências tardias ou sequelas do ato criminoso original.

Para Jungues (1999), a complementariedade da não maleficência é a justiça. Esses dois princípios encontram-se inter-relacionados porque o não fazer mal não

pode se restringir ao nível individual, devendo incluir a dimensão social, principalmente no caso de recursos destinados a instituições sanitárias e no caso do orçamento público da saúde (Jungues, 1999), cabendo complementar que o bem jurídico mais importante a ser preservado será sempre a vida. Essa mesma complementariedade entre princípios está contida na DUBDH:

**Artigo 26 – Inter-relação e Complementaridade dos Princípios**

A presente Declaração deve ser considerada em sua totalidade e seus princípios devem ser compreendidos como complementares e interrelacionados. Cada princípio deve ser interpretado no contexto dos demais, de forma pertinente e adequada a cada circunstância (UNESCO-DUBDH, 2005).

Não fica difícil, assim, imaginar o quanto esse dismantelamento progressivo e desumano do SUS vai significar se nova pandemia ocorrer – o que deixa de ser fruto da imaginação quando se percebe que a gradativa destruição da natureza, fator de propagação de diversos vírus, continua a acontecer. Basta dizer, em defesa do SUS e pela revogação da EC nº 95/2016, que hoje são dependentes daquele Sistema mais de 140 milhões de brasileiros, para tratamento de centenas de tipos de doenças (Carla, 2020). Como estará então a maioria da população brasileira sem planos de saúde e sem um suporte público de saúde? Pode-se pensar em dezenas de vezes mais mortes do que aquelas agora vivenciadas.

Tudo isso mostra a clara necessidade de uma reforma de pensamento em relação ao SUS. Dizer que o SUS é “coisa de pobre” (Cordás, 2020, p.32) é expressar um pensamento tacanho que precisa ser abandonado, dando-se lugar à compreensão de que aquele sistema representa, na verdade, a grande esperança de saúde para todo o povo brasileiro. Além de ter o PNI a seu cargo e de responsabilizar-se pela prevenção e promoção de saúde em todo o país, o SUS é o único sistema de saúde a se preocupar com a promoção de ações voltadas para a atenção primária da saúde e único também quanto a atendimentos de vítimas ofendidas por animais peçonhentos. No caso acima aventado da chegada de outras pandemias, tem-se de pensar que a saúde de todos – ou seja, das pessoas de todas as classes sociais – depende da vacinação dos mais pobres tanto quanto dos mais ricos. Torna-se urgente, portanto, a conscientização de que a crescente substituição dos princípios do SUS por uma atuação neoliberal, hospitalocêntrica e baseada em lucro desfavorece a política de promoção de uma proteção da saúde de qualidade para os

brasileiros em geral. Tal substituição posiciona-se frontalmente contra a ideia de justiça social da bioética latino-americana e contra o artigo 2 da DUBDH:

**Artigo 2 – Objetivos**

Os objetivos desta Declaração são:

(vi) promover o acesso eqüitativo aos desenvolvimentos médicos, científicos e tecnológicos, assim como a maior difusão possível e o rápido compartilhamento de conhecimento relativo a tais desenvolvimentos e a participação nos benefícios, com particular atenção às necessidades de países em desenvolvimento (UNESCO-DUBDH, 2005).

**2.2 – O SUS E A PANDEMIA**

A situação de crise decorrente da pandemia de coronavírus iria mostrar, no Brasil, um cenário onde seriam visualizadas as contradições, ambiguidades, perversidades e falácias do neoliberalismo. O Estado, nesse contexto, apareceu representado apenas por algumas poucas instituições, que assumiram o papel de únicos agentes capazes de promover medidas concretas e de correção ou suplantação da crise, principalmente aquelas relativas à área da saúde, o que ficou bastante visível em relação ao SUS e ao PNI (bem como à Fiocruz e a algumas outras instituições) durante a pandemia.

As estatísticas mais básicas mostram que o Brasil não poderia ficar sem o SUS, possibilidade que acarretaria sem dúvida um grande caos social. Examinando alguns exemplos, tem-se que o SUS atendeu a 133.710.730 brasileiros apenas no mês de dezembro de 2020, época das mais críticas na pandemia. Isso equivale a um atendimento de 63,62% da população de 210 milhões do país. Somente no Nordeste, uma das regiões mais pobres do Brasil, a assistência cobriu 46.992.365 pessoas, o que corresponde a 82,33% do atendimento da região (Brasil-Ministério, 2021).

O valor do SUS como instituição de saúde foi reconhecido pela primeira vez por muitos brasileiros após sua atuação durante a pandemia da COVID-19. Desqualificado tantas vezes, passou a merecer o respeito até dos que dele nunca dependeram, mas que passaram a entender o papel de extrema relevância do SUS em relação a toda a população, e não apenas àqueles que não dispõem de um plano privado de saúde.

Exemplos de reconhecimento ao atendimento público de saúde foram registrados em outros países por parte de líderes das nações. Na Inglaterra, o

Primeiro-Ministro Boris Johnson, após seu tratamento contra a COVID-19 e sua saída da UTI, agradeceu ao sistema de saúde inglês por tê-lo salvo. Emmanuel Macron, presidente da França, foi humilde o suficiente para declarar que não havia percebido até aquele momento – os primeiros tempos da pandemia – a grande importância de um sistema público de saúde atuante e eficiente (Carla, 2020). Seu discurso, em 15 de março de 2020, foi analisado como surpreendente – todo a favor da saúde pública – entre as outras nações, efeito que é compreensível se se recordar que Macron é um político liberal que sempre priorizou as leis de mercado em detrimento da área humanística. Duarte-Plon (2020) analisa alguns dos pontos desse discurso que merecem destaque, sendo eles aqui reproduzidos em síntese.

- Macron afirma que “O que revela esta pandemia é que a saúde gratuita sem condições de renda, de história pessoal ou profissão, e nosso Estado-de Bem-Estar social (État-providence) não são custos ou encargos, mas bens preciosos, vantagens indispensáveis diante das vicissitudes do destino.”

- Pede também aos franceses que sigam as recomendações da ciência para se chegar ao controle da pandemia, ainda em seu início.

- Reconhece, em importante momento do discurso (na opinião da esquerda), limites ou falhas do modelo neoliberal, dentro do qual o mercado procura dominar e organizar a totalidade de setores da vida humana.

- É bastante objetivo: “O que esta pandemia revela é que existem bens e serviços que devem ficar fora das leis do mercado.” [Cabe aqui a observação de que o posicionamento de Macron comentado neste item ficou bem explicitado no artigo 14 da DUBDH – Responsabilidade Social e Saúde. Segundo aquela Declaração, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar “o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano” (UNESCO-DUBDH, 2005, artigo 14, b, i).].

- Afirmando que saúde não deve ser avaliada em termos financeiros, Macron promete: “o governo mobilizará todos os meios financeiros necessários para atender os doentes, para salvar vidas, custe o que custar.” Cabe lembrar que o serviço hospitalar público francês (universal, gratuito e de grande qualidade) vem se ressentido, por efeito do neoliberalismo, de falta de pessoal e da gestão de modelo empresarial adotada no governo do ex-presidente Sarkozy.

- O presidente exorta ainda os franceses a uma retomada de controle do próprio destino e garante: “As próximas semanas e os próximos meses necessitarão de decisões de ruptura nesse sentido. Eu as assumirei.” Trata-se de crucial decisão, já que, no cenário de louca mundialização econômica, a França é dependente da China para a fabricação de vários medicamentos. Para dar apenas um exemplo, 98% do paracetamol francês vêm deste último país (no Brasil, não há dados sobre o paracetamol ou outros insumos na área de medicamentos).

A observação final de Duarte-Plon (2020) em sua análise sobre as mudanças anunciadas por Macron é de que “Se servir para ordenar o desenvolvimento mundial e frear a globalização desorganizada que tem como objetivo principal apenas o lucro, o coronavírus já terá sido útil” (Duarte-Plon, 2020).

### **2.3 – A IMPORTÂNCIA DA OMS**

No âmbito mundial, a saúde tem hoje o apoio da OMS. O embrião da OMS foi o chamado Comitê de Higiene, fundado dentro da Sociedade das Nações (SDN), que se transformaria na atual Organização das Nações Unidas (ONU). A motivação mais imediata da criação do Comitê de Higiene foi a necessidade de uma agência centralizada na área de saúde para enfrentamento dos surtos de gripe espanhola, tifo e cólera que se espalharam pelas variadas nações no início do século XX, bem como as diversas doenças disseminadas no mundo e provindas ainda da Primeira Guerra Mundial. Foi dos diplomatas do Brasil e da China a proposta de que uma organização de saúde internacional fosse estabelecida e que uma conferência fosse organizada para a elaboração de sua constituição (WHO-History, 2021). Em 1946, durante a Conferência Internacional de Saúde, seria aprovada a Constituição da OMS, sendo sua oficialização em 7 de abril de 1948. Ela envolveu inicialmente o pacto de 61 países, estando a Organização composta atualmente por 193 Estados membros (Guerra, 2012). O Brasil ratificou aquela Constituição, sendo a Organização aqui internalizada pelo Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948 (WHO-ICD-11, 2019).

A OMS, portanto, é uma organização que fica subordinada à ONU. Sua criação, ocorrendo logo após o fim da Segunda Guerra Mundial, situou a OMS em um período marcado por uma conscientização maior da população e dos governos sobre as

muitas iniquidades praticadas em relação à dignidade e saúde das pessoas em situações como, por exemplo, nos experimentos nazistas e japoneses em prisioneiros e populações marginalizadas. Fruto de um período de mudanças turbulentas, a OMS passava a participar de um grande movimento mundial que procurava redefinir o respeito ao ser humano e discutir e aprofundar os conceitos de saúde, humanismo, dignidade, solidariedade e cooperação, entre outros.

A Organização, assumindo uma postura de dedicação ao bem-estar e saúde de todas as pessoas e guiada pela ciência, procura liderar e defender esforços para dar, em qualquer lugar do mundo e a todos, oportunidades iguais de viver uma vida saudável. Conforme se autocaracteriza, a OMS “conecta nações, parceiros e pessoas para promover a saúde, manter o mundo seguro e servir aos vulneráveis – para que todos, em todos os lugares, possam atingir o mais alto nível de saúde”. (WHO-Sobrequem, 2021).

É compromisso da Organização ajudar tanto de uma forma direta (por exemplo, pelo fornecimento de insumos, trabalhos de campo e equipamentos) como indireta (por exemplo, pela orientação ou cooperação para que os países promovam pesquisas, programas e campanhas de saúde). A OMS trabalha em colaboração direta com tomadores de decisão dos países, como ministérios da saúde, agências governamentais e outros departamentos governamentais em nível nacional e regional, havendo também a colaboração de influenciadores provindos de parcerias de saúde, fundações, organizações intragovernamentais e não governamentais, sociedade civil, mídia, associações profissionais e centros colaboradores da OMS (WHO-Stakeholders, 2021).

O objetivo a que se propôs originalmente a OMS – e que foi seguido nos seus primórdios – foi o de desenvolver ao máximo possível o nível de saúde de todos os povos, o que traduz a importância de seu surgimento no âmbito da governança da saúde do planeta. O conceito de saúde sobre o qual repousam suas ações e que até hoje não deixa de ter sua atualidade, é o de “um completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo apenas da ausência de doença ou enfermidade” (WHO-Constituição, 1948).

Faz parte também das metas da OMS coordenar esforços internacionais para o controle de surtos de doenças variadas como ebola covid, tuberculose e malária, dentre outras, bem como programas de tratamento e prevenção de tais doenças. Apoia ainda o desenvolvimento e distribuição de vacinas pelo mundo. Exemplifica

essa última meta a formação do consórcio Covax-Facility no seu programa de imunização global.

Participam da OMS cientistas experientes e renomados, agrupados em comitês como, por exemplo, o Comitê de Especialista da OMS sobre Padronização Biológica, o Comitê de Especialistas da OMS para a Hanseníase e o Grupo de Estudos sobre Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Esses comitês possuem, sempre que possível, membros flexíveis, o que é feito com a criação de painéis consultivos de especialistas familiarizados com determinado assunto. (WHO-Newsletter, 2021). Em novembro de 2020 eram 485 os membros dos 41 painéis consultivos de especialistas. Destes, 12% vinham da Região Africana, 25% da Região das Américas, 9% do Sudeste Região da Ásia, 29% da Região da Europa, 9% da Região do Mediterrâneo Oriental e 16% da Região do Pacífico Ocidental (WHO-Newsletter, 2021).

Graças aos esforços desenvolvidos pela OMS, foi conseguida a erradicação da varíola na década de 1980, sendo um dos atuais objetivos da Organização a erradicação da poliomielite dentro dos próximos anos (WHO-Anniversary, 2020).

## **2.4 – A OMS NA PANDEMIA DA COVID-19**

O artigo 21, alínea “a”, da Constituição da OMS é bem explícito e de interesse direto nas questões da pandemia da COVID-19 já que se refere aos poderes da Assembleia Mundial da Saúde, órgão deliberativo que provê a regulamentação para, entre outros temas, “medidas sanitárias e de quarentena e outros procedimentos destinados a evitar a propagação internacional de doenças” (USP, 1946). Com base nesse artigo, seria emitido o Regulamento Sanitário Internacional, RSI-2005, que entraria em vigor no Brasil em 2020 por força do Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020 (Brasil-Decreto, 2020), pouco tempo, portanto, antes de a COVID-19 ter sido declarada pela OMS um caso de emergência de saúde pública e, em 11 de março de 2020, um caso de pandemia.

Por parte da OMS, apenas quatro dias depois já estaria sendo publicado o documento “Ações Críticas de Preparação, Prontidão e Resposta à COVID-19” (WHO-OPAS, 2020), ao qual se seguiriam ininterruptamente outras orientações e informações na medida em que os estudos e o conhecimento referentes à COVID-19 progrediam. O documento “Diretrizes de Planejamento Operacional e Plataforma de

Parceiros para Apoiar a Preparação e a Resposta do País à COVID-19”, que complementa o anteriormente nomeado, especifica o objetivo da OMS de apoiar a prontidão e a preparação dos países para a COVID-19; ajudar os países a aumentar sua capacidade de resposta ao problema; aumentar a coordenação internacional para a preparação da resposta; e simplificar o processo de coordenação de recursos e avaliação do nível de preparação dos países (WHO-COVID-19, 2020).

Desde o documento inicial sobre preparações para o enfrentamento da epidemia, a OMS já orientava sobre a necessidade da higienização das mãos, falava sobre a etiqueta respiratória e recomendava a prática do distanciamento social a ser adequado à disseminação da doença (WHO-OPAS, 2020). Os protocolos de enfrentamento da COVID-19 foram atualizados praticamente a cada dia e envolveram recomendações e orientações detalhadas para instituições hospitalares e laboratórios, pessoal da área de saúde, trabalhos de coleta de dados, vigilância de fronteiras e muitos outros casos (WHO-Pandemia, 2021).

Pode-se observar, portanto, que, desde a constatação da ameaça do coronavírus para a população mundial, os esforços da OMS no sentido de alertar, orientar e pesquisar em relação a questões da pandemia são inegáveis, ainda que críticas apontem falhas pontuais em alguns de seus atos. Deve-se reconhecer que, estimulando e orientando a comunidade científica para um esforço conjunto de trabalho, as iniciativas daquela organização representam até hoje o mais importante alento para o desenvolvimento de pesquisas sobre medicamentos e vacinas para combate ao SARS-CoV-2 (Nohama; Silva; Simão-Silva, 2020). Tem-se a verificar, porém, que embora com a vinda da pandemia do coronavírus tenha ficado mais saliente o valor do tratamento da saúde em ações conjuntas dos países e para os países, alguns destes países não agiram dentro de tal perspectiva.

#### **2.4.1 FONTES DE FINANCIAMENTO DA OMS**

Os países membros da OMS, por decisão da Organização desde sua criação e por compromisso que é assumido em cada ato de filiação, contribuem financeiramente para sua manutenção, sendo o valor de contribuição proporcional ao Produto Interno Bruto (PIB) de cada um. A observação dos relatórios orçamentários da OMS comprova essa característica de ser maior a contribuição quanto maior for o PIB do país membro (WHO-Contribuidores,

2019). Essas contribuições abrangem cerca de 20% do financiamento total, sendo o restante coberto pelas contribuições voluntárias de empresas privadas, fundações, organizações filantrópicas e outras.

Como a filiação à OMS inclui essa contribuição monetária à organização, pode haver falhas no sustento desse compromisso. Exemplo disso foi o episódio do congelamento de pagamentos por um de seus maiores contribuintes, os Estados Unidos, no governo Donald Trump, e a quase efetivação da retirada desse país da OMS, caso que acabou sendo resolvido com a nova filiação dos americanos àquela Organização no início do governo Joe Biden naquele país. O evento do congelamento ocorreu durante o primeiro ano da pandemia do coronavírus, 2020. Dizendo que aguardava uma revisão das advertências da OMS sobre a pandemia do coronavírus e sobre as responsabilidades da China no assunto, em abril de 2020 o presidente Donald Trump comunicou que ficaria suspensa a contribuição dos Estados Unidos àquela Organização, que ele acusava de administrar mal e encobrir a real ameaça do vírus. Para Trump, relata reportagem do prestigiado *The Guardian*, a OMS teria sido negligente em relação a uma notificação rápida sobre a pandemia da COVID-19 – o que fica refutado no estudo da linha do tempo dos alertas da OMS – e igualmente não teria feito advertências à China sobre uma suposta responsabilidade do país pela ocorrência (Smith, 2020). Cumprindo sua ameaça de retirada dos Estados Unidos da OMS, o governo de Donald Trump notificou formalmente as Nações Unidas, em julho de 2020, sobre sua saída, o que ocorreria, pelas normas do acordo, um ano após esse aviso (Smith, 2020; Rogers; Mandaville, 2020; Trump [...], 2020).

A medida, se levada a cabo, teria cortado da OMS uma de suas maiores fontes de financiamento em meio a uma pandemia (Rogers; Mandaville, 2020), não tendo sido o ato consumado, entretanto, com a entrada do sucessor de Trump na presidência, Joe Biden. Em relação ao congelamento da contribuição, houve apoio do Secretário de Estado na época, Mike Pompeo, que falou sobre a possibilidade de o país não mais retornar ao financiamento e expôs que a pandemia mostrara a necessidade de uma reforma da OMS e mesmo a criação de uma alternativa à OMS, cujo controle seria feito então de perto pelos Estados Unidos (R7-Internacional, 2020). Aquele Secretário sugeriu ainda que a China sabia, ainda em novembro de 2019, de casos de coronavírus, mas que os escondeu (Pompeu [...], 2020).

Depois do posicionamento dos Estados Unidos sobre o congelamento dos repasses à OMS, o Brasil também acusou a OMS de atuação política e chegou ao final de 2020 com a dívida da contribuição de 2019, o que gera a possibilidade de isolamento diplomático do país e perda do direito a voto, já que em casos como esse o Estado deixa de participar de reuniões e da construção de propostas sobre resoluções sanitárias, bem como de estudos científicos sobre vacinas ou medicamentos (Oliveira, 2020). O presidente brasileiro à época, Jair Bolsonaro, ainda ameaçou que o Brasil poderia deixar a OMS se aquela Organização não deixasse de ser uma “entidade política e partidária” (Coletta, 2020).

Uma adesão incondicional e comprometida de todos os Estados membros com a proteção coletiva da biosfera e da humanidade seria fator da maior importância naquele momento, como insistiram Nohama, Silva e Simão-Silva (2020), alertando, porém, que a preocupação da OMS nesse sentido, embora de alta relevância nesse momento, não foi correspondida por sinais claros contra essa repercussão vindos de governos, agências de fomento à pesquisa, empresas de biotecnologia e da própria indústria farmacêutica.

Pela adesão voluntária feita pelo Brasil, o país se submete à natureza obrigatória dos tratados, a qual se baseia no princípio consuetudinário de Direito Internacional de que os acordos são vinculativos *pacta sunt servanda*, como ensina Shaw (2008). Aprende-se do autor que os tratados são fontes essenciais no Direito Internacional por solicitarem o consentimento expresso das partes contratuais, posicionando-se os tratados, portanto, de modo superior aos costumes. Esse conhecimento vem trazer, com relação à pandemia da COVID-19, um esclarecimento importante. Como o tratado da OMS acabou sendo assinado e ratificado pelo Brasil, é opinião de muitos juristas que, embora não haja um caráter de tratado internacional, o país tem uma obrigação jurídica indispensável de submissão e cumprimento das recomendações emitidas por aquela Organização em relação ao combate à COVID-19. Sobre o assunto existe o julgamento do Recurso Extraordinário nº 627.189 do STF, órgão que lhe deu amparo em flagrante aplicação do transconstitucionalismo que já consta no âmbito do Direito Internacional. Também pode ser examinada a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 672, originária do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, que questionou as condutas do governo federal do Brasil por sua desobediência ao recomendado pela OMS durante o combate à pandemia de coronavírus.

#### **2.4.2 A OMS E O DISTANCIAMENTO DOS COMPROMISSOS ORIGINAIS**

Pelo fato de depender de financiamento externo para seu funcionamento, a OMS acaba não tendo autonomia plena para implementar suas políticas, havendo abalos significativos quando faltam as contribuições de partícipes, como exemplificam a inadimplência por parte do Brasil a partir de 2020, no governo Jair Bolsonaro, ou, de modo mais sério, a ameaça de saída da OMS por parte dos Estados Unidos durante o período do governo de Donald Trump. Também como resultado de sua dependência de financiamento, a OMS acabou sofrendo pressões políticas, como no caso do embate entre os Estados Unidos e a China para determinar responsabilidades quanto ao aparecimento do coronavírus no planeta.

As falhas na manutenção de financiamentos podem gerar, pouco a pouco, o afastamento da OMS de suas propostas originais, como aquela de procurar levar o melhor nível possível de saúde para todos, como está descrito no preâmbulo de sua Constituição. Sobre esse aspecto, um ponto a se questionar é se essa dependência de alguma forma contribuiu para que recentes parcerias da OMS (com o Banco Mundial, por exemplo) revelassem mudanças em sua ideologia e permitissem o vislumbre de um caráter marcadamente capitalista em suas políticas atuais. O assunto merece considerações ainda maiores pelas consequências que pode trazer na vivência de uma pandemia e com a tendência do avanço de políticas públicas neoliberais no mundo.

Em momentos como o da pandemia, quando a aquisição maior ou menor de doses de vacina varia de país para país, fica muito clara a diferença entre os destinos de um medicamento que, teoricamente, deveria ser de acesso universal. Diferentes situações ocorridas durante a pandemia da COVID-19 têm demonstrado esse desnível, como no caso da aquisição pelo Canadá de um número de doses de vacinas contra o coronavírus cinco vezes superior às necessidades de sua população (Países [...], 2020).

São fatos como esse que mostram as contradições do que se define como um direito humano universal – neste caso, a vacina – e que, na prática, revela-se como

uma mercadoria que está à venda para quem possa por ela pagar. Não pela primeira vez, o que se percebe em situações como a da pandemia da COVID-19 é a presença de uma dicotomia: por um lado, a ONU, por meio da Unesco, defendendo a conceituação de universalização na área da saúde; em contraposição, a OMS, praticando sutis (porém de alta gravidade) mudanças ideológicas em suas parcerias (tome-se como exemplo a parceria com o Banco Mundial). Isso ocorreu, no caso da OMS, ao propor para as ações internacionais no campo da saúde a substituição da expressão “acesso universal à saúde” (que engloba saúde como um direito humano universal) pela expressão “cobertura universal de saúde”, identificável pela sigla UHC – Universal Health Coverage, que é, em última análise, um sistema pago de apólices de seguro (Garrafa; Cunha; Manchola-Castillo, 2018; Garrafa; Pyrrho, 2021). Ao privar a ideia de “saúde como um direito humano universal” de seus elementos essenciais (a gratuidade e a integralidade dos serviços públicos para a área da saúde), aquela organização revela preocupante retrocesso. O que se pode perceber do contexto da UHC é que se trata de uma proposta de privatização e terceirização dos sistemas públicos de saúde, sistemas estes que passam a ser alocados no mercado internacional (Manchola-Castillo *et al.*, 2017), o que significa, em suma, um desvio da OMS daqueles propósitos originais expressos em sua constituição. Para melhor avaliação desse caso, cabe aqui uma revisão sobre aspectos dos processos capitalistas e seus efeitos desastrosos.

Concentração de riqueza proporciona concentração de poder, sendo essa concentração uma realidade que já funciona dentro de um círculo vicioso e de forma cada vez mais disseminada no mundo, conforme afirma Chomsky (2019), sendo um de seus resultados a precarização dos sistemas de saúde para a população geral. Entre os vários princípios de concentração de riqueza e poder de uso do Capitalismo desenvolvidos pelo autor merecem destaque: restringir a democracia, reestruturar a economia, transferir o fardo para os mais pobres e para a classe média, controlar os órgãos reguladores de saúde, políticos e econômicos e atacar a noção de cooperação e solidariedade. Isso porque a essência do Capitalismo, explica ainda o autor, é a competitividade, e não o compartilhamento e a cooperação, o que resulta inevitavelmente em um afastamento da postura de solidariedade. Essa competitividade significaria “[...] não se importar com os outros” –, atitude normal para os ricos e poderosos, mas devastadora para todo o restante da humanidade, especialmente para as populações mais pobres. Tem sido necessário muito esforço

para apagar esse tipo de sentimento da cabeça das pessoas. Exemplifica isso, como completa o autor, o ataque contra os sistemas de Previdência Social (Chomsky, 2019, p. 81).

A competitividade caminha na contramão dos princípios da cooperação e solidariedade, como preconiza a BI, podendo-se dizer que representam os valores que mais incomodam ao sistema capitalista. Esses valores são também privilegiados tanto na Constituição da OMS como na DUBDH. Nesta última, tem-se, no artigo 13, que “[...] a solidariedade entre os seres humanos e a cooperação internacional nesse sentido devem ser incentivadas” (UNESCO-DUBDH, 2005). Já no preâmbulo daquela Constituição, entre os princípios que são apresentados como basilares para a felicidade, a harmonia e a segurança dos povos, merecem destaque:

- A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados.
- O desigual desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum.
- Os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas (WHO-CONSTITUIÇÃO, 1948, grifos nossos).

Ao propor a responsabilidade dos governos sobre a saúde de sua população, a OMS mostra aproximação com os objetivos do sistema de saúde brasileiro, sistema que, inspirado no artigo 196 da Constituição de 1988, pretende implementar integralmente a saúde como direito do povo e dever do Estado. A responsabilidade proposta pela OMS aproxima-se, igualmente, dos princípios da BI, entre os quais encontra-se o da equidade, voltado à igualdade e à conquista da justiça social. A DUBDH expressa idêntica preocupação em seu artigo 14, alínea a:

**Artigo 14 – Responsabilidade Social e Saúde**

- a) A promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade (UNESCO-DUBDH, 2005).

Há também uma identidade observada entre o convite da OMS à solidarização dos países e o princípio que a BI apresenta como “solidariedade crítica”. A BI mostra que esse termo não pode ser tomado como sinônimo de solidariedade e ajuda ao outro – expressos como, por exemplo, assistência social, filantropia, misericórdia, caridade e fraternidade –, esclarecendo que essas concepções carecem de um

sentido político-social mais profundo, qual seja o da possibilidade do respeito ao pluralismo moral, da minimização das desigualdades sociais e de uma autonomia livre de paternalismo (Garrafa; Soares, 2013). Assim, a solidariedade crítica proposta pela BI e centrada no comprometimento do sujeito em suas intervenções e ações orgânicas, visam a dar ao “outro” (indivíduo, grupo ou nação) a oportunidade de uma autonomia não subsidiada por paternalismo ou autoritarismo, conforme explicam Garrafa e Soares (2013), o que se aproxima das proposições originais da OMS quando essa busca a relação solidária que, partindo da responsabilidade dos governos “pela saúde dos seus povos”, dá o próximo passo, que é o de unir as várias nações no combate do que chama de “perigo comum”: epidemias e pandemias (WHO-Constituição, 1948, artigo 2º).

Diz o senso comum que uma nação não alcança sua autonomia tendo um povo doente, sendo ainda a saúde fator essencial para sua paz e segurança. Se há, portanto, um inimigo comum (o “perigo comum” citado pelo OMS e exemplificado no caso da pandemia de coronavírus), a saúde só pode ser trabalhada em termos de cooperação e responsabilidade entre nações, autônomas em suas decisões, mas sob uma orientação comum, numa postura de solidariedade crítica e amadurecida. Essa orientação conducente a uma solidariedade global fica bem determinada também no artigo 2º da constituição da OMS, quando as funções que vai procurar exercer para alcançar seus objetivos são discriminadas. Destacam-se aqui algumas delas (letras b, h, i, j) referentes à presente discussão:

#### **Artigo 2**

.....

b) Estabelecer e manter colaboração efetiva com as Nações Unidas, organismos especializados, administrações sanitárias governamentais, grupos profissionais e outras organizações que se julgue apropriado;

.....

h) Promover, em cooperação com outros organismos especializados, quando for necessário, a prevenção de danos por acidente;

i) Promover, em cooperação com outros organismos especializados, quando for necessário, o melhoramento da alimentação, da habitação, do saneamento, do recreio, das condições econômicas e de trabalho e de outros fatores de higiene do meio ambiente;

j) Promover a cooperação entre os grupos científicos e profissionais que contribuem para o progresso da saúde (WHO-CONSTITUIÇÃO, 1948, artigo 2º, grifos nossos).

Essa revisão acima sobre o cenário da OMS dentro de um mundo capitalista parece indicar que, no momento em que se rende às diretivas da UHC, a OMS descaracteriza suas proposições originais e se afasta daqueles princípios que a

harmonizavam com uma bioética crítica, trazendo com esse posicionamento desastrosas consequências àqueles que dependem exclusivamente da atenção à saúde não paga – o caso exato do Brasil.

Hoje o mais importante desafio enfrentado pelo SUS concerne a essa lógica mundial que, em sua máxima expressão, constitui a UHC, cobertura construída basicamente por sistemas de financiamento de apólices de seguro que cobrem pacotes limitados de serviços fornecidos por empresas, algumas estrangeiras, conforme esclarecem Garrafa, Cunha e Manchola-Castillo (2018). Infelizmente, lamentam aqueles autores, a ideia da UHC foi encampada pela OMS em contraposição à proposta de Acesso Universal à Saúde, tendo em vista a flagrante diferença prática existente entre “cobertura” (limitada, acessível a usuários de “planos de saúde” tipo “Obama Care”) e “acesso” (amplo, indistintamente a todas as pessoas), embora as duas tenham a universalidade como ponto de referência, a primeira é enganosa e a segunda real. Em referência ao Brasil, explicam eles, esse tipo de cobertura destrói o SUS quanto a seu aspecto de gratuidade, integralidade e acesso universal, já que a UHC – na qual se baseou o conhecido e limitado Programa Obama-Care de seguro privado à baixo custo, acima citado e implantado nos Estados Unidos há uma década atrás, com limitadas opções clínicas disponíveis aos usuários pagantes – constitui-se, em síntese, em um programa para privatização e terceirização dos sistemas de saúde. A implantação de princípios como os da UHC no contexto atual do país, como se observa, não corresponde a uma postura de preocupação com o povo e, conforme apontam ainda com muita propriedade Garrafa, Cunha e Manchola-Castillo (2018), as ações de um governo no qual a democracia fosse legítima e em funcionamento deveriam ser voltadas para os interesses da coletividade, isto é, priorizando-se os interesses e o bem-estar da população, o que definiria o real sentido da democracia.

Já durante a pandemia da COVID-19, revelou-se a palpável diferença entre o acolhimento disponível aos brasileiros por meio do SUS e a situação de milhares de cidadãos impossibilitados de receberem o tratamento necessário por não terem condição de pagar hospitais particulares naqueles vários países em que a saúde é vista como mercadoria, e não como um direito do cidadão. Um exemplo é o dos Estados Unidos, onde essa situação de não acolhimento disponível já foi, por si só, responsável pela morte de muitas pessoas. Pode-se calcular, sem receio de estar divagando, que seria bem mais alto o patamar do número de mortos durante a

pandemia no território brasileiro (que, em 2019, tinha cerca de 14.8 milhões de pessoas na condição de pobreza absoluta ou desempregadas, dessa forma impossibilitadas de pagar planos privados de saúde, segundo o Brasil-IBGE de 2021), não fosse a possibilidade do atendimento pelo SUS, um serviço de inequívoco valor político-social com uma trajetória que, infelizmente, tem sido marcada por casos de subfinanciamento, desleixo e dificuldades de operacionalização cuja responsabilidade pode ser atribuída aos governantes do país, incluindo seus três poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário.

A importância de um sistema de saúde acessível a todos foi muito bem destacada e engrandecida pelo Papa Francisco em julho de 2021, período em que esteve internado no Hospital Agostino Gemelli, da Itália, recuperando-se de uma cirurgia. As palavras do pontífice, pronunciadas em seu contato com os fiéis no momento do *Angelus*, não só expressaram seu profundo reconhecimento pelo cuidado que recebera naquela entidade, mas representaram um apelo claro à necessidade de que todas as pessoas do mundo tivessem direito de acesso aos cuidados de saúde. “Nesses dias de internação no hospital experimentei o quanto é importante um bom serviço de saúde gratuito, acessível a todos, como existe na Itália e em outros países. Um sistema de saúde gratuito, que garanta acesso e um bom serviço a todos”, disse o Papa Francisco. Enfatizou a importância de que esse serviço, que chamou de “bem precioso”, tivesse continuidade nos países em que já existisse – como o Brasil, por meio do SUS – e, em seguida, chamou a atenção para uma geral responsabilidade que viabilizasse essa prestação de serviços: “E para isso é necessário que todos se empenhem, porque serve a todos e pede a contribuição de todos” (Papa Francisco, 2021a).

## **2.5 – EPIDEMIAS, PANDEMIAS E MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA**

Rob Wallace é figura que se destaca na qualidade de filogeógrafo, epidemiologista evolutivo e principalmente como crítico sistemático do sistema capitalista de produção, qualificando-se como ex-consultor da Organização das Nações Unidas/Organização para Alimentação e Agricultura (ONU/FAO) e do CDC dos Estados Unidos. Explorando uma avenida trilhada por poucos, ele afirma que a

pandemia da COVID-19 tem ligação direta ou indireta com as mudanças na produção ou no uso do solo associadas à agricultura intensiva. Explica a seguir que:

A monocultura de capital intensivo – tanto a pecuária quanto a agricultura – impulsiona o desmatamento e os empreendimentos que aumentam a taxa e o alcance taxonômico do transbordamento de patógenos: dos animais selvagens para os da pecuária e, destes, para os trabalhadores do setor (Wallace, 2020, p. 527).

O autor é um dos poucos especialistas da área a direcionar a responsabilidade dessa situação às políticas neoliberais com sua criação industrializada de animais confinados para abate e, também, aos processos de desmatamento que reduzem o *habitat* de espécimes silvestres, ficando estas, então, mais próximas dos humanos e de seus rebanhos. Mostrando em sua pesquisa que epidemias e pandemias não podem ser descoladas do modo de vida das populações, Wallace critica severamente o modo de produção capitalista empregado nas atividades agropecuárias.

Ele exemplifica que, nos anos 1970, o surto de ebola no Sudão relacionou-se diretamente com a pressão de industriais ingleses para expandir a produção de algodão, procedendo-se à derrubada de florestas; o surto de ebola na Guiné, em 2013, igualmente foi ligado ao desmatamento para a produção de óleo de palma, sendo essa destruição florestal responsável pelo aparecimento desproporcional de morcegos, considerados reservatórios naturais para os vírus; a gripe H5N1 (gripe aviária), surgida em Guangdong, na China, foi resultado de uma grande transformação agrícola na região. Aos processos econômicos e políticos da atualidade, o autor faz a seguinte crítica, cuja pertinência merece análise: “Percebi repetidas vezes que o poder político molda tanto as doenças infecciosas quanto as ciências que as estudam” (Wallace, 2020, p. 27).

Na linha de raciocínio desse autor, pode-se complementar que a dominação política levando a uma dominação ideológica, cultural e econômica deveria ser enfrentada com o conceito de pluralismo e cooperação como expresso no artigo 24, alínea a, da DUBDH:

#### **Artigo 24 – Cooperação Internacional**

a) Os Estados devem promover a disseminação internacional da informação científica e estimular a livre circulação e o compartilhamento do conhecimento científico e tecnológico (UNESCO-DUBDH, 2005).

Analisando razões que podem tornar a pessoa mais suscetível aos vírus, *Matta et al.* (2021) buscaram em Blanchette (2020) as situações de risco a que estão expostos os trabalhadores nas indústrias de produtos de origem animal e que tornam a pessoa vulnerável, ressaltando entre essas situações a do contato com dejetos e vísceras; a permanência em linhas de produção que envolvem baixíssima temperatura; a chance de acidentes com objetos cortantes; o contato íntimo com animais de vida curta e baixa resistência a doenças; bem como a manipulação de resíduos químicos e orgânicos altamente tóxicos, sem contar a questão de relações de trabalho precárias. Aqueles autores lembram também a censura de Lapegna e Otero, feita em 2016, sobre uma democratização alimentar em países economicamente vulneráveis, a qual partiria do princípio de que a vida é boa e justa se houver carne na mesa, não se atentando para as cargas de trabalho precarizado envolvidas no processo. Ao trazerem de volta essas críticas de autores sobre a ideologia capitalista concernente à indústria da carne, *Matta et al.* criticam a omissão praticada pelo Capitalismo em relação a pesquisas sobre a origem de pandemias:

[...] não é por menos que mesmo com a intensa transmissão registrada em frigoríficos de vários países, nas especulações sobre a origem de pandemias como esta da COVID-19 não se fala de um “pulo” de vírus vindo de animais de criação intensiva, embora cada um desses animais possa ser considerado um agente transmissor (*Matta et al.*, p. 77).

A relação entre a fragilidade sanitária dos frigoríficos e a disseminação do coronavírus durante a pandemia ficou bem caracterizada na pesquisa feita no condado de Louisa, Iowa, nos Estados Unidos. A fábrica-sede da empresa Tyson de processamento de carnes, “em cujas instalações a COVID 19 se disseminou, abriga mais casos *per capita* que o Estado de Nova York”, registra Wallace (2020, p. 540). Outros dados vêm do Estado do Rio Grande do Sul após pesquisa de Segata *et al.* (2021), autores que levantaram 5.804 casos de COVID-19 entre trabalhadores do setor frigorífico nos primeiros seis meses da pandemia. A pesquisa mostra ainda que, em junho de 2020, esse número representou 32% dos casos daquele Estado, isto é, 1/3 do contingente de contaminados. A conclusão dos pesquisadores é a de que ao trabalho com a carne pode ser imputada grande fatia da interiorização da COVID-19 no Rio Grande do Sul.

A implicação de frigoríficos na disseminação da pandemia não é assunto usualmente veiculado pela mídia. Em paralelo, entretanto, foi bem divulgado que a

fonte da responsabilidade dos primeiros vírus da COVID-19 teria sido um mercado de carnes exóticas em Wuhan, na China. Presenciou-se no Brasil a politização desse fato, com reações de descontentamento de alguns para tudo que se originasse da China, até mesmo vacinas contra o próprio coronavírus. Keck (2020) faz a leitura de que essa associação da COVID-19 a apenas hábitos alimentares exóticos de países e culturas distantes parece ser a propaganda do ponto de vista hegemônico dos países do Norte Global. Além de não haver um real interesse por parte de posturas capitalistas em se buscar as origens da transmissão dos vírus em processos de desflorestamento e processamento industrial de carne, tem crescido, nos últimos anos e com a ajuda dos veículos de comunicação, a disseminação entre o povo de um falso sentimento de orgulho pelo crescimento do agronegócio no Brasil. Isso só mostra uma tendência do país a se especializar em *commodities* e a abandonar a pesquisa, a tecnologia de ponta e a educação em geral, o que só prova, em suma, uma condição de subordinação de país periférico aos países centrais, fato exaustivamente referido pela BI. Criticando “essa campanha imoral de que o agro é tech, o agro é pop, o agro é tudo”, Krenak faz a conexão da situação que se está atravessando durante a atual pandemia com os processos de agronegócios no cenário capitalista: “Essa calamidade que nós estamos vivendo no planeta hoje, pode apresentar a conta dela para o agro” (Krenak, 2020, p. 23).

## 2.6 – VACINA, COLONIALIDADE E PARQUE DE IMUNOBIOLOGICOS

A noção de colonialidade do saber e do poder são trazidos para os estudos da América Latina por Quijano (2005), tendo Bosi (1992) também trabalhado sobre o processo de colonização ideológica exercido pelo europeu sobre, por exemplo, os indígenas desta parte do mundo, como é o caso do índio brasileiro. Analisa o autor: “O índio de Alencar entra em íntima comunhão com o seu colonizador. Peri é, literal e voluntariamente, escravo de Ceci, a quem venera como sua *lara*, ‘senhora’, e vassalo fidelíssimo de Dom Antônio” (Bosi, 1992, p. 177). Os reflexos da colonialidade são também visíveis quando se estudam os processos vacinais e a problemática do parque de imunobiológicos brasileiro, verificando-se ali a falácia de ideologias (midiáticas e de literatura) impingidas com o objetivo de conservar a subjugação do colonizado, como também tratado em Bosi (1992) e Quijano (2005).

Uma situação de colonialidade, observa-se, pode ser mantida pela propaganda enganosa, englobando suas duas categorias principais: a “colonialidade do saber” e a “colonialidade do poder”, ambas entremeadas, interdependentes e complementares (Flor-do-Nascimento; Garrafa, 2010). O exame de um dos aspectos da economia que está bastante presente na mídia atual, o agronegócio, pode exemplificar uma ilusão de progresso e desenvolvimento do Brasil. De acordo com qualquer dos canais abertos de televisão, o agronegócio é o mais importante setor que move o Brasil no momento. O economista de reconhecimento internacional Celso Furtado, tratando sobre a economia do Brasil desde o tempo colonial, desenvolveu a reconhecida “Teoria da Dependência”, quando o país não produzia manufaturas, mas apenas produtos agrícolas de exportação, e chama a atenção para o fato de que essa atitude econômica apenas mantém o país sempre no mesmo patamar de país agrário exportador, não resultando, portanto, no seu desenvolvimento. Nas origens históricas do subdesenvolvimento poderia ser detectada uma “dependência cultural que está na base do processo de reprodução das estruturas sociais correspondentes” (Furtado, 1974, p. 80). O cenário da época desenhado por Furtado é, entretanto, o mesmo do Brasil atual. Conforme Furtado (1974, p. 78), “Sem modificações maiores nas técnicas de produção”, o cenário não muda, ou, dito de outra maneira, se o país não investe em tecnologia, pesquisa e educação, persiste sendo uma colônia.

Hoje, o Brasil é uma colônia um pouco diferenciada, com outra roupagem, mas continua sendo uma colônia onde não existe mais um País-mãe (no caso de Portugal para o Brasil em séculos anteriores), mas o mundo globalizado sob a poder dos grandes conglomerados econômico-industriais internacionais. Iludidos pela propaganda de alto nível nas televisões de *led* e *oled*, algumas pessoas podem se encher de orgulho pelo avanço do país, apontando para sua maquinaria atualizada, pelas colheitadeiras modernas, pelos tratores que têm até computadores e sensores de alta precisão em suas cabines. Não são as pessoas informadas de que essas máquinas imensas não são fabricadas aqui, mas com tecnologia de fora. Aqui, o que continua sendo feito, da mesma forma como era no tempo colonial, segundo a análise de Furtado (1974), é o produto agrícola e sem valor agregado que o país exporta. Essa colocação exemplifica a força concreta da colonialidade do saber (pelo domínio externo do conhecimento) e da colonialidade do poder (representado pela força econômica).

A dependência econômica e a dependência tecnológica parecem entrar em um ciclo de repetições. No caso das vacinas durante a pandemia da COVID-19, por exemplo, verificou-se que o Brasil não tem condições de ser independente na sua produção. Não são incentivadas e custeadas todas as pesquisas necessárias, faltam laboratórios ou, quando existem – como exceções pontuais representadas heroicamente por escassos laboratórios mantidos pelo poder público, como o Farmanguinhos da Fiocruz, no Rio de Janeiro, e o Butantan, em São Paulo –, não estão preparados para produzir os insumos das vacinas, que têm então de vir de fora. Persiste, dessa forma, praticamente a mesma situação de colônia dependente de tecnologia externa, uma situação vigente há 200 anos, como foi apontada por Celso Furtado.

O cenário da pandemia de COVID-19 iria ressaltar a diferença colonial entre o Norte e o Sul Geopolítico. O trabalho de pesquisa sobre a doença e sua vacina, um trabalho intelectual considerado nobre e rentável, foi executado pelos laboratórios dos países Centrais, enquanto que o Brasil, via-se dependente de insumos vindos de fora para conseguir produzir a vacina e, ainda, dependente da transferência de tecnologia originária do Norte. Não tendo providenciado a capacitação de profissionais ou as instalações e insumos essenciais necessários para uma atividade de tal monta, o Brasil não teve como pesquisar e implementar uma vacina inteiramente nacional pelo menos até um ano e dois meses após o início da pandemia.

A pandemia da COVID-19 viria escancarar novamente uma posição de dependência que já se revelara no século XX, quando houve reações positivas do governo ao problema. Hoje o mercado produtor de vacinas brasileiro (vacinas humanas) tem a presença do setor público, uma situação que foi fruto de uma estratégia governamental adotada em meados da década de 1980, quando a multinacional Syntex, responsável por 80% do mercado imunobiológico, recusou-se a continuar sua atividade diante de exigências do Ministério da Saúde relativas ao controle de qualidade na produção de vacinas, soros antitóxicos e antiofídicos (Possas *et al.*, 2020), ficando esses produtos em total e repentina falta no país. Em resposta a essa tomada de consciência sobre a completa dependência do país à tecnologia estrangeira quanto à produção de insumos imunobiológicos, o governo canalizou pesados recursos para os laboratórios nacionais e públicos. “Os excelentes resultados desses investimentos nos produtores públicos foram decisivos para a consolidação do Programa Nacional de Imunizações”, o PNI, programa que foi

reconhecido internacionalmente “pelo seu sucesso e pela bem sucedida estratégia de utilização do poder de compra do SUS no processo de transferência e incorporação de tecnologia” (Possas *et al.*, 2020, p. 78).

Como resultado dos significativos investimentos para incremento do setor de pesquisa e fabricação nacional de vacinas para humanos, o Brasil havia expandido consideravelmente sua capacidade produtiva local de insumos farmacêuticos, assim substituindo um modelo de importações por um de produção, seguindo-se a isso o lançamento do Programa de Autossuficiência de Imunobiológicos (PASNI), em 1985, cujo objetivo era tornar o país autossuficiente na produção de imunizantes (Passarinho, 2021). Com o trabalho de suas instituições públicas de pesquisa – Bio-Manguinhos (Fiocruz), Instituto Butantan, Fundação Ezequiel Dias (Funed), Instituto Vital Brasil e Instituto Tecnológico do Paraná (Tecpar) –, o Brasil passou, partir de 1986, a fabricar suas vacinas mais importantes, como a tríplice viral, a tríplice bacteriana e aquelas contra febre amarela, poliomielite, tuberculose e hepatite B.

Entretanto, esse modelar parque farmoquímico, que representava para o país um passo importante na conquista da autossuficiência, iria começar seu desmoronamento pouco tempo depois de chegar a seu auge. Ainda no início de 1990, conforme Passarinho (2021), a abertura comercial promovida pelo presidente Fernando Collor facilitaria a importação maciça de produtos para o Brasil, estando entre esse os imunizantes. Ficou difícil, para os fabricantes nacionais, competirem com os preços de importação oferecidos, além do que houve queda expressiva dos investimentos governamentais para seu setor. Então, passou-se a importar tudo por meio de multinacionais, em larga escala, como no caso do Ingrediente Farmacêutico Ativo (IFA), moléculas pequenas e outras matérias-primas necessárias à fabricação da vacina (Passarinho, 2021). Enquanto o lucro das multinacionais aumentava, mais profunda ficava a subalternização tecnológica e política do país. Enquanto os produtores de insumo chineses e indianos despontavam no cenário, no Brasil as fábricas iam sendo fechadas, até o ponto de restarem no parque farmoquímico de vacinas apenas a Fiocruz e o Butantan, ambas públicas.

Outro fator iria interferir no trajeto da indústria vacinal brasileira. Com o objetivo de implantar um regime ainda mais criterioso para a liberação de medicamentos de forma a nivelar os padrões do Brasil aos padrões internacionais de segurança em qualidade em pesquisa, foi criada a Anvisa em 1999, no governo de Fernando Henrique Cardoso, medida que, entretanto, não foi acompanhada de um necessário

investimento que permitisse a atualização de sua infraestrutura e a continuidade da fabricação de vacinas no país. Recorda Passarinho (2021) que, na época, o Instituto Butantan era o fabricante da vacina DTP, e da vacina contra a hepatite B, cujas patentes são brasileiras. Embora de posse da tecnologia necessária para continuar a fabricação, o Butantan não foi capaz de custear as indispensáveis atualizações de sua fábrica para se adequar às exigências regulatórias, tendo então o país que passar a importar aqueles imunizantes. A abertura econômica foi feita sem o cuidado de se verificarem quais segmentos seriam atingidos, faltando aí visão estratégica. A opinião é de Gonzalo Vecina Neto, fundador e primeiro presidente da ANVISA no período de 1999 a 2003, que ainda afirma que o governo se fiou na exportação de produtos agrícolas quando ocorreu o *boom* das *commodities*, faltando para a área uma visão de longo prazo (PANWAR, 2021).

Aliaram-se, portanto, no cenário do país, a falta de matéria-prima, a falta de recursos humanos e a falta de fábricas adaptadas para finalização das vacinas, mesmo continuando a existir a tecnologia necessária no caso. É uma situação que os cientistas da área apelidaram de “vale da morte”, uma espécie de ponto de estrangulamento no fluxo que se inicia pela descoberta científica nos laboratórios acadêmicos e tem a fase final na industrialização da vacina. Na opinião da microbiologista Ana Paula Fernandes, existe no país capacidade técnica e pesquisadores de ponta, mas alguns gargalos impedem que as descobertas se transformem em vacina. Ela exemplifica afirmando que há aqui conhecimento técnico para fazer vacinas como a da Pfizer e Moderna contra a COVID-19, não havendo, entretanto, matéria-prima, investimentos e fábricas que possam produzi-las, no que concorda Jorge Kalil, professor de imunologia da USP e ex-presidente do Instituto Butantan, alertando que sem laboratórios e fábricas não pode haver testes das descobertas das universidades em animais, não adiantando existirem cientistas excelentes no Brasil quando ainda é preciso atravessar o “vale da morte” (Passarinho, 2021). Anteriormente, Jorge Kalil já se manifestara sobre a questão, comparando a situação de outros países que já têm vacinas desenvolvidas localmente contra o coronavírus, aprovadas e sendo produzidas em larga escala, com a situação do Brasil, que, segundo ele, ainda “engatinha” nesse trajeto (Vitório, 2021).

Com a aprovação da “emenda do fim do mundo, a EC nº 95, em 15 de dezembro de 2016, foi agravada a situação, já que essa emenda congelou por 20 anos os recursos destinados à saúde. O encolhimento do financiamento da saúde

pública viria trazer graves consequências para a sustentação de um parque de imunobiológicos já debilitado, além, é claro, de graves consequências para a população durante a pandemia da COVID-19, quando faltariam condições materiais e financeiras para atender agravos de rotina (acidentes vasculares cerebrais, infartos do miocárdio, comas hiperglicêmicos, falta de insumos anestésicos e outros), já que a pouca verba existente era canalizada para casos de COVID.

O atual cenário do país em referência ao parque de produtos imunobiológicos, alertam Possas *et al.* (2020, p. 79), constitui uma “preocupante situação” que traz consequências negativas para a saúde pública e para o desenvolvimento econômico e social, consequências essas concomitantes a uma “ameaça do risco de surgimento e disseminação de doenças virais transmitidas por vetores, como dengue, chikungunya, zika e outras doenças infecciosas e parasitárias, afetando a força de trabalho e a sociedade em geral.” Os pesquisadores ainda aconselham: “Será fundamental, nesse contexto global, elaborar estratégias que possam contribuir para a reversão do quadro atual e mais adequada inserção do Brasil na estratégia global de inovação e desenvolvimento tecnológico de vacinas.” No primeiro semestre de 2021, eram oito as principais empresas do mercado mundial de vacinas, sendo que quatro delas estão localizadas em países em processo de desenvolvimento (BioEvans, Bharat Biotech e Serum Institute estão na Índia; a BioPharma está na Indonésia), mas nenhuma delas localiza-se no Brasil (Possas *et al.*, 2020).

A pandemia da COVID-19 viria desnudar novamente uma posição de dependência que o país já atravessara na década de 1980, que havia sido em parte resolvida, mas que retornou com o governo Collor. Em março de 2020, em plena pandemia da COVID-19, a importação de insumos pelo Brasil para a fabricação de vacinas contra o coronavírus era da ordem de 90% e, enquanto o país recorria à China para obter esses insumos, mais profunda era a situação de sucateamento de laboratórios e fábricas construídos para a produção de imunizantes no país. Como explica Gavioli (2020), a crise de desindustrialização no Brasil levou a um agravamento das condições de resposta à pandemia, já que, com o fechamento das fábricas do país especializadas em equipamentos médicos (de modo específico aquelas destinadas à produção de respiradores, seringas e agulhas), houve a necessidade de se importar, a preços abusivos, esse tipo essencial de equipamento.

Ainda há de se apontar que o tratamento dado a processos vacinais para humanos é, no Brasil, bem diferente daquele dado ao setor agropecuário, que é

receptor de investimentos que continuamente aceleram seu desenvolvimento. Os resultados de minucioso trabalho da BBC News Brasil mostraram, em fevereiro de 2021, que, contrastando com as duas fábricas de vacinas para humanos – ambas públicas, não custa reforçar – são 30 as fábricas de vacina para gado existentes no Brasil na atualidade. Essas fábricas permitem que, em mais de 90% das vacinas para gado, o ciclo completo de produção – da semente de trabalho do vírus vivo ao envase e distribuição – ocorra em território brasileiro, como revela Emílio Saldanha, vice-presidente do Sindicato Nacional da Indústria de Produtos para Saúde Animal (SINDAN), sendo que essa situação de mercado garantiu para o Brasil um faturamento anual de R\$ 6,5 bilhões no setor farmacêutico veterinário e um posição de liderança mundial na exportação de gado para todo o planeta (Passarinho, 2021).

## **2.7 – VACINA COMO DIREITO HUMANO E DEVER DO ESTADO**

Em geral a expressão “direitos humanos” traz em si uma conotação de verdade, de princípios sagrados, de um bem que é inerente, de modo evidente e indiscutível, aos seres que compõem o conjunto “humanidade”. Mais que isso, traz a impressão de que os direitos mencionados são direitos aplicáveis a “todos” os seres humanos, a partir do pensamento de que todos os homens são criados iguais e que nenhum está acima da lei. E, finalmente, vem com a expressão direitos humanos a noção de que entre os direitos humanos estejam fundamentalmente colocadas a preservação da vida e a liberdade. Uma análise mais fria dessas ideias aceitas tão acriticamente por muitos, entretanto, pode revelar que elas não condizem com a realidade.

Nos Estados Unidos, quando Thomas Jefferson, em 1776, assim se expressou: “Consideramos estas verdades autoevidentes: que todos os homens são criados iguais, dotados pelo seu Criador de certos direitos inalienáveis, que entre estes estão a Vida, a Liberdade e a busca da Felicidade” (Jefferson, 2009, p. 219), o que era um simples documento ganhou a força de uma declaração, a denominada Declaração da Independência daquele país. Já na França, após a Revolução Francesa, houve muita dificuldade em se redigir uma declaração de direitos humanos. Dos 24 artigos iniciais rascunhados, apenas 17 artigos foram aprovados. A isso, adicione-se que a publicação do documento provocou considerável movimentação de grupos, tanto a favor como contra sua efetivação. Embora a Declaração dos Direitos do Homem e do

Cidadão traduza uma promessa de direitos humanos universais, ela não conseguiu impedir a implantação, na França, de um governo que reprimiu direitos individuais e processos desenfreados de colonização, especialmente em nações africanas, por mais de dois séculos, estendendo-se essa repressão nas futuras constituições francesas (Hunt, 2009).

Na prática, os redatores dessas primeiras declarações de direitos nos Estados Unidos e na França restringiram esses direitos de tal forma que muitos grupos não foram alcançados pelo pretense tratamento igualitário universal, a começar pelo grupo das mulheres, seguidos pelos de pessoas que não tivessem propriedades, negros alforriados, escravos, crianças, doentes mentais, estrangeiros, prisioneiros de guerra e algumas minorias religiosas. Apesar das ideias de liberdade, igualdade e fraternidade que pareciam inspirar o texto, na prática estava-se longe de considerar que “todos” seriam iguais em direitos, como mostra o exemplo do direito ao voto, o qual somente seria concedido às mulheres francesas em 1945. São exemplos como esse que levam a se considerar que, sob alguns aspectos, as declarações norte-americana e francesa podem ser consideradas elitistas, misóginas e racistas.

Não se pode esquecer que havia, para a implementação dessas duas declarações, fortes raízes ideológicas e políticas, podendo-se pensar na possibilidade da existência de um imperativo político para a mudança dos sistemas de governo da época, uma reação sociopolítica contra o sistema monárquico (com seus nobres franceses ou ingleses) e o poderio político e jurídico da Igreja Católica. Entretanto, Declarações não têm, no momento histórico atual, a força vinculante que possuíam aquelas antigas declarações da Inglaterra e da França, que eram afirmações bem formais e explícitas, com força similar a uma norma jurídica. Isso se explica pelo objetivo que possuíam de provocar um rompimento com o que estava estabelecido, fosse pela Igreja Católica, fosse pelas monarquias, para possibilitar a criação de pilares que pudessem suportar uma nova forma de governo na possibilidade de seu aparecimento. Nesse cenário, as declarações possuíam enorme força política.

Logo em seguida, entretanto, observa-se um paradoxo entre as determinações dessas declarações antigas e as atitudes de uma sociedade que passa a se estruturar a partir de uma economia baseada nos conceitos de raça nos domínios coloniais, no patriarcado e, ainda, na dominação de minorias religiosas e culturas exóticas. Com o passar do tempo, em reação a tal situação, começam a surgir reivindicações de

direitos por parte de alguns grupos, o que abria caminho para que grupos similares, e às vezes não tão similares, reivindicassem idênticos direitos.

Exemplificando, quando os primeiros negros alforriados foram contemplados com o direito de cidadania, abriu-se a possibilidade do direito à liberdade para todos os escravos negros. Não era, entretanto, do interesse do sistema econômico capitalista que mudanças significando a liberdade de alguns grupos ocorressem, já que, recordando aqui os ensinamentos de Karl Marx, a existência de diferenças de classe é fator essencial para que haja a expropriação da mais-valia e manutenção de privilégios para uma elite dirigente (Marx; Engels, 1958).

Nessa dificuldade do reconhecimento dos direitos humanos para todos, torna-se pertinente questionar, mesmo em relação à Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (ONU-DUDH, 1948), como podem ser ditos universais direitos humanos que não são reconhecidos universalmente (Hunt, 2009). Outro questionamento poderia ser: se um país como os Estados Unidos, como é mundialmente sabido, não reconhece o direito do cidadão à saúde, tendo ela de ser paga pelo próprio indivíduo, todo aquele que não tiver recursos para o pagamento ficará alijado das organizações de saúde? E, dessa questão, pode-se chegar à próxima: como falar então em direitos humanos universais como direito à vida se a vida implica diretamente no direito à saúde e se, em muitos casos, a falta de dinheiro para o tratamento de uma doença mais séria pode levar ao óbito?

Falar em direitos “humanos”, portanto, pressupõe que esses direitos sejam prerrogativas de todos os humanos e em todo o mundo pelo simples fato de terem os participantes do processo o *status* de seres humanos, ratifica Hunt (2009) ao afirmar que os direitos humanos requerem três qualidades encadeadas: devem ser naturais (inerentes aos seres humanos); devem ser iguais (os mesmos para todo mundo); e devem ser universais (aplicáveis por toda parte). Parece, entretanto, que a aceitação da qualidade natural dos direitos tem sido mais fácil do que as da sua igualdade ou universalidade. Isso decorre do fato de que a igualdade e a universalidade fogem à estruturação capitalista, a qual se volta para os processos individuais, com prejuízo então dos processos coletivos. Outra observação de peso é que os direitos humanos se tornam inegavelmente mais práticos e aplicáveis quando carregam um conteúdo político forte, ou seja, quando, na sua concretude dentro da sociedade, eles são aplicados, diferentemente do caso de direitos humanos apenas como conteúdo de declarações, normas, suposições filosóficas ou afirmações sobre direitos divinos.

Direitos humanos, democracia e liberdade, conforme afirma Hunt (2009) são aspectos que existem na sociedade e que precisam ser cuidados com frequência, vigiados e mantidos, caso contrário vão se esvaír e desaparecer, dando vez a outras estruturas políticas e econômicas. Daí advém a necessidade de continuamente se reforçar a importância da produção acadêmica crítica e reflexiva como uma maneira de expressar permanentemente essa vigilância proposta por Hunt, devendo tal produção valer-se de um discurso que chegue de maneira fluídica à consciência e à compreensão da população em geral, e não em um formato que favoreça o armazenamento dos textos apenas nas prateleiras ou na memória de computadores dos espaços acadêmicos. Os direitos humanos não são apenas uma doutrina formulada em documento a qual toma por base uma disposição em relação às outras pessoas, mas um conjunto de convicções sobre como são as pessoas e como elas distinguem o certo e o errado (Hunt, 2009).

Daí decorre a necessidade e importância de que essas convicções e sentimentos estejam no âmbito do povo de uma maneira geral. Os indivíduos precisam ter consciência dos seus direitos e isso tem de ser levado à maior parte da população, e não somente a uma elite ou àqueles legisladores que redigiram princípios e declarações. Reconhecer que os outros são senhores de si é tão importante quanto se reconhecer como senhor de si mesmo para que existam reais direitos humanos. Se o requisito de entender que os demais indivíduos são senhores de si não for preenchido, está-se construindo as condições para a formação de desigualdade de direitos, já que daí decorreria o raciocínio: por não terem eles a própria liberdade, eu serei senhor deles. A partir dessa reflexão, percebe-se que, para que haja o desenvolvimento completo das condições necessárias para a igualdade e universalidade de direitos, é necessário que as ideias sejam decolonizadas e que, no caso das nações do Sul, saia-se definitivamente do ponto de subalternidade.

Marcante no primeiro período pandêmico no Brasil foi a confirmação, pelo STF, da extensão da competência concorrente dos Municípios, Estados, Distrito Federal e União no pertinente à edição de normas sanitárias visando a suavizar os efeitos já sentidos como resultado de uma coordenação de políticas governamentais desastrosas (Redação Rede Brasil Atual, 2021). Também provinda do STF, cabe notar a decisão de que a vacinação compulsória não significava vacinação forçada, sendo sempre necessário o consentimento de seu usuário, assunto que também se viu sujeito a conflitos político-ideológicos durante a pandemia. Entende ainda o STF

que a vacinação pode ser implementada por medidas indiretas, tais como a restrição ao exercício de determinadas atividades ou à frequência a certos lugares, desde que constituam medidas previstas em lei. Outros quesitos a serem observados, conforme orientações daquele órgão, são os de que haja evidências científicas para a implementação das medidas e que as estratégias adotadas no processo vacinal sejam seguidas de informação aos cidadãos envolvidos; de que permanentemente se respeite a dignidade e os direitos humanos fundamentais; de que a implementação obedeça a critérios de razoabilidade e proporcionalidade; de que a vacina seja de distribuição universal e gratuita; e, finalmente, de que a vacinação poderá ser implementada tanto pela União como pelos Estados, Municípios e Distrito Federal, respeitada a competência de cada esfera.

Cabe acrescentar que, embora a vacinação compulsória não seja nenhuma novidade no Brasil, o caso específico da vacinação contra a COVID-19 traz o exame da questão para um ângulo bioético no momento em que ela passa a ser analisada como um dever moral de cada cidadão em relação a si e à comunidade, já que a contenção dessa doença com seu alto grau de transmissibilidade também fica na dependência de atitudes individuais que interferem em toda a sociedade.

### **CAPÍTULO 3 – BIOÉTICA, VACINAS E VACINAÇÃO**

Questões éticas podem aparecer durante todo o percurso de desenvolvimento e aplicação das vacinas, manifestando-se desde a etapa de pesquisa laboratorial até as fases de testes em seres humanos, finalizando com a fase de produção, encaminhamento, aplicação e o período pós-vacinação, quando, ao longo do tempo, deve existir o seguimento da observação do surgimento de possíveis efeitos adversos ou colaterais. Como o tema da vacinação envolve a questão da manutenção da saúde e, portanto, da vida, a bioética, da posição de uma ética aplicada também voltada para a vida, pode trazer importantes contribuições nessa área de estudo. Entretanto, a própria bioética, por ter atravessado diferentes momentos, precisa ser revista no sentido de que se selecionem seus referenciais, fundamentos e princípios que melhor representarão um esteio ao direito à saúde proporcionado pela vacina e, portanto, reforço do viés humanista e de justiça social da bioética.

São múltiplos os fatores que vão intervir na própria conceituação de bioética e o resultado pode ser fruto das perspectivas adotadas quando da realização da tarefa. Para começar com as orientações de Schramm (2006), uma definição de bioética será feita segundo seu objeto de estudo, seus métodos ou tipos de procedimentos, suas tarefas e finalidades, suas referências a teorias morais adotadas, a extensão de seu campo de aplicação e a caracterização dos atores envolvidos e afetados no decorrer do processo.

Se pensada como fez Potter (1970) ao sistematizá-la, a bioética envolveria uma ideia forte de globalidade dentro do que se evidenciavam as preocupações voltadas para a ecologia e a sobrevivência do ser humano num cenário de crescente desenvolvimento tecnocientífico e biomédico. Porém, na aplicação da bioética de Potter, tornou-se perceptível que sua visão, sendo global, acabava por abrir possibilidades que levavam em conta outras situações mais específicas e não imediatamente decorrentes de uma expansão técnica, biológica ou científica na humanidade, principalmente problemas em relação à degradação do meio ambiente, ou seja, problemas morais que, na explicação de Schramm (2006, p. 148), seriam “produtos de algo que depende de outros fatores já conhecidos”.

Já o viés capitalista no planeta mostrou seus reflexos até no desenvolvimento da bioética principialista, na qual existe uma máxima valorização do princípio do

respeito à autonomia em detrimento dos seus outros três princípios (a beneficência, a não maleficência e a justiça no sentido formal), não tendo essa bioética se valido de outros princípios como solidariedade, cooperação, equidade, proteção e justiça social. Ao privilegiar o valor da autonomia do indivíduo, a bioética principialista acabou por exacerbar o individualismo e competitividade entre pessoas. Não havia, portanto, em primeiro plano, a intenção de priorizar uma perspectiva humanista e globalizante nessa leitura da bioética.

Por outro lado, para a BI o conceito desenvolvido é de que a bioética consiste em um novo instrumento, uma nova ferramenta da teoria da ética aplicada e do método científico, disponível para o estudo, avaliação e intervenção nos conflitos morais persistentes e emergentes verificados no mundo contemporâneo, tendo como macro referências centrais a defesa das populações mais vulneráveis, a inclusão social e a defesa dos direitos humanos universais (Garrafa; Cruz, 2022)

Foi para atendimento desses tipos de desafios não cobertos pela bioética pensada por Potter nem, posteriormente, pela bioética anglo-saxônica (norte-americana e europeia), que se passou ao desenvolvimento (principalmente pelos esforços de bioeticistas latino-americanos) de uma bioética com um espectro mais amplo, crítico, pluralista e politizado, voltado aos problemas que persistem em existir em países periféricos, caso, então, das bioéticas da intervenção e a da proteção, entre outras. Essas duas correntes antissistêmicas de reterritorialização epistemológica do pensamento anglo-saxônico e seus fundamentos teórico-práticos, no dizer de Feitosa e Flor-do-Nascimento (2015), que encontram apoio e orientação nos preceitos existentes na DUBDH, têm-se mostrado capazes de agregar, acolher, discutir e analisar conceitos, procedimentos e métodos dos mais variados campos do saber, no intuito de formular respostas à grave crise multifatorial que a humanidade atravessa, essencialmente nos pontos de maior pobreza do planeta.

Os dois objetos centrais da presente tese, a bioética e a vacina, encontram sólida conexão entre si na justiça social, princípio capital na bioética mais recente proposta na América Latina, e, assim, no direito à saúde. O direito à saúde na justiça social aparece exercendo um papel de “ponte” que liga os princípios e valores bioéticos à preservação da vida, o que implica no direito a condições geradoras de saúde e, por consequência, no direito da recepção da vacina. O direito à saúde liga-se à bioética em vários de seus aspectos, incluindo-se entre eles a maioria daqueles

existentes, especialmente na BI, que é uma das referências do presente estudo, e na DUBDH.

Quando se fala em direito à saúde, esclareça-se, é preciso entender que esse direito diz respeito ao atendimento da pessoa assim como a todos os insumos contidos no cenário dos atos sanitários, tais como os medicamentos e as vacinas, situação ilustrada em vários diplomas legais, tal como a própria Constituição brasileira e constituições de alguns outros países, e plenamente explicitada pela DUBDH, declaração tomada como um dos referenciais para a análise e discussão do conteúdo da presente tese.

Todas essas considerações aconselham um debate para exame da correlação da eticidade do uso da vacina como expressa a partir das provisões da Carta Magna brasileira e como expressa especialmente nos fundamentos teórico-práticos da BI, em princípios e referenciais da DUBDH e no próprio desenvolvimento histórico da bioética, para que se possa, na sequência, examinar a eticidade da vacina no contexto do bem individual *versus* o bem coletivo e no direito (ou não...) do acesso de todas as pessoas ao seu uso.

### **3.1 – BIOÉTICA E POLÍTICAS PÚBLICAS DE VACINAÇÃO – O BEM INDIVIDUAL *VERSUS* O BEM COLETIVO**

O maior bem jurídico a ser protegido é a vida e, de uma maneira abrangente, entende-se que o direito à vida e à saúde se traduz em variados aspectos, como os de moradia; alimentação; locomoção; acesso a organizações de saúde; e acesso a insumos vários, estando entre estes últimos os medicamentos e as vacinas. Esse entendimento está presente na Constituição Federal brasileira, em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil-Constituição, 1988, artigo 196).

Dos termos “promoção” e “proteção” presentes na construção do referido artigo da Constituição, pode-se inferir o conceito ampliado de saúde, ou seja, o indicativo do caráter multidimensional da saúde, e não somente do indicativo da ausência de

doença. Esse conceito ampliado de saúde está conexo aos DSS, temática que apareceu nos anos 1970 e que atualmente integra a epidemiologia crítica. Trata-se, conforme esclarece a Fiocruz (2023), de um conceito da área de saúde pública que se refere a um conjunto de acontecimentos, fatos, situações e comportamentos (sejam da vida econômica, social, ambiental, política, governamental cultural ou subjetiva) que afetam positiva ou negativamente a saúde de indivíduos, segmentos sociais, coletividades ou populações e territórios. Ainda segundo a Fiocruz (2023):

Os DSS são associados ao conceito de equidade em saúde, conforme também preconiza a bioética porque, impactam de forma diferente, e muitas vezes injusta, a saúde de pessoas, grupos sociais e comunidades e suas possibilidades de acesso à proteção e ao cuidado à vida (FIOCRUZ, 2023, p. 1, grifos nossos).

Esses indicadores podem identificar a conexão entre, de um lado, a bioética no sentido de justiça social e beneficência e, de outro, os procedimentos da vacinação. Exemplificando a questão, tem-se, conforme o epidemiologista Claudio Maierovitch, que a maioria das pessoas que morreram pela COVID-19 vêm das camadas mais pobres da população, residem em locais insalubres, são muitas vezes trabalhadores informais, têm piores condições nutricionais e maiores dificuldades de locomoção, um conjunto de fatores que levou essas pessoas a uma grande exposição à doença. Agravando o quadro, continua o epidemiologista, essas pessoas são, em geral, aquelas que não possuem acesso a informações fidedignas, que têm dificuldade de acesso ao serviço de saúde ou a outras formas confiáveis de proteção (Maierovitch, 2021).

A resposta governamental a essas lacunas de proteção e cuidado no caso de uma pandemia (que, no Brasil, tornou-se realidade a partir de 2020) seriam as garantias, para todas as pessoas, de alimentação; de informação confiável sobre a doença e sua vacina; de um trabalho de possível execução ou um mínimo de renda para o sustento familiar; da oferta de transporte para os locais de vacinação; e de disponibilização de cuidados médicos. Todos esses e ainda outros quesitos relacionados estão previstos no cerne dos princípios que a BI, como bioética voltada às questões dos países periféricos – para usar a sua linguagem –, disponibiliza, tais como dignidade humana, igualdade, justiça e equidade, estando, também, previstos na DUBDH.

Pôrto e Pontes (2003) mostram que a vacinação não está circunscrita à área da saúde – vai mais além e se imbrica com a cultura, a ciência e, também, a ética, sofrendo ainda a influência de outras áreas distintas como a economia e a política em nível global, o que acaba por torná-la uma questão potencialmente polêmica. As considerações a serem feitas são múltiplas, portanto, estando entre elas a questão da determinação da importância do bem coletivo sobre o bem individual ou de seu inverso, cenário em que a bioética poderá trazer contribuições de real importância.

Partindo do fato de que as vacinas não são cem por cento seguras, sua aplicação em grande escala trará, inevitavelmente, problemas e dilemas éticos em relação à responsabilidade de todo o corpo social e, principalmente, dos governos constituídos. Na hipótese de efeitos adversos resultantes de uma vacinação em massa, é preciso considerar que, pela sua pouca ocorrência, eles não tenham valor estatístico em nível coletivo, podendo, no entanto, resultar em um efeito ruim em nível individual e familiar. Essa linha tênue que define a importância do individual sobre o coletivo ou vice-versa não vai encontrar esclarecimento em um campo de estudos isolado, já que cada um dos campos revelaria tendências na definição do que seria o mais e o menos importante. Pode-se propor, entretanto, que uma maneira de analisar ética e moralmente os procedimentos da vacinação – assim como todos aqueles conexos à área da saúde pública – seria pela bioética, portadora que é das características de abrangência e inclusividade e, ainda, pelo método dedutivo que adota, já que se fundamenta em princípios gerais para, a seguir, aplicá-los a casos concretos. Definindo um desses casos concretos em discussão aqui, tem-se que:

Pandemia é um termo que designa uma tendência epidemiológica. Indica que muitos surtos estão acontecendo ao mesmo tempo e espalhados por toda parte. Mas tais surtos não são iguais. Cada um deles pode ter intensidades, qualidades e formas de agravo muito distintas e estabelece relações com as condições socioeconômicas, culturais, ambientais, coletivas ou mesmo individuais (Matta *et al.*, 2021, p. 15).

Esse aspecto de coletividade contido na definição e que concerne à discussão sobre o bem individual *versus* o bem coletivo leva à reflexão de Schramm (2003) quando o autor afirma que, no caso em que um bem comum esteja em disputa, o interesse da coletividade deverá ter prioridade sobre os interesses individuais, sendo um exemplo clássico disso as graves epidemias ou as pandemias.

Um caso que bem exemplifica o bem coletivo alcançado quando sobreposto a possíveis interesses individuais é o da pandemia de varíola. As perdas de vidas humanas foram imensas. Embora em maio de 1980 ela tenha sido declarada extinta pela Assembleia Mundial da Saúde da OMS (Gonçalves, 2020), apenas 13 anos antes a varíola havia infectado 15 milhões de pessoas e matado dois milhões. Como explica Harari (2021), a humanidade conseguiu derrotar a varíola porque todas as pessoas em todos os países se vacinaram. Se apenas um país não vacinasse sua população, toda a humanidade ficaria exposta ao perigo, pois enquanto o vírus da varíola existisse e evoluísse em algum lugar, sempre haveria a chance de se espalhar por todos os lugares.

Por exemplos como o acima, percebe-se que, de modo especial no caso de epidemias e pandemias, o uso cogente das suspensões temporárias de algumas das liberdades individuais deveria ser percebido como legítimo e coadunando-se ao princípio da proteção do corpo social contra as ameaças individuais e grupais que possam prejudicá-lo. Ensina Rawls (2008) que, caso o Estado, amparado em uma perspectiva jurídica, imponha a vacinação, este mesmo Estado, como corolário e decorrência direta do ato jurídico cogente, deveria criar algumas políticas de responsabilidade e compensação no intuito de evitar ou minimizar a ocorrência de possíveis danos, dando a assistência necessária para todos aqueles que por acaso venham a sofrer algum dos efeitos adversos das vacinas. A situação, agora de uma perspectiva bioética, está claramente descrita no artigo 4 da DUBDH, que diz:

**Artigo 4 – Benefício e Dano**

Os benefícios diretos e indiretos a pacientes, sujeitos de pesquisa e outros indivíduos afetados devem ser maximizados e qualquer dano possível a tais indivíduos deve ser minimizado, quando se trate da aplicação e do avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e tecnologias associadas (UNESCO-DUBDH, 2005).

Finalmente, no debate entre o individual e o coletivo no referente à vacinação cabe lembrar Salmon *et al.* (2006) quando esclarecem que os não vacinados se beneficiam da proteção coletiva, mas não correm eles mesmos o risco de passarem por reações adversas, exemplo de que um dos problemas éticos que pode ser levantado quanto aos programas de vacinações é o do conflito moral quando relacionado à equidade social, contexto em que se consideram os efeitos que o coletivo pode ter sobre o individual.

### 3.2 – A BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO (BI)

A BI pode ser considerada como uma das teorias antissistêmicas emanadas da bioética que alcançou significativa visibilidade, especialmente no contexto latino-americano da atualidade. Teve seu início na década de 1990 no então denominado Centro de Estudos e Pesquisas em Bioética da Universidade de Brasília, já apresentando hoje como fruto de suas atividades mais de uma centena de publicações acadêmicas, além de dezenas de dissertações, teses e alguns capítulos de livros. Sua aparição formal ocorreria em 2002, como conferência de abertura do 6º Congresso Mundial de Bioética promovido pela International Association of Bioethics e realizado em Brasília.

A BI pode ser caracterizada como uma proposta conceitual e prática que interpreta a bioética como um novo território do conhecimento científico, como exposto por Garrafa e Porto (2008). Em relação aos temas, a BI divide a bioética em dois grandes campos: a bioética das situações emergentes, ligada aos avanços biotécnico-científicos e tecnológicos das últimas décadas; e a bioética das situações persistentes, que trabalha com as grandes iniquidades sociais (Garrafa; Porto, 2008), mais encontradas nos países periféricos, e que recentemente foi exemplificada pelo episódio do acesso desigual à vacina contra a COVID-19

A essencialidade da BI reside no seu procedimento de abrangência cultural, flexibilização dialógica e politização dialogada direcionada à solução, no âmbito dos países periféricos, de seus inúmeros conflitos coletivos e dos macroproblemas de ordem persistente, tais como analfabetismo, aborto, estigmatização, fome, miséria e não acesso à saúde (Garrafa, 2021). Dentro desse processo de estudar, interpretar e intervir no campo das iniquidades sociais e dos complexos e persistentes conflitos bioéticos da contemporaneidade, a BI procura obter o maior benefício possível para o máximo número de pessoas, no pelo maior espaço de tempo possível, buscando diminuir a exclusão social e ampliar a conscientização das pessoas (Silva; Drummond; Garrafa, 2011).

Como bioética originária de países pobres, volta-se a BI, primordialmente, aos dilemas persistentes presentes nesses países, dirigindo sua atenção à porção mais frágil da sociedade e propondo-se, sob o referencial do princípio da equidade, a lutar “contra todas as formas de opressão e pela promoção da justiça” (Porto, 2012, p. 110)

Em seu processo de construção, amadurecimento e consolidação, a BI caracteriza-se como uma “proposta bioética libertadora”, na afirmação de Feitosa e Flor-do-Nascimento (2015, p. 277), que a justificam evidenciando a perspectiva antissistêmica da BI manifesta pela sua clara opção política e sua insurgência epistêmica contra a postura de dominação epistemológica do conhecimento bioético assumida pelos chamados países centrais do sistema-mundo capitalista. Em seu movimento de procura pelas respostas mais adequadas às questões bioéticas denominadas persistentes, a BI consolida, portanto, sua caracterização como um movimento de insurgência antissistêmica e de reterritorialização epistemológica da bioética, conforme Feitosa, Flor-do-Nascimento (2015).

Entretanto, evidencia-se a necessidade de que haja, como base de ação, uma conscientização por parte do próprio povo latino-americano sobre a existência de um estado de dominação e a manutenção de um estado de subdesenvolvimento a que está submetido, o que constitui um dos temas da BI. Em suas considerações sobre o assunto, Feitosa e Flor-do-Nascimento (2015) falam da obrigatoriedade do desenvolvimento de um pensamento próprio na América Latina e registram os esforços nesse sentido realizados por pensadores e pensadoras, alguns dos quais não lograram êxito em se desembaraçar da herança epistemológica colonial eurocêntrica, enquanto que outros conseguiram chegar a rupturas epistêmicas mais ou menos radicais. Dessa concepção de realidade e de dominação, afirmam ainda aqueles autores, será gerada a possibilidade de uma prática que possibilitará a transformação daquela condição imposta pelo sistema colonial.

Essa transformação remete ao pensamento de Walsh (2008) quando a autora considera que a insurgência epistêmica caracteriza um processo de contínua construção de estratégias e práxis, o que seria em suma, segundo ela, a construção de mecanismos de pensar, refletir e atuar concomitantemente, tendo como finalidade uma dissolução das epistemologias dominantes. A influência de uma insurgência epistêmica como proposta pela BI levaria a transformações de perspectivas e paradigmas teóricos e políticos, registrando-se que, em aliança com a insurgência política, tem proporcionado novos caminhos não só para povos indígenas e afrodescendentes como para o conjunto da população (Feitosa; Flor-do-Nascimento, 2015)

No *ranking* das teorias de maior importância da atualidade, a BI tem merecido destaque como das mais evidenciadas teorias do pensamento latino-americano “em

face de sua marca identitária latino-americana, seu perfil ideológico e sua influência no campo de conhecimento da bioética”, sendo posicionada como a principal novidade que se segue às teorias da dependência, da pedagogia do oprimido, da teologia da libertação e da colonialidade do poder (Feitosa; Flor-do-Nascimento, 2015, p. 277).

A conexão entre a BI e a DUBDH na área social transparece em vários momentos da Declaração e isso pode ser percebido quando, mais adiante neste trabalho, são consideradas as principais categorias que a BI utiliza, merecendo destaque a questão da influência da BI na construção do artigo 14 da DUBDH. Entretanto, embora a DUBDH, como declaração oficial da bioética e documento proclamado pela Unesco (órgão de forte representatividade em nível mundial), seja uma inquestionável força atuante da bioética, pode-se dizer que é a BI a manifestação da bioética que melhor traduz e que espelha com maior fidelidade as contradições e as iniquidades encontradas nos países do Sul geopolítico. Isso ocorre porque, se, por um lado, testemunha-se a forte representatividade que tem uma organização como a Unesco, não se pode dela esperar uma total liberdade de expressão sobre qualquer tipo de assunto, percebendo-se que, em contrapartida, BI pode não só ser mais atuante como também ter uma voz mais livre e forte politicamente do que a daquela Organização em suas manifestações quanto às iniquidades sociais constatadas atualmente no mundo.

### **3.2.1 Categorias teórico-práticas propostas pela BI**

Diversas são as categorias ou conceitos da BI já listados por vários autores. Entretanto, pelas características da BI como corrente de pensamento ainda recente no campo das éticas aplicadas, por estar a BI em constante aperfeiçoamento e por ser ela dialógica e inclusiva, tal listagem não pode ser vista como final, não sendo um rol taxativo e mantendo-se permanentemente aberta a alterações e novos aportes a qualquer momento nas discussões pelos autores. Algumas dessas categorias, por sua constância moral ou por sua maior proximidade com o tema da presente tese, são aqui destacadas, a saber: equidade; solidariedade crítica; libertação; alteridade; não discriminação e não estigmatização; corporeidade; combate ao imperialismo moral; direitos humanos universais; os Quatro Pês; e colonialidade

### • Equidade

O termo equidade vem do latim *aequitas* e, de acordo com o Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa (Equidade, 2006), tem o significado de “apreciação, julgamento justo”, com a seguinte descrição:

1 respeito à igualdade de direito de cada um, que independe da lei positiva, mas de um sentimento do que se considera justo, tendo em vista as causas e as intenções; 2 virtude de quem ou do que (atitude, comportamento, fato etc.) manifesta senso de justiça, imparcialidade, respeito à igualdade de direitos; 3 correção, lisura na maneira de proceder, julgar, opinar etc.; retidão, equanimidade, igualdade, imparcialidade (Equidade, 2006).

O surgimento do debate sobre equidade não é novo, esclarece Garrafa (2002), sendo que seus principais agentes foram aqueles movimentos sociais que lutaram contra as discriminações raciais e de gênero. Rawls, como pesquisador e jurista estadunidense, foi provavelmente quem mais contribuiu teoricamente para a expansão deste conceito nos últimos anos (Jonas, 2006).

A equidade, como esclarecem Garrafa, Oselka e Diniz (1997), nada mais é que o reconhecimento das diferentes necessidades que as pessoas têm para que gozem de uma vida com o maior grau de dignidade possível. Em outras palavras, isso consistiria em tratar desigualmente os desiguais, conforme bem esclarecido por Aristóteles (2021). Como dito por Garrafa (2002), a equidade seria um referencial para os direitos humanos, antecedendo o passo do reconhecimento da cidadania do indivíduo. Caracteriza-se também como um caminho de uma ética prática ou aplicada em face da realização dos direitos humanos universais, entre eles o direito à vida (Garrafa, 1999), e do artigo 8 da DUBDH. Fazendo uma contrapartida, a igualdade pode ser entendida como uma consequência desejada da equidade, um ponto de chegada para a justiça social (Garrafa; Oselka; Diniz, 1997).

Um dos princípios doutrinários do SUS, o sistema de saúde brasileiro vigente desde 1990 no país, é a equidade, sendo esse princípio entendido como a igualdade dos cidadãos perante as ações e serviços do SUS, como explica Levantezi (2021). A equidade no âmbito do SUS tem suas bases na justiça social (atentando-se para uma alocação de recursos que priorize os mais vulneráveis e mais necessitados); na igualdade (possibilitando a todos a vivência de saúde, dignidade, autonomia, participação, acesso universal); e na redução de iniquidades (dentro de diretrizes

éticas e políticas que objetiva a minimização de diferenças injustas e evitáveis) (Granja *et al.*, 2010)

As caracterizações da equidade que norteiam o sistema de saúde do Brasil encontram-se em uníssono com aquelas apresentadas pela BI, expondo essa bioética “que é função do Estado a proteção dos vulneráveis e a garantia de acesso à educação, saúde e de direitos fundamentais ao maior número de pessoas” (Levantezi, 2021, p. 89), uma proteção que não se estende apenas no campo de danos e riscos, mas procura garantir os direitos fundamentais da pessoa, o respeito à sua vulnerabilidade como pessoa humana e, ainda, sua integridade individual, conforme explica ainda aquele autor.

Baseado no princípio da equidade (diretamente relacionado com os conceitos de igualdade e justiça social), o SUS busca alcançar o reconhecimento das diferenças socioeconômicas nas condições de vida e saúde das pessoas, bem como de suas necessidades, atento a suas variadas diferenças sociais e à diversidade, dando mais recursos a quem mais necessita, razão pela qual procura diminuir também o impacto dos DSS sobre grupos específicos (Ocké-Reis, [202-]). Nesse campo, o Brasil desenvolve programas de saúde que consideram a pluralidade da população, englobando em si as populações do campo e da floresta, negros, ciganos, pessoas em situação de rua, idosos, pessoas com deficiência, entre outros, como registrado por Ocké-Reis [202-].

#### • **Solidariedade crítica**

É a concessão ao outro de uma autonomia sem paternalismo, assistencialismo, autoritarismo ou liames com a religiosidade. Trata-se, na verdade, da procura de uma relação horizontal dialogada ou, usando outra forma, de um “genuíno comprometimento do agente em intervenções e ações orgânicas, que busca proporcionar à pessoa-alvo a conquista da real autonomia” (Cruz; Trindade, 2006, p. 494).

De forma sintética, está-se falando de uma solidariedade entre os assim chamados “desiguais”, o que encontra esteio na Constituição brasileira quando essa Carta diz que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza” (Brasil-Constituição, 1988, artigo 5º). Pode-se dizer que, para a solidariedade crítica, não deveria haver nenhum tipo de distinção, diferença ou discriminação entre os seres humanos em qualquer área, seja esta econômica, social ou biológica, dessa forma

postulando o objetivo de uma solidariedade que busca transformações estruturais que conduzam à possibilidade de correção de assimetrias porventura existentes, tanto no nível individual quanto coletivo.

A conscientização e exercício de seus direitos pelo próprio sujeito da solidariedade crítica foi idealizado na tese de doutoramento de Lucilda Selli e sinteticamente descrito no trabalho de Selli e Garrafa (2006) sobre seu papel ao lado do que denominaram “gramscianamente” de voluntariados orgânicos como possibilidade efetiva de intervenção e transformação societária. Dizem os autores:

O sujeito da solidariedade, pela prática solidária crítica, estabelece, com os destinatários da atividade voluntária orgânica, relações que lhes possibilitam descobrir-se como sujeitos capazes de exercerem seus direitos políticos e civis, de liberdade e igualdade. Na medida em que o indivíduo se reconhece como sujeito que possui direitos e deveres, tanto no plano social quanto no político, terá as condições necessárias para fazer suas escolhas e responder pelas consequências de suas decisões (Selli; Garrafa, 2006, p. 249).

Em sua prática, a solidariedade crítica procura construir uma sociedade mais igualitária, sólida e inclusiva, esclarecem Selli e Garrafa (2006), elucidando ainda que a solidariedade é dita crítica neste caso porque pressupõe a capacidade de discernimento por parte do agente, usando este critérios para a detecção das dimensões social e política que estarão sempre presentes na relação solidária.

A solidariedade crítica traduz-se em uma ação exercida por grupos voluntários ou associações da sociedade com a finalidade de completar as atividades públicas do Estado que sejam voltadas ao fortalecimento da cidadania e da promoção do bem-estar social. Tem a função de orientar as condutas das pessoas, visando à transformação social por meio de políticas públicas democráticas e equitativas, como explicam Selli e Garrafa (2006), sendo, portanto uma solidariedade comprometida, interventiva e capaz de gerar mudanças tanto individuais como coletivas. Caracterizadas como beneficentes para a pessoa, as mudanças, continuam aqueles autores, englobam a busca da justiça, posto que, quando em nível individual, têm o papel de conscientizar o indivíduo sobre si mesmo e sobre seus direitos e seus deveres como pessoa social e cidadão político. Sintetizam Selli e Garrafa (2005, p. 478) sobre esse aspecto da solidariedade crítica dizendo: “Tornou-se evidente que a

solidariedade crítica deve ser entendida como condição para a justiça e como medida que constitui um complemento para sua concretização.”

O aspecto da relação horizontal anteriormente apontada aqui nas palavras de Cruz e Trindade (2006) integra também a lista-síntese das características do conceito de solidariedade construída por Selli e Garrafa (2006) e cuja síntese a seguir pode contribuir com a lucidez sobre o que vem a ser a solidariedade crítica e sobre sua importância: é um valor próprio da pessoa humana e originado de sua dignidade; não se sujeita a determinações, prescrições e crenças religiosas, não integrando, portanto comunidades morais distintas e, possivelmente, antagônicas; é um valor universal, tal quais os direitos civis de vida, liberdade e direito de expressão, entre outros; é exercida pela pessoa dentro da sociedade civil, sem conectar-se a seu papel de cidadão, de profissional, de crente ou outro; envolve em sua prática tanto aqueles que se identificam quanto aqueles que diferem quanto a suas moralidades, devendo essa prática sempre estabelecer uma relação horizontal, igualitária e unívoca; e, finalmente, situa-se entre a ideia de imparcialidade (ser movido pelo bem geral do outro) e a ideia de benefício mútuo (reciprocidade).

#### • **Libertação**

Busca ensejar a percepção e a conscientização sobre a existência do poder, de seus mecanismos intrínsecos e de seus locais de atuação como forma de libertação das pessoas oprimidas dos laços de submissão àquele poder, mas avançando mais além, com base em ideias de Paulo Freire, combatendo a gênese e os atores espúrios envolvidos com os mecanismos que o oprimiam (Garrafa, 2005b).

Segundo Giroux (2022), Freire vê como primeira tarefa da política dominante a estratégia de tornar o poder invisível e que, nesse sentido,

para os intelectuais tornarem os mecanismos de poder visíveis em todos os níveis da interação social devem esses intelectuais assumir a responsabilidade de, através de um projeto autoconsciente, de alertar os estudantes e outros sobre os mecanismos que tornam a vida dolorosa e o sofrimento humano desnecessário aceitável (Giroux, 2022, p. 19).

É necessário entender que a dominação também se processa de maneira subliminar, sendo que um dos mecanismos para tanto é o uso que se faz das palavras e da linguagem visando a uma descaracterização da humanidade da pessoa para,

dessa forma, impedir sua libertação do jugo do dominador. Merece menção a escolha de alguns vocábulos rotineiramente usados na atualidade, como “capital humano” e “mão de obra”, nos quais pode ser notada uma leve dissolução da condição de humanidade no universo de elementos econômicos. No grupo de termos como “recursos minerais”, “recursos hídricos”, “recursos financeiros” etc., já aparece o termo “recursos humanos” também, mecanismo subliminar quase imperceptível de igualar o homem aos recursos que normalmente ele gerencia, transformando-o em mais um recurso entre tantos outros, algo que pode ser desvalorizado, utilizado, comercializado e descartado.

Além de se dar no nível individual em campos específicos como, por exemplo, o educacional ou o cultural, a libertação pode ser considerada em relação a grupos, comunidades e nações. Ilustra este último caso a submissão econômica de todos os países do planeta quando implementam suas compras internacionais tendo de usar como forma de pagamento o dólar americano. Durante a pandemia da COVID-19, isso se evidenciou no caso das dificuldades pelas quais passaram os países periféricos, com suas moedas desvalorizadas, situação em que se viram obrigados a adquirir dólares para poderem comprar os insumos e vacinas de combate ao SARS-CoV-2.

No entender de Freire (2005), a ideia de libertação envolve bem mais do que uma tomada de consciência sobre a existência do poder. Além de direcionar o sujeito ao *locus* onde está estabelecida a força que o subjuga, a libertação desnuda a fragilidade desse indivíduo expressa em sua incapacidade de se livrar da submissão, cabendo aqui a observação de que o alcance desse pensamento não fica circunscrito ao individual, podendo ser estendido a grupos e nações. Freire aponta então para uma oposição derivada desse cenário que se torna manifesta entre duas situações: a do cativo (ou a ausência do direito de escolha) e a libertação (o verdadeiro exercício da autonomia). Os sujeitos sociais são, portanto, primordialmente, atores políticos cuja resposta às situações pode gerar a alteração do *status quo*, pontua o autor.

Uma composição entre a solidariedade crítica e a libertação se delinea nesse contexto, já que a primeira dessas categorias da BI procura oferecer condições para que o indivíduo, ciente de seus direitos, tenha as condições necessárias para fazer suas escolhas (Selli; Garrafa, 2006) e a segunda, ao desmascarar posições de poder, admite o pressuposto de uma tomada de posição pelo indivíduo no jogo de forças pela inclusão social no contexto da saúde ou em contextos mais amplos (Garrafa, 2005b). Essa tomada de posição, vindo sequencialmente de uma conscientização sobre o

poder de dominação a que está subjugado, vai significar, como apontado por Garrafa (2005b), uma ação concreta de escolha entre as formas de luta política que o sujeito poderá adotar para lograr sua inserção com dignidade na vida social.

#### • Alteridade

De acordo com o Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa, “alteridade” seria “uma situação, estado ou qualidade que se constitui através de relações e contraste, distinção, diferença” [em relação ao outro] (Alteridade, 2006). A alteridade adquire, ainda de acordo com aquele dicionário, centralidade e relevância ontológica na filosofia moderna (*hegelianismo*) e especialmente na contemporânea (*pós-estruturalismo*).

Na área do direito, a alteridade pode se aplicar a uma norma jurídica, quando então é denominada bilateralidade, o que implicaria em um vínculo de relação entre duas ou mais pessoas. A expressão alteridade, do latim *alter* (o outro), indica que as normas jurídicas devem ser bilaterais porque vão reger o comportamento e a conduta de uma ou mais pessoas em relação a outras pessoas (Guimarães, 2012), pressupondo-se sempre o senso de responsabilidade entre as pessoas envolvidas.

Da mesma maneira, segundo Freud (1974a, 1974b), o indivíduo traz consigo ao nascer uma dependência completa e tem a percepção da mãe nutriz como seu único parâmetro. Com o processo de evolução, quando engatinha e começa a andar, aumenta seu raio de ação e aumentam também suas ligações com outras pessoas, quando começa a se espelhar, a ser confirmado e legitimado na sua identidade como pessoa e, principalmente, quando é iniciada sua interação e interdependência com as outras pessoas, construindo de maneira subjetiva a ideia de alteridade. Tal processo leva o indivíduo a desenvolver, pouco a pouco, o vínculo social, assim como suas capacidades intelectuais e afetivas, estando esse momento muito presente em brincadeiras de crianças quando imitam ou zombam dos outros personagens, dessa forma agindo sobre o outro ou sofrendo suas ações. O outro, portanto, está sempre presente na vida de cada um, o que reforçaria o conhecido pensamento de Hemingway sobre nenhum homem ser uma ilha.

Na bioética, a articulação do referencial da alteridade com outros referenciais foi descrita de forma bastante didática e elucidativa por Hossne e Segre (2011). Explicam eles que, para “conhecer o rosto do Outro”, é preciso conhecer e respeitar este “Outro”, considerar sua “biografia” em termos gerais, “incluindo sua

espiritualidade e sua “vulnerabilidade” (como outro referencial). Continuando o encadeamento, dizem que o respeito ao Outro, ou seja, a alteridade, pressupõe o respeito à autodeterminação, onde entra o referencial da “autonomia”. Conhecer e reconhecer a alteridade significa igualmente atuar à luz da “justiça” e da “equidade”. No conhecer o rosto do Outro com o objetivo bioético de levar ao Outro os melhores valores, entra em cena a “prudência”. No processo, a alteridade se alia à “solidariedade” e, ainda, reforça a “liberdade” e a “dignidade humana”, tanto individual como coletivamente, como referenciais da BI. E, finalmente, afirmam os autores, a alteridade respeita e preserva “a privacidade, a subjetividade e a integridade do OUTRO” (Hossne; Segre, 2011, p. 40), dessa forma demonstrando a presença e atuação da alteridade na dinâmica da reflexão bioética.

Em adição às articulações acima propostas por Hossne e Segre (2011), é possível pensar a alteridade como uma categoria da BI que permeia as outras categorias a todo momento, mostrando-se como causa e fim nos processos bioéticos. Uma articulação entre a alteridade e a solidariedade crítica, por exemplo, fica bem presente quando se examina o trabalho de Levantezi (2021) conduzido sob as ideias de Giovanni Berlinguer e da BI.

A promoção de meios que levem à integração do indivíduo na sociedade, uma orientação proposta pela solidariedade crítica, conduz ao que Levantezi (2021, p. 86) define como “real participação na formulação de políticas”. Ao sustentar tal afirmação com o pensamento expresso em Berlinguer, Teixeira e Campos (1988), fica ressaltada, primeiramente, a necessidade de práticas que considerem a perspectiva ético-política, o que é uma recomendação da solidariedade crítica, e de práticas “que atentem para o reconhecimento do outro, de suas diferenças e de seus modos de viver, [sendo que] é o respeito a estas diferenças que nos caracteriza como sujeitos, e que dá sentido e marca a nossa condição de humanidade” (Levantezi, 2021, p. 86), o que é uma perspectiva da categoria da alteridade.

O interlace entre as duas categorias, alteridade e solidariedade crítica, fica bem registrado quando, referindo-se aos portadores de hanseníase, diz a autora:

O exercício da alteridade permite um movimento de ação-reflexão levando essas pessoas a se reconhecerem diferentes na construção das suas identidades e refletirem sobre as suas possibilidades e potencialidades, para que se tornem promotores das transformações sociais (Levantezi, 2021, p. 88).

Na sugestão da autora sobre a necessidade de se “conhecer, reconhecer e entender o outro, garantir o direito de ele falar, de exigir ser ouvido e considerar sua opinião”, fica bem caracterizado o exercício da alteridade proposto pela BI, cabendo ao bioeticista, em relação ao outro, “o dever de ouvi-lo e escutá-lo, reconhecer o seu valor e não apenas colocarmos-nos no lugar dele de forma superficial” (Levantezi, 2021, p. 87).

#### • Não discriminação e não estigmatização

Quando se procura entender os processos de discriminação e estigmatização tomando como referencial os direitos humanos universais, depara-se com outros conceitos, tais como identificação, alteridade e preconceito. Não se limitando ao campo biomédico, o estudo da discriminação e da estigmatização conduz ao campo social, da BI e da DUBDH (no seu artigo 11), mostrando esses fenômenos também como produto das diferenças sociais e da ideologia dominante, reproduzindo, portanto, estruturas de hierarquização e de poder.

A estigmatização somente acontece na desqualificação e desumanização do outro; na negação de sua dignidade; e na ausência do processo de respeito à alteridade quando no nível individual. Já a discriminação pode ser lida como a passagem de um preconceito a um ato concreto, de maneira direta ou indireta, e de forma individual ou coletiva, ocorrendo, neste último caso, quando determinados grupos sofrem o procedimento (caso de hansenianos, de portadores de HIV ou de transexuais, por exemplo), cabendo lembrar que algumas das discriminações possuem sancionamento penal no Brasil, como é o caso da discriminação racial, de cor, de sexo ou de estado civil, como previsto na Lei nº 7.437, de 20 de dezembro de 1985. A lei brasileira pune também qualquer discriminação que atente contra os direitos às liberdades fundamentais. Por serem fenômenos bastante disseminados na sociedade brasileira e na de outros países periféricos, a estigmatização e a discriminação integram-se como temas de forte interesse para a BI e para a DUBDH.

Um dos mais antigos estigmas da humanidade, o da hanseníase, e que marcou presença no Brasil desde seus primórdios como nação, serve bem para ilustrar a questão do estigma e da discriminação. A associação dessa doença ao pecado e à sujeira pode derivar-se, como salienta Levantezi (2021), de uma moral religiosa ou, ainda, de questões relacionadas ao poder e ao controle, sendo, dessa forma, “um dos

fatores que influenciam a maneira com que o estigma é determinado socialmente, impondo a pessoa à uma categorização inferior” (Levantezi, 2021, p. 88).

Ainda em referência aos portadores de hanseníase, a discriminação e o estigma experimentados pelos pacientes resultam em sofrimento e “podem interferir inclusive no processo de agravamento do adoecimento físico e psicológico dessa população” (Levantezi, 2021, p. 86), o que se pode aplicar, por extensão, a outras doenças como a AIDS/SIDA. Em qualquer exemplo que se escolha, o indivíduo (ou um grupo), sendo rotulado como diferente em relação a um padrão criado e imposto pelo poder, e, como tal, categorizado como inferior, tem na estigmatização e na discriminação um fonte de sofrimento. A consciência da diferença tem, segundo Jovchelovitch (1998), proporções históricas e é de suma importância para grupos e comunidades, estando presentes nas relações que são estabelecidas o medo, a segregação e a exclusão.

Godoi e Garrafa definem bem os resultados dos processos de estigmatização quando dizem:

Qualquer que seja a fonte do estigma, as consequências são as mesmas: violação da dignidade humana, isolamento e exclusão sociais, menor acesso a serviços de saúde, comprometimento das chances de vida, com deterioração da qualidade de vida e aumento de risco de morte (Godoi; Garrafa, 2014, p. 164).

Observa-se, portanto, que tanto a discriminação pessoal como a discriminação institucional configuram um problema social e ético importante que atinge pessoas com doenças estigmatizantes. Para essa população, é necessária, portanto, o que Levantezi (2021, p. 87) denominou “atitude proativa”, uma atitude que, explica a autora, abra espaço para o diálogo entre os profissionais e o paciente, levando este último a se abrir sobre sua história de vida e, ainda, proporcionando um ambiente confortável e seguro, no qual dialoguem os saberes técnicos e os saberes do indivíduo vulnerabilizado, sendo ali defendidos os interesses do outro “perante tudo que lhe retira voz”.

A estigmatização e a discriminação não atendem aos imperativos de uma conduta ética no relacionamento do indivíduo ou das instituições com o outro, ferindo, portanto, o compromisso social da BI com a defesa da diversidade e dos valores, crenças e culturas que possam estar em dissonância com os padrões morais dominantes (Godoi; Garrafa, 2014). Assim, tanto falando da humanidade de

modo geral como pensando, em especial, nos grupos que estão historicamente expostos a iniquidades, faz-se urgente que a bioética estabeleça atividades que gerem um ensino de base ética e voltado à busca de soluções para os conflitos éticos, ensino esse que gere um conhecimento bioético que atenda a dimensões epistemológica, seja pela crítica, pela desconstrução e reconstrução de saberes e políticas, pela práxis bioética e pela adoção de práticas aliadas à justiça social (Garrafa; Cunha; Manchola-Castillo, 2020).

#### • **Corporeidade**

A questão da corporeidade da perspectiva da BI é bem definida por Garrafa e Porto (2003):

A BI defende a ideia de que o corpo é a materialização da pessoa, a totalidade somática na qual as dimensões física e psíquica se articulam e se manifestam de forma integrada nas interrelações sociais e nas relações com o meio ambiente (Garrafa; Porto, 2003, p. 411)

O entendimento de que o corpo físico é a estrutura de sustentação e manutenção da vida social, complementam aqueles autores, justificaria então a definição da corporeidade como marco das intervenções éticas (Garrafa; Porto, 2003).

A possibilidade de provocar prazer ou infringir dor é a base das relações de poder (Garrafa; Porto, 2003) da mesma forma que as possibilidades de privilégios e prejuízos em qualquer área, sendo que, no caso específico da corporeidade, as sequelas decorrentes do processo poderiam ser de ordem física e psíquica. Qualquer que seja então o pacto social, ele acaba sendo consequência do uso de parâmetros sensoriais (Garrafa; Porto, 2003) e, muitas vezes, biofisiológicos. Assim, se forem considerados alguns aspectos como a miséria, a fome, a exclusão social e a desnutrição, pode-se observar como seus reflexos diretos e indiretos nos corpos humanos os casos de raquitismo na deficiência de vitamina D; da anemia ferropriva; das microcefalias; dos déficits cognitivos decorrentes da subnutrição infantil; das rugas ou dobras de Veraguth nos processos de depressão, principalmente após grandes sofrimentos por exclusão social; e do sinal do travesseiro e do sinal do focinho na alienação catatônica.

São essas apenas algumas dentre tantas outras sequelas das iniquidades sociais refletidas nos corpos, sequelas estas cuja lista seria muito extensa para ser aqui trazida, cabendo, entretanto, lembrar mais algumas delas, as quais afetaram

aqueles sobreviventes da COVID-19 que não tiveram acesso à vacina, tais como miocardites; lesões hepáticas, pulmonares e renais; e a COVID de longa duração.

#### • **Combate ao imperialismo moral**

No campo da bioética, mencionam Garrafa e Lorenzo (2008) e Garrafa (2023a), o imperialismo moral se refere a eixos contemporâneos de imposição de diferentes formas de pressão, coerção ou mesmo normas morais por parte de determinadas culturas, regiões geopolíticas e até nações sobre outras culturas, regiões ou países. No contexto da BI, também mostra Garrafa (2023a), o significado do imperialismo moral aproxima-se de forma especial do respeito ao pluralismo moral e das diferentes situações que envolvem a colonialidade, podendo, entretanto, apresentar-se em situações mais amplas como as da hegemonia, da economia de mercado com suas regras unilaterais pouco humanas e suas consequências mais nefastas, ou seja, o subdesenvolvimento.

A lógica empregada pelos chamados na BI de “países centrais” e aplicada às outras nações é proveniente do desejo de ampliar seu poder político e financeiro, sendo responsável pela transformação da sociedade (ou, pelo menos, de quase todos os seus aspectos) em mercado, afirmam Cruz e Trindade (2006). Entretanto, seguem aqueles autores, muitas vezes as moralidades das sociedades não se compatibilizam com as práticas comerciais definidas pelos países de economia mais poderosa, caso em que estes últimos veem essas moralidades como obstáculos a seu projeto de expansão econômica desenfreada (Cruz; Trindade, 2006), situação que pode gerar da parte deles atos coercivos e de imposição de padrões morais, políticos e culturais.

Duas formas de imperialismo moral são apontadas por Cruz e Trindade (2006): ativa e passiva. No primeiro caso, explicam, tem lugar uma ação específica, como exemplificado quando se tentou modificar o conteúdo da Declaração de Helsinque no que tange ao *double standard*. O segundo caso diz respeito a uma omissão diante de uma situação ética que esteja exigindo, por um consenso ético universal, uma atitude. Exemplificam essa forma com a recusa dos Estados Unidos de aderirem ao Tratado de Kioto em torno do compromisso de redução da emissão de dióxido de carbono, mesmo se considerando que aquele país é responsável por cerca de 20% da poluição ambiental do mundo.

### • Direitos humanos universais

A BI trabalha seus fundamentos utilizando como base de apoio aqueles valores humanos universais contidos, de uma maneira geral, em várias áreas jurídicas, em normas declaratórias que imprimem existência legal aos direitos reconhecidos, como na Constituição Federal (Brasil-Constituição, 1988), principalmente em seu artigo 5º; ou em normas, como na Declaração Universal de Direitos Humanos (ONU-DUDH, 1948); e principalmente na DUBDH (UNESCO-DUBDH, 2005). Dessa forma, a BI luta pela implementação de uma cidadania expandida para muito além daquelas garantias asseguradas pelo Estado, incluindo os direitos de primeira geração (titularidade dos direitos); direitos de segunda geração (direitos econômicos e sociais); direitos de terceira geração (relacionados ao meio ambiente e preservação de recursos naturais do planeta para as gerações futuras); e direitos de quarta geração (relativos ao grande progresso das biotecnologias) (Garrafa; Porto; 2003).

Basicamente, os direitos fundamentais são direitos de liberdade, a qual constitui um valor humano fundamental anterior e superior à Constituição do Estado. O que caracteriza essa liberdade e a distingue dos outros valores é que transcende o campo axiológico para exibir também o aspecto existencial do ser humano. Os direitos fundamentais, cabe ainda lembrar, valem *erga omnes* (que tem efeito ou vale para todos), são universais e abrangem o mínimo existencial (Torres, 2009).

Qualquer indivíduo pode invocar os direitos do homem pelo simples fato de pertencer ao gênero humano, esclarecem Hottois e Missa (2003) na Nova Enciclopédia de Bioética. Formado por um conjunto de direitos universais, os direitos do homem têm, em princípio, precedência “sobre qualquer regra, lei, disposição ou práticas estabelecidas por um poder, seja ele qual for”, sendo, portanto, “absolutamente fundamentais e inalienáveis” (Hottois; Missa, 2003) e já estando formulados por várias declarações, com destaque para a Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU-DUDH, 1948) e a DUBDH (UNESCO-DUBDH, 2005).

Esse cenário atual de extensa desigualdade social, no qual proliferam novas estratégias de dominação, deixa ainda mais clara a urgência de serem os direitos humanos reconhecidos e, ainda, de serem promovidos novos direitos, principalmente “em virtude do desenvolvimento e aplicação das biotecnologias, em busca da garantia da dignidade e do respeito à vida humana, dos seres vivos, do planeta e da espécie” (Paixão Júnior, 2023, p. 338).

### • Os Quatro Pês

A adequação da BI ao estudo dos conflitos e iniquidades presentes nos países periféricos do Sul Global revela-se indispensável e urgente, ainda que surjam críticas esporádicas por parte daqueles setores mais acomodados ao principalismo, conforme exposto por Garrafa (2005a). Novos temas passam a prender o interesse dos bioeticistas latino-americanos críticos em suas reflexões, estudos e pesquisas, com isso ocasionando a inserção de novas categorias à bioética. São exemplos as categorias de responsabilidade, cuidado, solidariedade, comprometimento, alteridade, tolerância e, ainda, a categoria denominada Quatro Pês por aquele autor e que, como ele mesmo explica, remete à “prevenção (de possíveis danos e iatrogenias), precaução (frente ao desconhecido), prudência (com relação aos avanços e ‘novidades’) e proteção (dos excluídos sociais, dos mais frágeis e desassistidos)”.

Será possível observar que a prudência e a precaução se relacionam à insuficiência de comprovações científicas de um conhecimento, enquanto que a proteção e a prevenção focalizam a eliminação de possibilidades de danos à saúde individual ou da população. Entretanto, estão todos os estudos contidos nesses temas voltados para o mesmo objetivo: “o exercício de uma prática bioética comprometida com os mais vulneráveis, com a ‘coisa pública’ e com o equilíbrio ambiental e planetário do século XXI” (Garrafa, 2005a, p. 130).

Os Quatro Pês assumem, dentro da BI, o papel de referenciais teóricos e práticos indispensáveis no cenário atual de introdução de novas tecnologias de serviços e produtos para a saúde, bem como dos procedimentos por eles utilizados, atuando, portanto, no contexto do uso de tecnologias em situações de vulnerabilidade, de gestão da coisa pública e do equilíbrio ambiental (Garrafa, 2005a). Podem ser ditos, portanto, referenciais essenciais na regulamentação de novas tecnologias por oferecerem, durante esse processo, a base epistemológica para as discussões sobre a implementação das novas tecnologias.

Para melhor entendimento dos Quatro Pês, deve ser trazido aqui o conceito de risco, uma “probabilidade de perigo, geralmente com ameaça física para o homem e/ou para o meio ambiente” (Houaiss, 2006), ou, como explicitado por Leite, Barbosa e Garrafa (2008, p. 185), uma “chance ou possibilidade de ocorrência de uma consequência prejudicial ou ruim em virtude de uma ação ou omissão” e “uma possibilidade, com certo grau de probabilidade, de dano à saúde, ambiente ou aos produtos em combinação com a natureza e magnitude do dano”. Os elementos desse

conceito de risco vão se mostrar constantemente presentes nos quatro temas desenvolvidos na categoria dos Quatro Pês: prevenção, precaução, prudência e proteção.

Esses quatro temas se interrelacionam em seu campo de atuação. A prevenção é um tema solicitado diante de questões envolvendo possíveis danos e iatrogenias de tecnologias existentes; a precaução é usada para casos de riscos desconhecidos; a prudência diz respeito aos cuidados no caso de avanços tecnológicos; e a proteção envolve os casos de vulnerabilidade e proteção dos mais frágeis e necessitados (Garrafa; Porto, 2003; Garrafa, 2005a; Leite; Barbosa; Garrafa, 2008. Observa-se, então, de forma sintetizada que:

A prudência e a precaução são categorias buscadas no momento de desconhecimento dessas novas tecnologias. A proteção e a prevenção, muito conhecidas da Vigilância Sanitária, são referências utilizadas para evitar possíveis danos e iatrogenias advindos do uso dessas tecnologias, uma vez que a população doente que necessita das mesmas é vulnerável e suscetível, ao mesmo tempo, aos possíveis riscos associados (Leita; Barbosa; Garrafa, 2008, p. 185).

### **a) Prevenção**

Caracterizando-se como uma disposição ou preparo antecipado para algum acontecimento que se pretenda evitar, fala-se em prevenção diante de possíveis danos e iatrogenias já possíveis de serem pensados. Dois equívocos são apontados por Berlinguer (2009) em relação a esse princípio. Primeiramente, ele não deve ser contraposto à cura, como se fosse uma antinomia incurável. O segundo equívoco é o de se afirmar com palavras o valor prático da prevenção, mas, ao mesmo tempo, negá-lo nos fatos. Ilustrando a questão da desatenção dada ao princípio da prevenção, diz aquele autor:

Na realidade, os governos das nações desenvolvidas dedicam a este fim [a prevenção] não mais que 3 a 6% da despesa sanitária, e os das nações menos desenvolvidas uma alíquota muito menor. Por outro lado, mesmo os cidadãos, muitas vezes preferem a construção de um novo hospital aos investimentos a favor da prevenção, os quais são menos visíveis e têm efeitos menos imediatos (Berlinguer, 2009, n.p).

Essa forma de não levar à prática o princípio da prevenção citada por Belinguer também obscurece a visão mais ampla necessária na adoção de atos preventivos que levem em consideração fatores vários como, entre outros, predisposição, dificuldades para mudanças, educação e hábitos formados, todos exigindo empenho de governos,

associações, grupos e mesmo particulares em trabalhos que justifiquem medidas de prevenção, principalmente na área da saúde.

Outro ponto a considerar é que, como a prevenção, segundo apontam Leite, Barbosa e Garrafa (2008), antecipa-se à possibilidade de danos à saúde (sendo o dano aqui entendido como uma ameaça ou prejuízo de ocorrência previsível), caracterizando-se portanto como um referencial da BI que busca a ação antecipada, tal princípio vai exigir o embasamento de conhecimentos e certezas científicas dos efeitos dos atos, processos e produtos (Leite; Barbosa; Garrafa, 2008). Um exemplo vindo da área médica seria o do uso dos conhecimentos epidemiológicos para a prevenção de doenças.

### **b) Precaução**

Este princípio diz respeito a uma postura de antecipação ou previsão diante de um fator desconhecido cujos potenciais riscos ainda não possam ser previstos no atual estado do conhecimento científico, seja no nível individual, coletivo ou ambiental, e em função do qual é adotada uma atitude de cautela. Trata-se, portanto, de um princípio que não se restringe a certezas provindas da ciência formal, mas que, partindo de uma antecipação ou previsão de um dano importante ou irreversível, enseja a implementação de medidas para sua prevenção. Hogemman e Santos (2015) defendem a necessidade da incidência do princípio bioético da precaução como farol ético norteador do progresso técnico-científico.

Se considerada à luz da prudência, a precaução pode se tornar um marco de referência útil no contexto do tratamento cuidadoso de, por exemplo, tecnologias potencialmente perigosas (Adorno, 2005).

Esse aspecto é essencial ao se falar de regulamentação, controle e fiscalização das relações de produção e consumo de bens e serviços relacionados à saúde – missão central da Anvisa, por exemplo –, uma vez que uma abordagem da precaução a partir da prudência pode assegurar menores danos e maiores benefícios (Garrafa *et al.*, 2017, p. 132).

Por outro lado, como postulado por Leite, Barbosa e Garrafa (2008), a precaução é fruto de considerações sobre o meio ambiente, quando então parte da noção de controle pré-dano dos riscos (medidas de antecipação) e da responsabilidade ética, tendo como objetivo a proteção dos seres humanos e do

ambiente diante da possibilidade de riscos da ação humana, usando, para isso, medidas de pré-dano.

Em suas conclusões, o estudo da Unesco denominado “The precautionary principle” recomenda a aplicação do princípio da precaução quando estejam presentes as seguintes condições:

- . Existem consideráveis incertezas científicas; existem modelos (ou hipóteses) do possível dano que são cientificamente razoáveis (ou seja, baseados em alguma razão científica plausível);
- . As incertezas não podem ser reduzidas no curto prazo sem que cresça ao mesmo tempo a ignorância sobre outros fatores relevantes por força de maiores abstrações e idealizações;
- . O dano potencial é suficientemente sério ou mesmo irreversível para as gerações presente e futuras ou, ainda, moralmente inaceitável;
- . Há necessidade de ação imediata, já que qualquer ação efetiva futura seria muito mais difícil ou mais onerosa em qualquer época (UNESCO-UNESDOC, 2005, p. 31, tradução nossa).

Examinados esses requisitos, é viável adotar a perspectiva de Weed (2004) quando o autor diz que, por trazer como ideia central a ação preventiva antecipatória gerada de uma evidência científica de incerteza diante de um risco, a prevenção está dentro da precaução. Sobre a conexão entre os dois princípios, adotam Dallari e Ventura (2002, p. 59) a posição de que “o escopo da precaução é ultrapassar a prevenção. Não seria mais preciso que um dano se produzisse, ou se mostrasse iminente, para que um gesto, visando evitar a produção ou a repetição desse dano, fosse legítimo.”

Ratificando essa percepção, posicionam-se Garrafa *et al.* (2017) quando, em referência aos requisitos da Unesco (acima), esclarecem que, no caso de ameaça de danos graves ou irreversíveis ao meio ambiente, não será adotada a ausência de certeza científica absoluta como motivo de adiamento de medidas economicamente viáveis para prevenir a degradação ambiental. Esse último ponto torna-se valioso quando da aplicação do princípio da precaução na saúde pública, “tendo em vista que perigo de dano grave ou irreversível, bem como falta de certeza científica, são questões que possuem uma grande aproximação com os temas sanitários, envolvendo o bem-estar e a integridade de grandes populações” (Garrafa *et al.*, 2017, p. 132-133).

Percebe-se maior amplitude e exigência na caracterização do princípio da precaução por parte de Dallari e Ventura (2002, p. 57). Falam as autoras na pretensão do princípio de “conter a inovação”, de reorientar o “progresso científico ilimitado” e,

complementam, de revalorizar “a busca dos verdadeiros responsáveis pelos comportamentos imprudentes”, existindo dentro do princípio da precaução a certeza de que certos comportamentos devem ser “proibidos, sancionados e punidos”. Contribuem com isso para um agir governamental mais efetivo em relação à saúde quando deixam claro que “agir em saúde pública significa conduzir uma ação política, que, por sua vez, obriga à prudência”, despertando os Estados para a proteção e prevenção da saúde pública (Dallari; Ventura, 2002, p. 58).

### **c) Prudência**

Partindo da qualidade daquele que age com conhecimento e moderação e procurando evitar eventuais fontes de erro ou dano, a prudência é um princípio aplicado usualmente de maneira abrangente, não apenas se contrapondo ao conceito de imprudência (em sentido ativo, o que não deveria ter sido feito ou não ter sido feito daquele modo) como ao conceito de negligência (em sentido passivo, o que deveria, mas que não foi feito).

A prudência ficava, na Antiguidade e na Idade Média, entre as virtudes mais importante. Segundo Epicuro (2002, p. 45), “De todas as coisas, a prudência é princípio e o supremo bem [...] é dela que se derivam todas as virtudes [...] é ela quem nos ensina que não existe vida feliz sem prudência”. Gracián (2006, p. 151), trabalhando no campo da filosofia, apresenta uma longa, mas não exaustiva, lista de atributos que compõe a prudência: conhecimento, discernimento, sabedoria, inteligência, razão, reflexão, ponderação, percepção, decisão, benevolência, condescendência e sensatez.

Registra-se, entretanto, que seu significado aparece reduzido por alguns autores na atualidade aos ângulos de cuidado, cautela e risco, diferentemente de sua qualificação extensa por parte de Tomás de Aquino e Aristóteles (Leite; Barbosa; Garrafa, 2008). Vale dizer, entretanto, que sua qualificação como elemento moderador e ponto de equilíbrio também encontra o apoio de estudiosos, sendo a prudência considerada, conforme posição de Silva (1998), como necessária às demais virtudes por determinar a conduta do homem por meio da razão e da verdade.

A prudência tem seu lugar na atualidade como um dos princípios da BI, presente no conjunto dos Quatro Pês, como denominado por Garrafa (2005a), tendo seu surgimento ali vindo da preocupação com a possibilidade de problemas futuros ensejados pelo avanço tecnológico e científico. Se era importante na Antiguidade,

apresenta-se hoje como princípio ainda mais imprescindível “visto que as bases absolutas que dirigiam a moralidade foram aos poucos sendo substituídos por novos deveres administrados pelo próprio indivíduo”, como salientam Sganzerla e Rohregger (2017, p. 67), sendo adicionada a essa mudança significativa a explosão do poder de uma tecnociência que veio transformar em realidade antigos sonhos e utopias do homem, como complementam aqueles autores.

Essa nova realidade, exigindo constante interação do homem com o desconhecido da ciência e da tecnologia e, conseqüentemente, sujeitando-o a uma carga maior de riscos, abre um desejável espaço para a prudência, que lhe diminuirá então o número desses riscos, já que “A prudência coloca sua atenção na preparação dos fatos e eventos, e nunca na precipitação nem no amadorismo ou na improvisação” e já que “ao prudente não cabem ações intempestivas, inoportunas, irracionais ou súbitas” (Garrafa *et al.*, 2017, p. 131).

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio (CIPAA) pode ser apresentada como ilustração dessa linha de raciocínio, sendo essa comissão orientada pelo objetivo de prevenir acidentes de trabalho e promover a saúde dos funcionários, operando sob a sólida base de três eixos principais: prevenção de acidentes e doenças; promoção da saúde do trabalhador; e compatibilidade do trabalho com a vida. (Brasil-Ministério, 2010).

Como consequência dessa evolução de tecnologia e ciência, presencia-se hoje uma insegurança moral causada pelo desnível entre o desenvolvimento de valores morais e valores materiais, uma situação que fica mais palpável quando se presenciam as injustiças, a exclusão social e as iniquidades nos países mais pobres. Nesse contexto, a prudência ganha força, visto que, em acordo com as orientações bioéticas e como exposto com clareza por Sganzerla e Rohregger (2017), ela não busca a resposta certa, mas a sabedoria prática necessária para deliberar de modo justo e adequado, podendo ser dita então como a virtude mais adequada para orientar o universo da bioética.

#### **d) Proteção**

A proteção é um princípio que se volta aos mais frágeis, desassistidos e vulneráveis, no nível individual ou coletivo, atuando tanto na área social como nas áreas jurídica econômica e, de modo especial, na área da saúde. São essas pessoas conhecidas no direito do trabalho como hipossuficientes, sendo protegidas por lei.

Este princípio, em uníssono com os demais elencados como Quatro Pês, é fundamental “para o exercício de uma prática bioética comprometida com os mais vulneráveis, com a ‘coisa pública’ e com o equilíbrio ambiental e planetário do século XXI” (Garrafa, 2023a, p. 97). No campo da BI, a proteção surgiu para tratamento de conflitos provindos da biotecnociência e da biopolítica no campo da saúde pública (Schramm; Kottow; Kottow, 2001), conflitos que atingem principalmente a população dos países mais pobres.

Para Schramm e Kottow (2001), o princípio da proteção especifica o princípio da responsabilidade diante de situações de debilidade e de risco às comunidades, isto é, em momentos de vulnerabilidade e suscetibilidade. Propondo uma distinção, Kottow (2005) considera que a vulnerabilidade seja um atributo antropológico de todo ser humano, enquanto que a suscetibilidade faria referência a um dano presente em grupos sociais e indivíduos.

Caberia ao princípio da proteção “normatizar as práticas humanas por meio da antecipação dos efeitos positivos, prevenindo eventuais efeitos negativos”, atuando “como ferramenta principal para avaliar moralmente as políticas públicas em saúde, visando justiça social” (Leite; Barbosa; Garrafa, 2008, p. 185).

A proteção é entendida por Pontes e Shramm (2004) como o resguardo ou cobertura de necessidades essenciais – saúde, educação, alimentação, segurança, moradia, vestuário e abastecimento de água –, assegurando resposta a solicitações moralmente legítimas de todas as pessoas.

Complementa o entendimento do princípio da proteção a afirmação: “falar em proteção em termos de saúde é considerar que, em um dado momento, haverá um grupo social ou indivíduos em situação de fragilidade, havendo necessidade de existirem normas que possam prevenir futuros danos” (Garrafa *et al.*, 2017, p. 133), o que retrata uma realidade que é comum às populações, mas que apresenta maior frequência nas populações de países periféricos.

#### • **Colonialidade**

O processo da colonialidade é uma derivação e uma sutil substituição do colonialismo na atualidade – tema magistralmente tratado por Aníbal Quijano, sociólogo peruano e ensaísta (2019) –, sendo a figura do país colonizador substituída pela da globalização e sendo a força militar e o controle explícito substituídos por mecanismos de subjugação menos evidentes.

A colonialidade pode assumir várias facetas, como a política, a cultural, a econômica e a de vida. Exemplo de colonialidade de vida – expressão proposta por Wanderson Flor-do-Nascimento – ocorre quando é simbolicamente introjetado no subconsciente e inconsciente das pessoas que determinadas vidas, ditas mais evoluídas, podem ser mais valiosas que outras. Ilustra essa condição de hierarquização de vida o caso dos países da África Negra quando deixados em último lugar na recepção das vacinas contra a COVID-19 graças, em grande parte, ao monopólio e pressão exercidos pelos países ricos com seus acordos bilaterais fechados com os fabricantes de vacinas, situação que gerou, por parte do Diretor-Geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, a advertência de que os mais pobres e vulneráveis seriam pisoteados na corrida mundial pelas vacinas (Naranjo, 2021) e que, num mundo à beira de um fracasso moral catastrófico, o preço seria pago com vidas e meios de subsistência nos países mais pobres (Soy, 2021).

Exemplo de colonialidade econômica é o controle exercido pela França sobre a economia da maior parte dos países da África Ocidental pela imposição de uso da moeda francesa, o franco CFA (Colonies Françaises d'Afrique), naqueles países. Essa herança colonialista, que data de 1945 e que visava a reforçar o domínio da França sobre as economias das suas colônias, vem sendo discutida como fator que freia o desenvolvimento dos países e que precisa ser abolido, é uma herança colonial (Bankole, 2020).

Pode-se observar no Brasil um exemplo de colonialidade do saber (área cultural) quando da adoção, por muitas universidades, do sistema americano Vancouver de referenciamento de trabalhos acadêmicos, sistema este que é baseado na norma American National Standards Institute/National Information Standards Organization (ANSI/NISO), quando existe no país o sistema bem estruturado das Normas Brasileiras de Referências (NBR) emitido pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). A justificativa é que com o sistema Vancouver os trabalhos têm mais chance de serem publicados e lidos em outros países. Na verdade, esses países centrais controlam, em função de seus interesses, o conteúdo a ser publicado, o que se encontra na mesma linha de raciocínio quando é dito que o uso do franco CFA facilitaria o comércio com a própria União Europeia. Esse tipo de argumentação remete à opinião expressa pelo Prof. Volnei Garrafa em suas aulas e palestras, quando diz que os processos de dominação chegam aos países periféricos sempre

com uma roupagem que os retrata como generosos, justificáveis e sempre representando a melhor opção para os países periféricos.

A questão da colonialidade, portanto, interessa primordialmente à BI. A chegada do Capitalismo na Modernidade veio potencializar questões antigas como a exclusão social, a discriminação, a violência, a falta de acesso aos cuidados com a saúde, entre outras, no mundo todo. Entretanto, essas questões têm contornos diferentes nos diversos países, também tendo diferentes peculiaridades o relacionamento entre os colonizados e seus colonizadores. Disso decorre a importância da implementação de uma bioética que politize específicas questões morais de uma localização e, no caso de interesse aqui, que aborde questões da bioética “desde um referencial que seja adequado para o contexto de exclusão dos países do hemisfério Sul, e, sobretudo, para o contexto latino-americano” (Flor-do-Nascimento; Garrafa, 2011, p. 288).

A oposição entre valores é uma das estratégias mais frequentemente adotadas pelo colonizador e, ironicamente, encontra abrigo no colonizado. Flor-do-Nascimento e Garrafa (2011) falam da violência derivada das contradições entre “modernos” e “colonizados”. O que não é moderno, apregoa-se, não é civilizado, é bárbaro, é marginal e subalterno. O próprio local, salientam aqueles autores, é deslocado do centro e é igualmente visto como retrógrado, precisando “ser educado, melhorado, desenvolvido, para alcançar o ideal/global”, instaurando-se aí um processo de dominação baseado na afirmação de uma “superioridade espacial, política, epistêmica, econômica e moral” (Flor-do-Nascimento; Garrafa, 2011, p. 290) do colonizador sobre o colonizado.

Essa hierarquização de valores permeia a construção da realidade do colonizado, que, então, passa a ver a tutela do colonizador como fator real (e não algo criado e imposto) que é louvável e deve ser aceito. Num exemplo cotidiano, observa-se a grande importância que um colonizado pode dar ao receber em casa ou em atividades públicas convidados “estrangeiros” originários de países do Norte Global. É apenas uma mostra, no contexto da colonialidade, da existência de um escalonamento de valores entre as vidas naquele momento em que, sob o disfarce de ajuda desinteressada do mais desenvolvido para o menos desenvolvido, cria-se uma ontologia que autorize pensar que “algumas vidas são mais importantes do que outras, desde o ponto de vista político, fundando assim uma hierarquia e uma justificativa para dominação, exploração e submissão” (Flor-do-Nascimento; Garrafa, 2011, p. 292).

A psicanálise pode ajudar no entendimento desse processo, quando, ocorrendo o fenômeno da substituição da figura de um pai legislador pela figura de uma nação legisladora, a nação legisladora impõe o que diz ser melhor e mais adequado para a nação dominada e esta, por sua vez, aceita a premissa como verdadeira.

No caso das questões que envolvem a colonialidade, a BI tem assim um papel importante, reunindo condições de oferecer "uma fundamentação epistemológica crítica direcionada a estudar as desigualdades sociais e outras situações persistentes existentes no Sul", portadora que é de "uma precondição e disposição concretas para fazer parte do contexto de uma perspectiva de crítica à colonialidade do poder, do saber, da vida", como bem expresso em Flor-do-Nascimento e Garrafa (2011, p. 294).

### **3.3 – A DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS DA UNESCO - DUBDH**

Dentro da ONU, a Unesco é responsável pelos temas conexos à educação, à ciência e à cultura. Desde 1990, dois comitês criados pela Unesco – o Comitê Internacional de Bioética (CIB) e o Comitê Intergovernamental Internacional de Bioética (CIGB) – passaram a dedicar-se à construção de declarações voltadas a temas éticos com vista ao futuro e de forma comprometida com a vida, com o viver humano e com a sobrevivência da Terra na passagem dos séculos XX para XXI. Fruto desse esforço, seria homologada em 2005, por unanimidade entre os 191 países membros da Unesco, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, a DUBDH (UNESCO-DUBDH, 2005), documento hoje visto como incontestável referencial mundial em bioética e, igualmente, em saúde pública (Salvador; Sampaio; Palhares, 2018).

Durante as reuniões para a confecção da DUBDH, com a representação de 90 países, as nações desenvolvidas defendiam um texto que restringia a bioética aos tópicos biomédicos e biotecnológicos, enquanto que outras, de forma especial o Brasil, conseguiram ampliar o texto para os campos sanitário, social e ambiental, sendo que, quando concluída, o teor da declaração iria mudar profundamente a agenda da bioética do século XXI, democratizando-a e tornando-a mais aplicada e

comprometida com as populações vulneráveis, as mais necessitadas (Garrafa, 2005c). Fundamenta-se aquela Declaração no respeito à dignidade humana, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais, enquanto procura, por meio de seus artigos, trazer aos governos das diversas nações a reflexão ética necessária a uma composição de normas e leis que sejam orientadas para políticas de proteção à saúde.

Relatam Salvador, Sampaio e Palhares (2018) que a DUBDH é aceita como um marco fundamental na bioética por levar sua abrangência para muito além das restritivas questões biomédicas e, principalmente, por priorizar a justiça social, sendo, conseqüentemente, de exame obrigatório não só para os componentes da área acadêmica como para todo aquele que se interesse pelo tema do direito à saúde e à justiça social. Pode-se dizer que as mudanças conceituais que se seguiram no campo de estudos da bioética após a homologação da DUBDH em 2005 foram, conforme aqueles autores, responsáveis pela abertura de um caminho para o enfoque crítico referente às áreas social, sanitária e ambiental.

A DUBDH compõe-se de um preâmbulo e 28 artigos. Dentre esses 28 artigos, a Declaração abre um espaço especial para os “Princípios”, composto por nada menos que 15 artigos, que vão do 3 ao 17, embora o texto do artigo que traz os Objetivos da DUBDH já use o termo “princípios” ao mencionar, de modo geral, as suas orientações.

#### **Artigo 2 – Objetivos**

Os objetivos desta Declaração são:

- (i) prover uma estrutura universal de princípios e procedimentos para orientar os Estados na formulação de sua legislação, políticas ou outros instrumentos no campo da bioética (UNESCO-DUBDH, 2005).

Como outras declarações similares, a DUBDH não tem poder sancionador de lei, de acordo com a maior parte dos intérpretes do direito internacional, sendo esses documentos tidos como “normas não vinculantes” (em oposição às chamadas regras “vinculantes”). Princípios “não vinculantes” e abrangentes, como é o caso da DUBDH, podem servir de referência e podem passar a exercer influência nos direcionamentos jurídicos dinâmicos das leis de um Estado. A DUBDH não se forma por artigos de lei ou cláusulas pétreas, exercendo, entretanto, influência sobre as legislações nas áreas dos direitos humanos, sendo ainda, a qualquer tempo, passível de ser complementada, revista, ampliada ou aperfeiçoada de acordo com as necessidades do momento.

No referente ao acesso a desenvolvimentos médico-biológicos, tema que se conecta ao desenvolvimento das vacinas durante a pandemia da COVID-19, a DUBDH apresenta, entre seus objetivos, o seguinte texto:

**Artigo 2 – Objetivos**

.....

- (vi) promover o acesso equitativo aos desenvolvimentos médicos, científicos e tecnológicos, assim como a maior difusão possível e o rápido compartilhamento de conhecimento relativo a tais desenvolvimentos e a participação nos benefícios, com particular atenção às necessidades de países em desenvolvimento (UNESCO-DUBDH, 2005).

No decorrer da Declaração, o assunto encontra-se desenvolvido em várias diretivas que tratam do compartilhamento dos conhecimentos na área biomédica para a preservação da vida e da saúde. Seu exame mostra-se, portanto, essencial em casos como na epidemia da COVID-19, quando é mais uma vez trazido à baila o questionamento sobre ser a saúde um direito ou uma mercadoria, configurando-se tal discussão como importante oportunidade para bioeticistas se manifestarem e agirem.

A DUBDH tem alguns dos mesmos elementos da composição característicos da BI, que havia tido sua gestação iniciada no final dos anos 1990. Tomem-se como exemplo os conceitos basilares, presentes entre os princípios da BI, da dignidade humana, da igualdade e da justiça e equidade. O respeito pela dignidade humana e a proteção dos direitos humanos igualmente aparece no capítulo das Disposições Gerais da DUBDH, elencado entre seus objetivos:

**Artigo 2 – Objetivos**

Os objetivos desta Declaração são:

- (I) promover o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, assegurando o respeito pela vida dos seres humanos e pelas liberdades fundamentais, de forma consistente com a legislação internacional de direitos humanos (UNESCO-DUBDH, 2005).

Já seu artigo 3, reza:

**Artigo 3 – Dignidade Humana e Direitos Humanos**

a) A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade (UNESCO-DUBDH, 2005).

Enquanto que o artigo 10 explicita:

**Artigo 10 – Igualdade, Justiça e Equidade**

A igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa (UNESCO-DUBDH, 2005).

A conexão acima demonstra que ambas – a DUBDH e a própria bioética – podem ser ditas ferramentas formadas essencialmente por princípios, podendo estes princípios (quando traduzidos nos artigos da DUBDH) serem identificáveis também como representações consensuais de várias nações do planeta.

Como o conceito de saúde ainda é controverso, ainda que conste da Constituição brasileira e de documentos internacionais, a saúde como um direito do ser humano torna-se questão polêmica, principalmente quando o assunto esbarra nos processos econômicos do neoliberalismo, o que acaba tornando o acesso aos serviços de saúde um privilégio daqueles que podem pagá-lo. Nesse aspecto e trabalhando especificamente sobre o direito de acesso às vacinas contra a COVID-19, é necessário o exame dos artigos da DUBDH que estão mais proximamente conexos ao tema, assim como em referenciais propostos pela BI, exame esse que vem trazer à tona o pressuposto básico que identifica a saúde como direito do cidadão, entendimento em plena conformidade com o artigo 196 da Constituição Federal do Brasil, anteriormente compilado aqui.

Tomando-se o direito de modo abrangente, percebe-se que as garantias que caberiam como resposta governamental para suprir as necessidades de proteção e cuidado durante e pós-pandemia (ou seja, alimentação, informação sobre a doença e sobre a vacina, recurso para obtenção de sustento, transporte para os locais de vacinação, vacina e acesso a cuidados médicos) são todos direitos que se relacionam, agora de maneira não jurídica ou coercitiva, à bioética, principalmente nos termos explicitados na DUBDH, aparecendo em quase todos os seus artigos. Salienta-se nesse caso os textos dos artigos 2, (ii), (iii), (iv); do artigo 3, alínea a; dos artigos 8, 10, 11 e 13; e, em especial, do artigo 14. Esses mesmos artigos entram em discussão em tópico mais adiante, quando são apresentados em composição com a própria estrutura da bioética.

Uma leitura dos mencionados artigos feita de forma interrelacionada e de modo complementar proporcionarão uma compreensão mais ampla das proposições da DUBDH, tornando perceptível que esses artigos complementam de maneira harmoniosa o artigo 196 da Carta Magna brasileira, definindo que o direito abrangente ali postulado abrange o direito da vacinação ampla, equânime e irrestrita em tempos

de pandemia. A DUBDH, além de muito bem estruturada e fundamentada, tem um valor intrínseco e é lastreada ainda por vários diplomas legais, como fica visível durante o presente estudo, estando seus artigos – que são inter-relacionados e se complementam, como postula seu artigo 26 – em estrita harmonia com esses ordenamentos jurídicos.

### 3.3.1 PRINCÍPIO DO BENEFÍCIO E DANO (Artigo 4)

Encontra-se entre a Disposições Gerais da DUBDH:

#### **Artigo 4 – Benefício e Dano**

Os benefícios diretos e indiretos a pacientes, sujeitos de pesquisa e outros indivíduos afetados devem ser maximizados e qualquer dano possível a tais indivíduos deve ser minimizado, quando se trate da aplicação e do avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e tecnologias associadas (UNESCO-DUBDH, 2005).

Embora não muito disseminado, o princípio de benefício e dano é de importância relevante para a área de bioética e, juntamente com o conceito de risco, deve ser diferenciado dos princípios da bioética principialista de beneficência e não maleficência. Também convém repetir que os princípios da DUBDH devem ser examinados de uma maneira entrelaçada, já que muitos deles se complementam. Assim, o artigo 4, sobre Benefício e Dano, deve ser correlacionado com os artigos 14 e 15 da DUBDH – respectivamente, Responsabilidade Social e Saúde e Compartilhamento de Benefícios – para que se tenha uma visão de sua importância.

O conceito de benefício e dano é algo muito antigo. Para a cultura médica ocidental, conforme historiadores, sua origem encontra-se no juramento hipocrático, que reza “*Primum non nocere*”. “Etimologicamente, benefício, do latim *beneficium*, significa uma bondade, um favor, um serviço, benesse. [...] Dano, também do latim *damnum*, seria uma perda, um custo, um detrimento, pena, condenação, lesão” (Carvalho; Marino, 2019, p. 2). E, de uma maneira bem abrangente, o dano é, segundo Nucci (2014), uma lesão a qualquer tipo de bem de uma pessoa, seja essa lesão moral, patrimonial, jurídica ou artística, e até da sua própria imagem enquanto indivíduo. Esse tipo de dano, ainda complementa o autor, é sempre referencial em relação à pessoa.

No entanto, pode-se afirmar que essa noção de dano é bem anterior aos gregos, conforme se verifica pelo Código de Hamurabi (2017), escrito em 1772 a.C e,

portanto, um dos documentos mais antigos da humanidade. O Código traz, em seus artigos 196 a 223, a determinação de punições severas em caso de variados danos, fossem eles praticados por pessoas comuns, fossem praticados pelos médicos da época.

Dentro da antiga medicina chinesa, em especial na área da acupuntura, diz-se que a vida é um *continuum*, é um todo integral, sendo que as doenças se manifestam quando há um desequilíbrio entre as duas forças existentes no universo, o *yin* e o *yang*. Assim, toda ação ou procedimento é, em última análise, a busca do equilíbrio e da harmonia. Para essa filosofia, separar os saberes em especializações fica por conta da racionalidade ocidental e não traduz o conhecimento sobre a própria vida. No livro de acupuntura do Imperador Amarelo (Wang, 2001), benefício e dano são uma coisa só (um “benedano”, se coubesse aqui um neologismo), e não uma dicotomia no sentido clássico. Para o pensamento oriental, todo raciocínio dicotômico traz embutido em si a ideia de valoração de um elemento em desfavor do outro. Como exemplo dessa dicotomia, podemos ter amor e ódio, bem e mal, claridade e escuridão e homem e mulher. Assim, o neologismo “amódio” (amor e ódio) seria o sentimento que, quando em consonância, é amor e, quando não satisfeito nas expectativas, transforma-se em ódio. Claridade e escuridão, dia e noite, esse é o ciclo básico humano diuturno de 24 horas ou ritmo circadiano. Na medicina chinesa, esse ciclo engloba a atividade de órgãos com maior atividade diurna e órgãos com maior atividade noturna, que se complementam para o equilíbrio e harmonização do corpo físico. Homem e mulher, naquela medicina, nada mais são que seres humanos que se complementam.

Quando aparece o pensamento dicotômico, aparece a valoração. Assim, na cultura ocidental, na maior parte das vezes, a mulher ocupa, socialmente, um espaço inferior ao do homem, levando a casos de misoginia e feminicídio. Já na antiga China, tanto quanto na antiga Índia, havia paridade entre homens e mulheres, até mesmo no contexto de seus deuses, existindo no Panteão deusas com a mesma importância dos deuses. Assim também, benefício e dano são entendidos na medicina chinesa como qualquer ato ou procedimento que traga consigo os dois tipos de energia caracterizados no *yin* e no *yang*. Dessa maneira, esses procedimentos, além de levarem em conta o benefício e o dano provavelmente já esperados, deveriam levar em conta:

- prováveis riscos não visualizados na hora do procedimento (é a probabilidade de danos, ou seja, riscos futuros);

- a importância do paciente em si mesmo (o respeito à sua autonomia), considerando-se sua opinião ao se definir se um benefício vale a pena ou não e se um procedimento representa benefício, dano ou risco, sempre tendo em mente que diferentes pessoas têm diferentes opiniões sobre o que seria um risco e que, portanto, as noções de benefícios e danos nunca deveriam ser apartadas de uma perspectiva do paciente em favor do julgamento médico.

- a temporalidade (ou janela temporal), considerando-se que um benefício pode, após algum tempo, tornar-se um dano ou prejuízo parcial ou total, assunto a ser discutido posteriormente aqui;

- o fornecimento ao paciente de uma informação clara, precisa, científica e plenamente entendida] quanto à possibilidade de riscos e danos;

- o contexto no ato do procedimento, fator essencial quando se considera que um mesmo procedimento tem significados diferentes para os indivíduos (podendo, por exemplo, ser um modo de vida para um e não ter importância prática para outro, como mostraria o caso de um tratamento da ruptura do tendão de Aquiles para um desportista profissional *versus* o mesmo tratamento para um idoso sedentário).

A questão da vacinação em caso de pandemias como a da COVID-19 pode trazer bons exemplos desses aspectos acima expostos. Quando se toma uma vacina injetável, tem-se a esperada imunidade como benefício. A picada da agulha pode ser vista como um dano mínimo à integridade corporal. Um risco futuro pode ser distinguido quando aparecer uma reação adversa à vacina. O diálogo ético e a solidariedade crítica caracterizariam a informação clara, precisa, científica e despojada de vieses políticos, religiosos ou outros quaisquer sobre o processo da vacinação. O contexto seria caracterizado quando já não existisse mais a fase pandêmica da transmissão da doença, tornando-se necessária apenas a vigilância sobre o aparecimento de novos casos, bem como uma vacinação periódica a título de prevenção.

A BI também tem esse viés de buscar um equilíbrio entre benefício e dano, com uma visão democrática, abrangente, inclusiva, no intuito de suprir as lacunas da bioética principialista, muito focada no princípio beneficência em detrimento de potenciais riscos nos procedimentos médicos. Dito de outra maneira, a BI procura buscar uma harmonização entre benefício e dano, em vez de seguir meras obrigações

morais de fazer o bem e não prejudicar o outro. Também busca a BI, conforme Carvalho e Marino (2019), aprofundar as questões de justiça social, levando a responsabilização aos Estados de modo a não haver prejuízos e riscos a qualquer indivíduo, além de defender os seus direitos e a sua cidadania.

Na ética principialista, os princípios de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça podem, em muitos casos, deixar a desejar quando são aplicados direta e acriticamente a países do Hemisfério Sul, os chamados de países em desenvolvimento. A autonomia é hipervalorizada em função do individualismo da cultura anglo-saxônica, podendo se sobrepor ao bem-estar da comunidade, enquanto que a justiça tem o escopo de uma justiça apenas formal ou distributiva, não levando em consideração as mazelas e as iniquidades socioeconômicas. Quanto à beneficência, referencia-se ela no chamado melhor julgamento dos profissionais da área de saúde, o que muitas vezes pode resultar em exposição a riscos desnecessários. Dessa forma, ao se elencar a dicotomia benefício e dano, automaticamente se passa a levar em consideração o fator de risco, que é a possibilidade real de se produzir dano. Sobre isso, posicionam-se Carvalho e Marino (2019, p. 3-4) quando dizem que qualquer intervenção clínica deve ser realizada somente após a conclusão de um cálculo de riscos/benefícios. Se um paciente não possui chance de se beneficiar globalmente de uma intervenção, então esse procedimento não é indicado para ele. Ou seja, quando o risco de dano supera o possível benefício, o tratamento não é indicado.

O princípio de benefício e dano deve se sobrepor conceitualmente ao de beneficência e não maleficência, principalmente porque existem em países do Hemisfério Sul enormes iniquidades na área socioeconômica. Essa especificidade de vulnerabilidade social gera ausência de conhecimento, de informação, de tecnologia, fragilidade, falta de proteção e até um abandono completo de populações, fazendo-se necessário, portanto, que houvesse uma proteção especial para indivíduos que se encontrem nessas situações (Garrafa *et al.*, 2010) ou, dito de outra maneira, devem ser maximizados todos os possíveis benefícios e minimizado todo e qualquer possível dano ou lesão. Assim, em vez de não maleficência e beneficência – isto é, simplesmente uma obrigação moral de fazer o bem e não prejudicar outra pessoa a partir de uma base conceitual deontológica, que se centra linearmente nos deveres e obrigações morais –, deve-se, bioeticamente falando, fazer todo o melhor possível e, ao mesmo tempo, evitar ao máximo que se produza qualquer dano. Essa

interpretação leva também a um conceito de Immanuel Kant, segundo o qual todo ser humano deve ser entendido e tratado como um fim em si mesmo, e não como um simples meio para se atingir outros objetivos, ditado muito pertinente atualmente na área biomédica.

Trazendo para um caso concreto como o da vacinação contra a COVID-19, deve existir um controle de seguimento do estado pós-vacinal para verificação de possíveis malefícios, sendo que tal processo deve ser levado adiante com o máximo cuidado e vigilância, não devendo ser minimizado em sua importância. O exemplo se enquadra dentro dos dizeres da DUBDH, no artigo 4, sobre maximizar os benefícios e minimizar os possíveis danos de qualquer procedimento na área da saúde.

Pode-se introduzir aqui o conceito da janela temporal para se tomar decisões envolvendo benefício e dano e, também, beneficência e não maleficência. O exame baseado nesse conceito torna-se necessário em todo procedimento médico – aqui incluídos os processos de vacinação – quando existe a ponderação entre benefício e dano e entre beneficência e não maleficência. Isso ocorre porque, em um primeiro momento, uma ação ou procedimento pode ser considerado benéfico e, em um segundo momento, pode se revelar prejudicial, ou seja, aquilo que era considerado benefício se transforma em dano que, em certos casos é mais gravoso do que o pretendido benefício.

Usando situações concretas para exemplificar pode-se falar do uso de opioides para afastar uma dor incômoda, o que é visto como um benefício em um primeiro momento, mas que passa a significar, em um segundo momento, uma dependência química e, portanto, um malefício. Ao se tratar pacientes ansiosos com ansiolíticos, corre-se o mesmo risco de causar a dependência química. No tratamento de casos de depressão com antidepressivos, pode-se ter, em um segundo momento, casos de lesões cardíacas, enquanto que o uso de antipsicóticos pode, depois de um tempo, levar o paciente à chamada impregnação neuroléptica maligna.

Pode-se aplicar o mesmo raciocínio ao contrário, no caso das vacinas contra a COVID-19, se forem desconsiderados os efeitos de uma janela temporal. A celeridade na vacinação, elemento crucial que pode trazer um efeito benéfico extraordinário, deixa de ser observada quando a vacina é aplicada sem pressa e após testagens sem prazo de término. Como consequência dessa falta da celeridade, seja pela não vacinação ou pelo atraso entre doses, pode ocorrer o aparecimento de novas variantes do vírus, pode ocorrer uma enorme quantidade de mortes evitáveis e,

eventualmente, pode acontecer que uma anterior epidemia se transforme em endemia (efeitos prejudiciais).

É importante lembrar que de acordo com o artigo 26 da DUBDH, todos os princípios dessa Declaração devem ser interrelacionados, sendo então cada um deles complementado ou suplementado por outro. No caso específico do artigo 4 (Benefício e Dano), mais forte ainda se revela sua ligação com os artigos 14 (Responsabilidade Social e Saúde) e 15 (Compartilhamento de Benefícios).

Ao se cotejar o tema do artigo 4 sobre benefício e dano com os mencionados artigos 14 e 15, verifica-se que foi direcionada especialmente para os governantes a responsabilidade sobre a promoção da saúde. Assim, adotando-se essa visão mais abrangente de benefício e dano a qual comporta os aspectos de riscos, janela temporal, informações fidedignas e contexto, pode-se, fazendo uma síntese, perceber como se deu o desastroso gerenciamento governamental no Brasil em relação à vacinação durante a pandemia da COVID-19.

A área da pesquisa clínica não é menos importante e precisa igualmente ser considerada em relação aos temas constantes do artigo 4 da DUBDH, fazendo-se necessária, portanto, a avaliação de possíveis riscos e danos nas atividades dessa área e sendo fundamental sua avaliação ética. Essa preocupação é evidenciada por Kottow (2010) em relação a desvios éticos na realização das pesquisas, tendo o autor apontado três possibilidades de procedimentos não éticos que sobrevalorizam benefícios e minimizam riscos na pesquisa clínica, quais sejam: proporcionar ao indivíduo informações inadequadas ou insuficientes sobre a pesquisa; mostrar comparativamente os riscos de outros projetos ou atividades alheias àquela pesquisa em pauta; e tipificar os riscos como de nível mínimo.

### **3.3.2 PRINCÍPIOS DA AUTONOMIA E RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL E DO CONSENTIMENTO (Artigos 5 e 6)**

Tem-se da DUBDH, sobre autonomia, agregada à responsabilidade individual:

#### **Artigo 5 – Autonomia e Responsabilidade Individual**

Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia (UNESCO-DUBDH, 2005).

Entre as definições que o Houaiss (2006) apresenta para autonomia, tem-se que o vocábulo significa: capacidade de se autogovernar; direito reconhecido a um país de se dirigir segundo suas próprias leis; soberania; direito de um indivíduo tomar decisões livremente; liberdade, independência moral ou intelectual. Segundo Kant (1724-1804), ela seria a capacidade apresentada pela vontade humana de se autodeterminar segundo uma legislação moral por ela mesma estabelecida, livre de qualquer fator estranho ou exógeno com uma influência subjugante, tal como uma paixão ou uma inclinação afetiva incoercível.

Etimologicamente, o vocábulo autonomia é derivado do grego antigo, vindo de *autos* (eu, próprio) e *nomos* (lei, norma) e trazendo o sentido de autolegislação ou autogoverno. É preciso pontuar, entretanto, que essa ideia de autodeterminação do povo grego era extremamente ligada ao sistema social da polis. Portanto, não se pode esquecer que a autonomia era ligada ao bem-estar comum e ao sistema social estruturado. Devemos lembrar que na Grécia Antiga os filósofos (como Demócrito e Leucipo, por exemplo) já tinham a noção de inter-relação entre as coisas, o tempo e o espaço. Também já teorizavam a noção de átomos e a impermanência temporal, conforme ilustrado na descrição do homem banhando-se nas águas do rio, por Heráclito. A autonomia não era, assim, individualizada ou divorciada de seu meio social.

Paulo Freire empenhou-se em aliar à educação o respeito ao aluno e o cultivo de sua capacidade de agir por si mesmo. Diz ele em seu aconselhamento aos mestres: “Ensinar exige respeito à autonomia do ser do educando” (Freire, 2019, p. 58). São palavras preciosas que, em contexto ideal, poderiam ser transpostas do nível individual para o nível das nações quando se considera a transferência de conhecimentos e de tecnologias. Não caberia impor formas de progresso nem colocar outras nações em situação de dependência ou submissão. Repassar técnicas e experiências como as da fabricação das vacinas contra a COVID-19 e dos medicamentos de seu tratamento, por exemplo, seriam, em contexto semelhante ao da educação defendida por Freire (2019), um ato bioético de aceitar a autonomia de outras nações se praticado com respeito à soberania de outros povos, sendo o assunto tratado nos artigos 13 e 15 da DUBDH.

Outras distinções e subdivisões da autonomia têm sido apresentadas pelos autores. Fala-se, assim, em autonomia pessoal, autonomia de vontade, autonomia tradicional, autonomia relacional e autonomia coletiva (Albuquerque, 2018). A

autonomia de vontade é um termo reservado para a área jurídica, não sendo aqui tratado. Dentro da perspectiva da autonomia tradicional, destacam-se os filósofos Immanuel Kant e John Stuart Mill quando trazem o entendimento do ser humano como ser racional e capaz de se autogovernar. Para Mill (2017), o indivíduo é soberano em relação ao seu próprio corpo e mente. Propõe-se aqui que talvez a afirmação careça de conhecimento neuroanatômico e psicanalítico mais profundo, já que nem sempre é possível o controle e o autogoverno tanto do corpo quanto da mente, conforme se discute um pouco mais abaixo. Trata-se de uma concepção bastante individualista que seria posteriormente aproveitada pelos movimentos de viés capitalista. Em relação às discussões sobre o modelo da autonomia tradicional, Albuquerque (2018) lembra que as teorias feministas e comunitaristas têm questionado sobre a ideia de “escolha livre”, argumentando que escolhas pessoais são socialmente construídas e situadas, opinião que encontra apoio em Christman (2004) quando o autor afirma que toda autonomia é relacional ou social, e que as decisões das pessoas sobre sua própria vida são vinculadas às condições sociais e, muitas vezes, tomadas com base em exigências e restrições sociais e interpessoais.

Pelos estudos de zoologia podemos aprender que o homem é o único animal que mantém uma extensa dependência de vida em comparação aos outros animais não humanos que lhe são semelhantes e às estruturas por ele construídas. Um patinho, ao sair do ovo, já caminha e consegue nadar, uma autonomia de vida precoce e presente na maioria dos outros animais. Já o ponto de partida da relação do bebê com o mundo acontece a partir de sua precariedade, sendo que a forma como sua fragilidade vai sendo resolvida pelos seus cuidadores estabelece, desde o início de sua vida, a ética, a relação com o outro e com o mundo em termos gerais, o mesmo acontecendo com a civilização, “que é a maneira como o ser humano lida com o desamparo diante da natureza e da morte” (Broide, 2020, p. 186). Um exemplo da intensidade dessa relação é o fato de que toda pessoa possui em seu sistema digestivo trilhões de bactérias, com elas coexistindo e graças a elas permanecendo saudável. Pode parecer uma relação simples, sobre a qual não se pensa todos os dias, mas o fato é que sem essas bactérias há o risco de adoecimento e morte da pessoa.

Na procura de uma compreensão abrangente da autonomia, verifica-se que ela vai depender de inúmeros fatores, orgânicos ou não orgânicos. Torna-se então necessário que se faça uma avaliação: a) do contexto em que se encontra o processo

da autonomia; b) da capacidade mental da pessoa durante as tomadas de decisão (observando-se casos de demência senil, alcoolismo crônico com degeneração do tecido neuronal, uso de drogas que afetam o humor e a capacidade de raciocínio, perda de massa encefálica, não maturação do sistema nervoso, entre outros); c) das estruturas psíquicas deformantes da realidade ou a falta de juízo crítico em relação a essa mesma realidade, dos processos alucinatorios e delirantes; d) da vivência dentro de um sistema social autoritário e repressor, como no caso de ditaduras constituídas.

Esses são alguns exemplos de situações que podem ser percebidas mais concretamente, mas existem outras em que a autonomia pode ser considerada como parcialmente castrada em relação à dignidade das pessoas e à possibilidade de que essas pessoas possam ter uma vida saudável, feliz, completa e digna. Para o exercício de uma real autonomia que permita a melhor escolha, é necessário que se tenham dados suficientes e legítimos relativos a seu contexto, o que não acontece em muitas sociedades neoliberais e de cunho autoritário, nas quais o povo é alijado das informações e das decisões, sobrevivendo em um nível mínimo de dignidade.

Como crítica à ideia de autonomia tradicional de Stuart Mill, contrapõe-se a ideia de que a pessoa não é soberana nas decisões que toma em relação ao corpo e à mente. Há quase um século Freud (1969d) já afirmava que muitos procedimentos do ser humano vêm de seu inconsciente, não sendo possível seu controle enquanto não houver a consciência de suas motivações até então ocultas. Além disso, falando do aspecto orgânico, há de se considerar a existência de determinadas substâncias que, ao entrarem no metabolismo do corpo, levam a determinados procedimentos, sobre os quais, mais uma vez, não é possível o controle por parte da pessoa, o que pode ser exemplificado pela dipsomania, pelas alucinações resultantes do nível de nitrogênio presente no sangue do mergulhador ou na desidratação neuronal do indivíduo perdido no deserto.

Houve, no espaço da bioética principialista, uma hipervalorização da autonomia, cabendo ainda chamar a atenção para um aspecto apontado por Kottow (2006) sobre o uso de princípios com a finalidade de enfraquecer alguns temas bioéticos em seu debate.

Uma boa razão para questionar a doutrina principialista reside na observação de que os princípios foram utilizados para obscurecer diversos temas bioéticos, diminuindo-lhe força no debate. Assim, a

autonomia foi invocada para negar a validade dos argumentos que favorecem um direito universal ao tratamento médico, em razão de que todo compromisso social impositivo interfere indevidamente na liberdade individual (Kottow, 2006, p. 38).

Aqui se vê, mais uma vez, a bioética cooptada por ações e ideologias derivadas de um pensamento capitalista no qual se infiltram as ideias de segregação social, competição e individualismo extremo (o que é um fetiche, já que o ser humano depende do outro desde o momento do nascimento), acompanhadas de uma hipovalorização da ideia da justiça social.

Discutindo aspectos da pandemia da COVID-19, Boff (2021, p. 50) traz à baila a questão da essencialidade da cooperação, afirmando, a partir da bioantropologia, que a solidariedade está na base de nossa humanidade, sendo-lhe um dado essencial. E recorda que, na ancestralidade, os alimentos conseguidos por uns eram servidos a todos, começando com os mais novos e os mais idosos, daí surgindo a comensalidade e o sentido de cooperação e solidariedade. “Foi a solidariedade que nos permitiu o salto da animalidade para a Humanidade. O que valeu ontem também vale para hoje”, de acordo com Boff (2021, p. 141). Argumenta finalmente o autor que uma das teses axiais da física quântica (de W. Heisenberg) e da cosmogênese (de B. Swimme) consiste em afirmar a cooperação e a relação de todos com todos, sintetizando: “Tudo é relacionado, e nada existe fora da relação” (Boff, 2021, p. 50).

Assim, como os humanos necessitam dos processos relacionais para suprir carências básicas e incapacidades, pode-se dizer que o ser humano é na verdade uma espécie singular que tem como pilar fundante a solidariedade e a cooperação. O evento da pandemia da COVID-19 pode ser visto como uma oportunidade de desmistificar a ideia de autonomia como bem maior e de demonstrar a necessidade de solidariedade entre os homens. De forma semelhante, a defesa de uma suposta liberdade propagada pelo governo de Jair Bolsonaro como um bem que estaria acima do dever de receber a vacina perde sua força diante da necessidade de evitar a contaminação para que, também, outros não se contaminem, o que igualmente invalida afirmações do tipo “o problema é meu” (Lopes, A. J., 2022, n.p).

Já em relação ao consentimento, reza a DUBDH:

#### **Artigo 6 – Consentimento**

a) Qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e poder ser

retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito (UNESCO-DUBDH, 2005).

No entanto, como essa capacidade de consentimento pode estar ausente em muitos casos – como o de menores de idade, de pessoas com déficit intelectual, de pessoas com degenerações orgânicas cerebrais e outros ainda – a DUBDH completa o tema do consentimento no seu artigo 7, *Indivíduos sem a Capacidade para Consentir*, prevendo que esses casos recebam, “em conformidade com a legislação, proteção especial” (UNESCO-DUBDH, 2005, artigo 7).

O tópico do consentimento fica amplamente definido no *Dicionário de Bioética de Hottois e Parizeau*:

**CONSENTIMENTO:**

Em medicina, o consentimento do doente define-se como o acto que autoriza o médico a realizar um tratamento determinado que explicou previamente ao doente. Mais precisamente, para o doente, dar o seu consentimento a um tratamento médico é, com conhecimento de causa, fazer a escolha de, por um lado, aceitar empreender esse tratamento particular (princípio da autodeterminação) e, por outro, autorizar a realização desse tratamento no seu próprio corpo (princípio do respeito da integridade física) (HOTTOIS; PARIZEAU, 1993, p. 88-89).

Uma complementação ainda se mostrou necessária para os autores e contribui na presente discussão:

O procedimento do consentimento, que afirma a autonomia do doente e a sua capacidade de ajuizar do seu próprio bem, abre, portanto, a possibilidade de uma aliança terapêutica entre o médico e o doente. Este diálogo permite, então, a troca mútua de informação, a instauração de confiança (HOTTOIS; PARIZEAU, 1993, p. 91).

Essa troca de informações e a resultante criação da confiança levam a um maior índice de sucesso terapêutico. E seu oposto se mostra também verdadeiro, como testemunhado na fase de pandemia da COVID-19 no Brasil. Sem informações fidedignas, cresceu a falta de confiança e, conseqüentemente, a hesitação vacinal, comportamento que era praticamente desconhecido na década de 1970 até início dos anos 2010, quando o país era referência na área de imunização. Vale lembrar a farta distribuição de panfletos e cartazes explicativos para deixar a sociedade bem informada sobre as vacinas e até a criação, no caso da vacina contra a poliomielite, de uma figura que cativasse as crianças e promovesse uma comunicação direta com elas – o Zé Gotinha –, cujo nome foi escolha das próprias crianças.

### 3.3.3 PRINCÍPIO DO RESPEITO PELA VULNERABILIDADE HUMANA E PELA INTEGRIDADE INDIVIDUAL (Artigo 8)

Tratando das questões relacionadas à vulnerabilidade e à integridade dos indivíduos, tem-se na DUBDH:

**Artigo 8 – Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual**

A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada (UNESCO-DUBDH, 2005).

*Vulnerabilis* é um termo de origem latina que significa vulnerabilidade, estendendo-se a todas as áreas, e não somente a área biomédica (Houaiss; Villar, 2009). O termo integridade, também de origem latina, vem tanto do adjetivo *integer*, significando não tocado, integral, estar são; quanto do substantivo *integritas*, significando totalidade, integridade, assim expressando, portanto, um estado em que as partes de um todo são mantidas (Neves, 2009).

Cotejando essas definições com os conceitos apresentados pela DUBDH em seu artigo 8, acima, observa-se a coerência da Declaração quando considera que todos os vários aspectos de vida de um indivíduo devem ser respeitados, ou, dito de outra maneira, considera o respeito à totalidade do indivíduo.

Em 2013, conforme expõem Morais e Monteiro (2017) um relatório do CIB, da Unesco, iria reconhecer duas categorias fundamentais de vulnerabilidades específicas: a especial e a social. A especial seria temporária, ou permanente, motivada por incapacidades, doenças ou limitações dos estágios da vida, enquanto que a social, provinda de determinantes políticos e ambientais, apareceria por intermédio da cultura, da economia, das relações de poder ou de desastres naturais. Do exposto, vê-se que é fundamental que iniquidades e desigualdades socioeconômicas sejam eliminadas, alcançando-se dessa forma a promoção do bem-estar dos vulneráveis (Morais; Monteiro, 2017). Desse modo, os vulneráveis não mais se tornariam simples objetos, indivíduos reduzidos, tolhidos, segregados ou desqualificados pela sua doença ou, ainda, vítimas dos processos estruturais de segregação e discriminação no Brasil, processos estes que podem levar a uma morte social do indivíduo antes mesmo de sua morte orgânica.

Decorre daí a necessidade de que a vulnerabilidade se mantenha como ponto de discussão de uma bioética de direitos e deveres, ficando a vulnerabilidade e integridade reconhecidas como dimensões da pessoa humana. A ideia é patrocinada por Hossne (2009) quando diz que a vulnerabilidade é um importante referencial bioético, devendo ser entendido como um estado sindrômico que exigiria uma avaliação completa quanto à sua origem, seus envolvimentos, seus efeitos e tratamento. Não deveria se restringir ao indivíduo – seja ele um paciente clínico ou um sujeito de pesquisa –, devendo ser estudado todo seu mecanismo e os sistemas econômico e social envolvidos, terminando no elo mais fraco, que é a pessoa que está em estado de vulnerabilidade. Para o autor, se todos somos mortais, automaticamente todos somos vulneráveis.

Uma diferenciação entre os conceitos de vulnerável e vulnerado, no entanto, é apontada por Schramm (2006) e, paralelamente, por Kottow (2008). Vulnerável não assinalaria, para os autores, um estado de dano, mas, sim, uma característica universal de qualquer organismo vista como potencialidade e fragilidade. Vulnerado, por sua vez, traduziria uma situação de fato, de dano real e atual, havendo uma consequência relevante no instante em que uma decisão é tomada.

De uma maneira mais simplificada, Hossne (2009) separa o ser vulnerável do estar vulnerável – caracterizando-se aí uma situação latente que pode passar para uma situação manifestada – e afirma que o ser humano, ao tomar consciência de que é vulnerável, produz uma angústia derivada dessa conscientização, já que, na condição de ser humano, tem muitas vezes de se defender até mesmo de outros humanos, sendo que essa defesa é que vai estabelecer princípios éticos como os princípios da bioética.

Assim, em exposição resumida, a ética se impõe porque existe a vulnerabilidade. A vulnerabilidade, continua o autor, pode ser econômica, climática, material, orgânica e, principalmente, social. Afirma ainda que a vulnerabilidade deve ser obrigatoriamente um referencial para toda ação, procedimento e avaliação em qualquer campo da bioética, e não apenas na área das ciências da saúde. O que se observa ainda, segundo Hossne (2009), é que a vulnerabilidade é muito mais discutida e avaliada na pesquisa do que na prática assistencial e no dia a dia, fato que não deveria acontecer.

A questão do desinteresse da ética pelo processo da vulnerabilidade é identificada por Hoffmaster (2006) como resultante de um individualismo exacerbado

existente nos dias de hoje, principalmente no âmbito dos regimes políticos neoliberais, um contexto no qual a vulnerabilidade é vista como ameaça ao individualismo. Entretanto, exorta aquele autor, os homens precisam sentir sua vulnerabilidade para afirmarem sua humanidade, já que é a vulnerabilidade comum que vincula e une os homens uns aos outros. A proposta de Hoffmaster, como se pode perceber, pode ser considerada não ética aos olhos de um sistema neoliberal.

Já Neves (2006) diferencia vulnerabilidade adjetiva, substantiva e principialista. Quando se dirige a uma noção mais estrita e individual, tem-se a função adjetiva. A função substantiva terá uma perspectiva antropológica que define a vulnerabilidade como uma realidade constitutiva do ser humano e de todo ser vivente, inclusive os elementos do mundo vegetal. A autora reconhece o princípio da vulnerabilidade como o pilar fundante para toda a ética. Já a vulnerabilidade principialista que foi mencionada por Neves (2006) nos remete aos princípios básicos da bioética principialista da beneficência, não maleficência, justiça de forma distributiva e autonomia, esta última focando principalmente as questões de consentimento dos indivíduos.

Cunha e Garrafa (2016) analisaram, por meio de perspectivas regionais globais de várias nações, os conceitos de vulnerabilidade dentro de uma visão bioética, tendo concluído que a vulnerabilidade é um princípio importante e, além disso, fundamental para a consecução de uma bioética global, demonstrando ainda que o conceito de vulnerabilidade guarda relação direta com as questões culturais e a diversidade moral verificada em cada região ou continente.

Ainda segundo Hossne (2009), o indivíduo faz parte de uma engrenagem, da qual ele é o componente mais fraco. Nesse contexto, torna-se a vítima principal e, na maioria das vezes, a única que sofre as consequências. Com frequência, um paciente ou um sujeito de pesquisa não é lesado exclusivamente pela sua vulnerabilidade, mas pela maneira de funcionamento do sistema. Assim, continua Hossne (2009), o fator determinante dessa vulnerabilidade pode estar em qualquer parte do sistema, seja ele o profissional de saúde, a instituição, os gestores, o processo econômico que a tudo permeia, o patrocinador de um evento ou, até mesmo, os comitês de ética em pesquisa. A vulnerabilidade, portanto, deve ser estudada de modo muito abrangente para que se leve em consideração todos esses fatores. Em relação aos termos de consentimento livres e esclarecidos, opina Hossne (2009) que, embora sejam aceitáveis, desejáveis e necessários, não são suficientes para evitar danos e lesões,

já que se trata de um procedimento que não suprime a vulnerabilidade, sempre havendo o risco de fraudes, desvios de finalidade e falsidades.

Observa-se, então, que o princípio da vulnerabilidade tem uma articulação estreita com o princípio da dignidade humana, podendo-se entender que, basicamente, o princípio da vulnerabilidade tem o propósito de garantir o respeito pela dignidade do ser humano em sua totalidade, conforme iluminam as palavras de Garrafa:

A vulnerabilidade social tem relação com a estrutura de vida cotidiana das pessoas. Entre as situações geradoras de vulnerabilidade social em pesquisas nos países periféricos, podem ser citadas: a baixa capacidade de pesquisa no país; disparidades socioeconômicas na população; baixo nível de instrução das pessoas; inacessibilidade a serviços de saúde e vulnerabilidades específicas relacionadas com o gênero feminino e com as questões raciais e étnicas entre outras (Garrafa, 2012, p. 14).

Na mesma linha de reflexão, Garrafa e Prado (2001, p. 1491) definem a vulnerabilidade como “o lado mais fraco de um assunto ou questão, o ponto pelo qual alguém pode ser atacado, prejudicado ou ferido, levando a interpretação ao contexto de fragilidade, (des)proteção, desfavor e mesmo de desamparo ou abandono”.

Chamando a atenção para a questão dos avanços tecnológicos e a multiplicação de pesquisas ocorridas no século XX, Morais e Monteiro (2017, p. 311) afirmam que esses fenômenos provocaram “novas formas de vulnerabilidade e deixaram mais evidentes aquelas causadas por determinantes sociais, políticos e ambientais, isto é, a vulnerabilidade social.” Esclarecendo que o imperialismo moral é a intenção de impor, por meio de diferentes formas de coerção, padrões morais de culturas, regiões geopolíticas e países específicos a outras culturas, regiões ou países, Garrafa e Lorenzo (2008) trazem o exemplo das indústrias farmacêuticas que testam seus medicamentos em populações vulneradas por pobreza em países periféricos a fim de maximizar lucros no tratamento e comercialização desses insumos em países centrais. Pode-se observar ainda que, na ausência do respeito à dignidade humana, maior será a necessidade da aplicação de um princípio de proteção aos mais vulneráveis, o que conduzirá, conseqüentemente, ao princípio da justiça social.

A questão da vulnerabilidade é tão importante e tão fundamental que se torna possível afirmar que se encontra ligada ao conceito de proteção, sendo ainda considerada um princípio para algumas disciplinas, como ocorre na área jurídica, na

qual se enfoca com destaque o princípio da proteção em relação aos vulneráveis. Sobre o tema, ensina Delgado (2012) que entre os núcleos basilares dos princípios especiais do Direito do Trabalho encontra-se o princípio da proteção – também conhecido como princípio tutelar ou protetivo –, destinado a proteger o vulnerável/hipossuficiente, que é o empregado/obreiro, na sua relação assimétrica de poder com seu empregador. Trata-se de um princípio que praticamente abrange todos os outros princípios do Direito Trabalhista e que se direciona a uma proteção especial ao trabalhador. Conforme explica o autor, esse princípio “busca retificar, juridicamente, uma diferença prática de poder e de influência econômica e social apreendida entre os sujeitos da relação empregatícia” (Delgado, 2012, p. 194), cabendo lembrar aqui quão valioso seria o Direito Trabalhista numa época da história em que o trabalhador na área industrial chegava a ter jornadas de trabalho de 18 horas por dia em troca de comida.

Já a integridade como princípio deve ser respeitada, seja no âmbito psíquico, moral ou físico, sendo neste último mais facilmente perceptível. Esclarece o Dicionário Online Priberam de Português que o termo “integridade” vem do latim *integritate*, que significa a qualidade ou estado do que é íntegro ou completo (Integridade, 2024).

O direito à integridade física compreende a proteção jurídica à vida do indivíduo. No caso do corpo físico, esse pode estar vivo ou morto, pelo que o CPB (Brasil-Código, 1940, artigo 211) nomeia entre os crimes contra o respeito aos mortos “(...) destruir, subtrair ou ocultar cadáver ou parte dele”, considerando, portanto, o corpo quer na sua totalidade, quer se trate de tecidos, órgãos ou qualquer parte corporal que seja passível de separação e individualização. Cabe ainda nesse entendimento o direito de alguém de submeter-se ou não, e de acordo com seu entendimento (autonomia), a exame e tratamento médico. A ofensa à integridade física pode abranger as práticas que lesem diretamente o corpo ou a saúde de uma pessoa. Essa integridade pode ser violada sem que a pessoa sofra lesão ou dor. O caso das omissões de vacinação ilustra bem a questão. No momento da omissão, não houve dor ou lesão para a pessoa que não recebeu a dose da vacina que lhe cabia, podendo isso ocorrer, entretanto, em momento posterior como resultado de sequelas, conforme já foi mencionado, ou mesmo de óbito, sendo esse conceito, portanto, passível de ser visto sob a ótica de uma janela temporal.

Conforme jurisprudência do STF sobre o assunto, o direito à integridade pessoal não pode ser suspenso em circunstância alguma e ainda se complementa com os princípios de proteção, cuidado e prevenção:

A Corte já salientou que da obrigação geral de ARTIGO 5 garantia dos direitos à vida e à integridade física nascem deveres especiais de proteção e prevenção, os quais, neste caso, se traduzem em deveres de cuidar e de regular. [Corte IDH. Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Mérito, reparações e custas. Sentença de 4- 7-2006.] [Ficha Técnica] (Brasil-STF, 2006).

Segundo Freitas (2016), o direito à integridade física deixou de ser interpretado como apenas a proteção contra agressões físicas, aplicando-se hoje em relação a outros direitos, tais como segurança, manutenção da saúde (sendo que, no caso específico da pandemia, o direito a estar são e íntegro remete ao direito de acesso às vacinas), meio ambiente saudável e qualidade de vida. Acrescenta o autor que a integridade corporal e psicológica está relacionada com o direito da pessoa ao desenvolvimento das suas potencialidades.

Entre os casos extraordinários que admitem a violação da integridade física ou corporal, tem-se o da amputação de uma perna atingida por gangrena, ilustra Szaniaweski (2005), mesmo assim devendo ocorrer diante de informações fidedignas, do respeito à autonomia e do consentimento explícito do paciente.

O artigo 8 aqui em estudo, ao propor situações em que a vulnerabilidade deve ser respeitada, também se direciona para a questão da proteção, a qual deverá ser proporcionada a indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica. O princípio bioético da proteção não tem um artigo próprio dentro da DUBDH. Além de fazer parte do artigo 8 acima transcrito, está presente no *caput* do artigo 7:

**Artigo 7 – Indivíduos sem a Capacidade para Consentir**

Em conformidade com a legislação, proteção especial deve ser dada a indivíduos sem a capacidade para fornecer consentimento” (UNESCO-DUBDH, 2005, artigo 7).

Aparece ainda no artigo 9, onde se infere o sentido da proteção em relação à privacidade e confidencialidade:

**Artigo 9 – Privacidade e Confidencialidade**

A privacidade dos indivíduos envolvidos e a confidencialidade de suas informações devem ser respeitadas. Com esforço máximo possível de proteção, tais informações não devem ser usadas ou reveladas para outros propósitos que não aqueles para os quais foram coletadas ou consentidas, em consonância com o direito internacional, em particular

com a legislação internacional sobre direitos humanos (UNESCO-DUBDH, 2005, artigo 9).

O princípio da proteção é um tema especialmente caro à “Bioética de Proteção, de cunho latino-americano, podendo essa proteção ser entendida como uma derivação das vulnerabilidades humanas (Schramm, 2006). O princípio da proteção, conforme explica Schramm (2006, p. 144), procura, na maior parte das vezes, soluções para “os conflitos ligados à saúde e à qualidade de vida das populações humanas em seus contextos biopsicossociais e em condições diferentes daquelas condições existentes nos países que formularam os primeiros modelos vigentes da bioética mundial”.

A introdução do princípio da proteção possibilita a tomada de decisões éticas e morais, sendo esse princípio visto como “uma ferramenta pertinente e legítima quando faltam outras ferramentas” capazes de regular conflitos em uma sociedade, de modo a serem garantidas “a cidadania e a dignidade de todos os seus cidadãos”, explica Schramm (2006, p. 145), ensinando ainda que o sentido de “proteger” está embutido no vocábulo grego *ethos* e presente em Homero, significando “guarda” e “resguardo”, ou seja, proteção contra ameaças externas, significado idêntico, portanto, ao que lhe é dado pela bioética da proteção. O sentido se aplica, também, à população vulnerável, marginalizada, excluída, necessitada e estigmatizada, população facilmente encontrada nos assim chamados mundos subdesenvolvidos ou nações pobres, os países periféricos referidos pelo glossário da BI.

Semanticamente e como componente da psicolinguística, a ideia trazida pelo vocábulo proteção vai além daquela de um processo descritivo, evocando um entendimento de que a proteção pode ter um viés normativo, o que facilitaria, portanto, políticas e ações de tipo proativo e afirmativo. Em um sentido mais amplo, o princípio de proteção tem o objetivo de trazer à reflexão que o processo de proteger implicará também em uma conseqüente relação horizontal, na qual o protegido possa se tornar, no futuro imediato, capaz de se proteger a si próprio (Schramm, 2006).

### **3.3.4 PRINCÍPIO DA IGUALDADE, JUSTIÇA E EQUIDADE (Artigo 10)**

O princípio da justiça e seu próprio conceito variam de acordo com a cultura, com o contexto e com o momento histórico, sendo um dos pilares básicos da sustentação conceitual e prática da bioética desde o seu início. Pode receber

caracterizações de justiça tradicional, retributiva, intergeracional, social ou distributiva, entre outras. No campo da presente pesquisa, interessa a justiça na acepção de justiça social e de uma igualdade fundamental e ontológica em relação a todos os seres humanos.

Reporta assim a DUBDH:

**Artigo 10 – Igualdade, Justiça e Equidade**

A igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa (UNESCO-DUBDH, 2005).

De viés humanista e revelando sensibilidade, vêm as definições de Boff:

A justiça é mais do que dar a cada um o que é seu; entre os humanos, a justiça é o amor e o respeito mínimo que devemos dedicar aos outros. A justiça social é garantir o mínimo a todas as pessoas, não criar privilégios e respeitar seus direitos inalienáveis, pois todos somos humanos e merecemos ser tratados humanamente (Boff, 2021, p. 147).

A realidade durante a pandemia não correspondeu, conforme as observações de Boff, a essa visão de justiça social, revelando, pelo contrário, “a perversidade da desigualdade social e da injustiça”, quando alguns atravessaram a quarentena no conforto de boas casas e a maioria, em comunidades e favelas, expuseram-se à contaminação e à morte pela fome ou pelo vírus da COVID-19 (Boff, 2021, p. 147).

Na formulação do conceito de justiça no campo do direito é preciso antes levar em consideração que o direito admite duas dimensões relativas à justiça: a formal e a material. Pela primeira, de caráter procedimental, toda divisão deve partir de parâmetros aceitos por todos; pela segunda, mais substancial, deve acontecer uma identificação dos princípios a serem utilizados na divisão (necessidades, merecimentos, posições sociais etc.), conforme Rabenhorst (2009). Mesmo levando-se em conta esses parâmetros na área do direito, autores há em cuja formulação de justiça podem ser identificadas também as noções de alteridade e igualdade. Rabenhorst exemplifica com o caso de Salvatore Veca, que afirma que o utilitarismo tradicional pensa a justiça em termos teleológicos, ou seja, como a maximização do bem-estar social.

Também lembra a filosofia kantiana, que vê a justiça como um dever absoluto que implicaria em que todo ser humano fosse tratado com respeito e considerado como um fim em si mesmo, e não como meio para obtenção de algo. Pierre-Joseph Proudhon iria vislumbrar a justiça sob a ótica da reciprocidade, ou seja, o

reconhecimento de uma idêntica dignidade tanto em nós mesmos como na figura do outro (Rabenhorst, 2009).

Garrafa e Manchola-Castillo (2017) levantam a questão de ter o principialismo uma fundamentação individualista muito forte em detrimento do coletivo e de amplitude pública, tendência essa já presente no Relatório Belmont, quando são conferidas ao princípio da justiça as seguintes características:

- para cada pessoa uma porção igual;
- para cada pessoa de acordo com as necessidades individuais;
- para cada pessoa de acordo com o seu esforço;
- para cada pessoa de acordo com sua contribuição social;
- para cada pessoa de acordo com o mérito.

Posteriormente, explicam aqueles autores, que Beauchamp e Childress contribuiriam com mais uma característica a esse grupo:

- para cada pessoa de acordo com as trocas livres de comércio.

Todas essas categorias, portanto, mantinham-se focadas exclusivamente nos campos das liberdades e necessidades individuais, ignorando por completo os referenciais da justiça social, dos direitos humanos universais e da equidade, conforme esclarecem Garrafa e Manchola-Castillo (2017).

Para um entendimento mais claro entre os direitos individuais e os direitos coletivos, esses mesmos autores explicam:

O direito, que é elemento básico da ordem da cidadania, não deve ser atribuído; pelo contrário, o princípio ético-político que rege a noção mais elementar de direito é o que provém da própria existência humana, uma vez que quando a pessoa nasce, já se configuram direitos. Mais do que configurados, estes direitos devem estar acessíveis e materializáveis para que se alcance a verdadeira cidadania (Garrafa; Manchola-Castillo, 2017, p. 16-17).

Essa colocação está em consonância com as ideias do chamado direito natural ou jusnaturalismo (nascido na Grécia antiga 500 anos a.C), segundo o qual todos os princípios, normas e direitos vêm de uma ideia universal de justiça ideal, sendo esse direito natural um direito que sempre segue aquilo que condiz com os valores da humanidade (direito à vida, à liberdade, à dignidade, à saúde etc.) e, principalmente, com um ideal sempre buscado de justiça. Dessa forma, verifica-se que é o ser humano, e não o Estado, que está em primeiro lugar e que, assim, esse direito procura limitar a ação do Estado em relação a esse ser humano. Observe-se que uma das

máximas do jusnaturalismo é “obedecer somente às leis justas”, enquanto que o direito positivo exige obediência às leis independentemente de sua origem. Dito de outra maneira, o jusnaturalismo defende uma justiça que se posiciona acima da norma escrita e que deve servir de base para esta última. Rawls, com igual pensamento, afirma:

A justiça é a virtude primeira das instituições sociais, assim como a verdade o é dos sistemas de pensamento. Por mais elegante e econômica que seja, deve-se rejeitar ou retificar a teoria que não seja verdadeira; da mesma maneira que as leis e as instituições, por mais eficientes e bem organizadas que sejam, devem ser reformuladas ou abolidas se forem injustas (Rawls, 2008, p.8).

Rawls tem, no pensamento contemporâneo, um papel essencial na volta às discussões sobre a justiça, marcada por “Uma Teoria da Justiça”, em 1971, a partir do que “as discussões teóricas passaram a enfatizar a justiça como princípio de maximização da liberdade ou de distribuição de bens sociais e culturais fundamentais” (Rabenhorst, 2009). Esse princípio de uma equidade para todos pretendido por Rawls, entretanto, sofreria críticas, principalmente de autores americanos defensores das políticas neoliberais (como Michel Sandel, em 1999). Anos mais tarde Rawls lançaria “Justiça como equidade: uma reformulação” (2003), no qual ele mesmo explica seu desejo de retificar falhas cometidas em “Uma Teoria da Justiça”, falhas estas que:

“(…) obscureceram as principais ideias da justiça como equidade, que é como denominou a concepção de justiça apresentada naquele livro. Reafirmando sua confiança nessas ideias, expressa seu desejo de aprimorá-las e remodelar sua argumentação, tendo como objetivo “reunir, numa formulação única, a concepção de justiça apresentada em *Teoria* e as principais ideias de meus ensaios escritos a partir de 1974” (Rawls, 2003, p. 7).

Em análise feita sobre as teorias da justiça de John Rawls, depreende-se que, na visão desse jurista e filósofo, a distribuição de recursos se daria em duas fases. A primeira seria a distribuição igualitária de direitos e deveres básicos; numa segunda fase, haveria a compensação das desigualdades injustas, garantindo-se para todas as pessoas iguais oportunidades, uma proposição de Rawls que mostra que seu foco principal foi a distribuição dos bens primários sociais essenciais, o que não incluiria a saúde, a qual seria considerada um bem primário natural (Paranhos *et al.*, 2018).

Tecendo considerações sobre seu próprio texto “Justice as fairness: political not metaphysical”, de 1985, afirma Rawls:

Assim, o objetivo da justiça como equidade como uma concepção política é prático, e não metafísico ou epistemológico. Ou seja, apresenta-se não como uma concepção da justiça que é verdadeira, mas como uma concepção que pode servir de base a um acordo político informado e voluntário entre cidadãos vistos como pessoas livres e iguais. Quando firmemente fundado em atitudes políticas públicas e sociais, esse acordo sustenta os bens de todas as pessoas e associações num regime democrático justo (Rawls, 1992, p.1)

Em sua análise das teorias de Rawls, sugerem Paranhos *et al.* (2018) que o sistema de saúde existente no Brasil, o SUS, revela certo viés rawlsiano. Examinando a questão, verifica-se que o SUS denota em sua essência uma forte relação com a teoria de Rawls no que concerne a questões de justiça e equidade, já que possui uma base igualitária e democrática derivada das diretrizes e princípios como os que estão expostos a seguir (APM, 2007), verificando-se, portanto, que o SUS:

- É **único**, porque tem a mesma filosofia de atuação em todo território nacional e é organizado de acordo com a mesma lógica.

- É **universal**, porque deve atender a todos sem distinções, de acordo com suas necessidades.

- É **integral**, pois a saúde deve ser tratada como um todo e as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento.

- Garante **equidade**, pois deve oferecer os recursos de saúde de acordo com as necessidades de cada um; ou seja, trata situações desiguais de formas desiguais.

- É **descentralizado**, pois todas as ações e serviços que atendem à população de um município devem ser municipais; as que servem e alcançam vários municípios devem ser estaduais; e aquelas que são dirigidas a todo o território nacional devem ser federais.

- Prevê a **participação do setor privado** de uma forma complementar, preferencialmente pelo setor filantrópico e sem fins lucrativos, por meio de contrato administrativo ou convênio.

- Deve ter **racionalidade**, pois a oferta de ações e serviços deve ser realizada de acordo com as necessidades da população e com os problemas de saúde mais frequentes em cada região.

- Deve ser **eficaz e eficiente**, mediante a prestação de serviços de qualidade, eliminando-se os desperdícios e aplicando-se os recursos da melhor maneira possível.

- Deve promover a **participação popular**, por meio do direito assegurado a todos os seguimentos envolvidos, sejam eles sistema-governos, prestadores de serviço, trabalhadores da saúde e, principalmente, os usuários dos serviços, sendo os principais instrumentos para exercer esse controle social os conselhos e as conferências de saúde.

-Apesar de mostrada essa correlação entre o SUS e o pensamento de Rawls, a saúde só iria ser contemplada no âmbito da teoria da justiça posteriormente, por Daniels (2008), que lançaria com seu trabalho a indagação “O que a justiça exige em relação à saúde da população?” (Rid, 2008, p. 12). Paranhos *et al.*(2018) consideram que Daniels, ao estender a teoria de Rawls para a área de saúde, não só aumentou sua abrangência como acresceu-a de um *status* moral especial a ser resguardado pelos princípios de liberdade, diferença e igualdade de oportunidades. Dessa maneira, concluem aqueles autores, Daniels igualmente fortaleceu a teoria de Rawls.

Em seu trabalho que complementa as ideias de Rawls ao campo da saúde, Daniels não se restringe a discutir a prestação de cuidados de saúde, abrangendo todos os fatores de saúde socialmente controláveis, argumentando que a saúde possui uma importância moral especial por contribuir para o conjunto de oportunidades que são oferecidas ao indivíduo. Havendo obrigações sociais para proteger as oportunidades individuais, a saúde, tanto no aspecto da promoção como da restauração, será fator do cumprimento dessas obrigações (Rid, 2008). As desigualdades na saúde serão injustas se desigual for o acesso à saúde e/ou quando os DSS não forem distribuídos conforme os princípios de justiça de Rawls, afirma Rid (2008) em sua análise de Daniels.

Três questões focais devem ser destacadas para que se compreenda o que a justiça exige para a saúde (Rid, 2008): qual a importância moral da saúde; quando são injustas as desigualdades em saúde; e como satisfazer as necessidades de saúde de maneira justa se são elas satisfeitas de modo desigual. A solução para as três questões é então trabalhada por Daniels a partir da teoria da justiça como equidade de Rawls.

### **3.3.5 PRINCÍPIO DA NÃO DISCRIMINAÇÃO E DA NÃO ESTIGMATIZAÇÃO (Artigo 11)**

Diz a DUBDH sobre a questão de pessoas discriminadas ou estigmatizadas:

### **Artigo 11 – Não Discriminação e Não Estigmatização**

Nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais (UNESCO-DUBDH, 2005).

Para melhor entendimento do tema tratado no artigo acima, é necessária alguma compreensão também do que sejam preconceito e segregação, já que, conforme nos mostra a vivência, tanto a estigmatização como a discriminação podem se confundir com o preconceito. Para estabelecer diferenciações entre os conceitos, alguns pontos serão examinados.

Preconceito pode ser definido como aquele início de conceito ou ideia inicial que é formada antes que um fenômeno ou um fato seja vivenciado ou conhecido. Cada pessoa, como resultado da cultura e da sociedade que vivencia, formará valores concernentes às suas várias áreas, tais como as da família, da escola, da religião, da moral e outras, o que explica a profusão de padrões estéticos diferentes entre os grupos existentes, bem como diferentes categorizações de tempo e distância.

A definição de preconceito oferecida pelo Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa (Preconceito, 2006), é:

(...) qualquer opinião ou sentimento, quer favorável quer desfavorável, concebido sem exame crítico; idéia, opinião ou sentimento desfavorável formado *a priori*, sem maior conhecimento, ponderação ou razão; atitude, sentimento ou parecer insensato, esp. de natureza hostil, assumido em conseqüência da generalização apressada de uma experiência pessoal ou imposta pelo meio; intolerância; Obs.: cf. *estereótipo* ('padrão fixo', 'idéia ou convicção'), Ex.: <p. contra um grupo religioso, nacional ou racial> <p. racial>; conjunto de tais atitudes, Ex.: combater o p.; Rubrica: psicanálise. qualquer atitude étnica que preencha uma função irracional específica, para seu portador. Ex.: p. alimentados pelo inconsciente individual (Preconceito, 2006).

Por constituir-se assim como juízo pré-concebido ou pré-conhecimento de um fenômeno, o preconceito não baseia suas ideias nas experiências de vida, na realidade dos fatos ou em premissas lógicas. Como decorrência de convicções arraigadas, o preconceito pode ficar situado, portanto, na área geral das crenças, podendo, após enraizado, ser também chamado de crença estabilizada. Nessa fase, a pessoa acredita firmemente nas informações que fixou. Passa então a sistematizá-las e a rotular as pessoas que serão discriminadas – é a fase da estigmatização

(rotulagem negativa ou marcação pejorativa), sendo que as informações que absorveu poderão ficar cristalizadas ou expandidas (chegando a uma fase de fanatismo).

O termo preconceito é quase sempre entendido como algo negativo, quando na verdade podem ser formados preconceitos em relação a qualquer coisa que ainda não se conhece. Assim, imaginar, teorizar e pensar com referência ao que lhe é pouco conhecido é simplesmente uma parte do processo de aprendizado de todo ser humano.

A palavra “discriminação” vem do latim *discriminatione*, designando ato ou efeito de discriminar, faculdade de distinguir ou discernir, separação, apartação, discriminação racial (Ferreira, [197-]). A discriminação pode (e usualmente o faz) ser decorrente do preconceito, o que leva a se falar usualmente que o precursor do racismo seja o preconceito de uma raça contra outra. Na fase do preconceito, o que está existindo é ainda somente uma estrutura mental – por exemplo, o que hoje é denominado “racismo estrutural” – mas, no momento em que tal forma de pensamento se materializa, passa-se a falar em discriminação (passa-se ao ato).

O alvo de atitudes de discriminação pode ser, por exemplo, uma religião, uma posição social, um sentimento, uma crença ou uma pessoa, do que advêm as denominações diversas como discriminação religiosa, social etc. Em relação a uma pessoa, a origem de uma discriminação pode ser um preconceito referente a características dessa mesma pessoa, tais como sua orientação sexual, sua raça, sua nacionalidade, sua religião, sua doença ou incapacidade entre outras. Porém, seja a discriminação religiosa ou política, cultural ou econômica, pessoal ou social, ou relacionada a outras áreas, sempre leva à destruição ou ao comprometimento dos direitos fundamentais da pessoa, razão pela qual se encontra na DUDH, em sua previsão contra a discriminação, o seguinte texto:

**Artigo 7º**

Todos são iguais perante a lei e tem direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente (ONU-DUDH, 1948).

Como consequência da estabilização, cristalização e enraizamento de ideias preconceituosas, é quase sempre gerado em nível psicológico o que se pode chamar de estigmatização. Estigmatizar é comparável a colocar em uma pessoa um rótulo, um sinal infamante ou uma marca, todos estes sempre de natureza negativa e pejorativa. O estigma também pode ser visto como um processo simbólico e psíquico

antes de se tornar uma ação ou um procedimento fático. Outro ponto a ser levado em consideração é que a estigmatização acaba sempre atingindo aquele que, de uma forma ou de outra, esteja vulnerável, aumentando então sua vulnerabilidade.

Há pontos de similaridade entre o preconceito e o estigma. Ambos envolvem “categorização, rotulagem, estereotipagem e rejeição social, do mesmo modo que o estigma e o preconceito podem resultar em discriminação; os seus processos sociais são assim bastante semelhantes”, segundo Parker (2013, p. 31), sendo que tanto o preconceito quanto o estigma podem levar a ações agressivas e hostis. Uma distinção que ocorre entre preconceito e estigma é que em geral o primeiro se encontra mais relacionado a problemas étnicos e raciais, enquanto o segundo, a problemas na área da saúde.

Existe no estigma uma tendência a inferiorizar o indivíduo, tornando-o subvalorizado em termos sociais, como no caso de se trocar seu nome pelo seu estigma, chamando-o por expressões como aquele aleijado, aquele neurótico, aquele surdo, aquele leproso ou aquele tuberculoso etc. A discriminação advinda de um estigma mostra-se, assim, como a representação clássica do desconhecimento da alteridade individual e do não reconhecimento da dignidade da pessoa.

Além disso, há de se ficar alerta sobre alguns conceitos que visam a disfarçar a origem do estigma. Alertam Link e Phelan (2001) que o conceito de estigma foi criticado por estar focalizado no individualismo, defendendo então que a estigmatização seja estudada como produto social e fruto de condições estruturais, somente ocorrendo na presença de relações de poder. Outra importante contribuição sobre a questão do estigma é a de que ele “pode estar reproduzindo sistemas de hierarquia e de dominação, quando relacionado com classe social, gênero, raça, etnia, orientação sexual, servindo para criar, manter ou reforçar as desigualdades sociais” (Godoi; Garrafa, 2014, p. 161). Para esses autores, não há estigma sem discriminação e vice versa.

Os resultados da estigmatização são igualmente objeto de estudo:

Qualquer que seja a fonte do estigma, as consequências são as mesmas: violação da dignidade humana, isolamento e exclusão social, menor acesso a serviços de saúde, comprometimento das chances de vida, com deterioração da qualidade de vida e aumento do risco de morte (Godoi; Garrafa, 2014, p. 164).

Os fatos apontados pelos autores acima encontram corroboração na própria OMS:

O ônus do estigma pode, eventualmente, exceder o ônus da própria doença em seu impacto no funcionamento social, emocional e do trabalho, notadamente nos casos em que a morbimortalidade é relativamente baixa, mas a condição do doente é altamente estigmatizada. Isto afeta negativamente a qualidade de vida geral e alimenta desigualdades sociais (WHO-SOCIAL, 2020).

Por outro lado, para o Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa, “segregação” é “ato ou efeito de segregar(-se); afastamento, separação, segregamento” e, como termo jurídico, “ato ou processo de separar(-se), de isolar ou ser isolado de outros ou de um corpo principal ou grupo; discriminação” (Segregação, 2006). Por sua vez, encontra-se no Dicionário de Psiquiatria de Campbell que, em um sentido social, a segregação é uma forma de isolamento em que a distância social se baseia na separação física (Campbell, 1986).

Um exemplo clássico de segregação é o isolamento de um ou vários indivíduos em um espaço físico ou em uma comunidade, caracterizando-se aí um tipo de confinamento. Guetos e favelas, circunscrevendo geograficamente grupos de pessoas, podem ser vistos como concretizações da segregação, ficando criada uma situação que delimita ou dificulta contatos físicos individuais ou grupais dos membros da comunidade com os membros de grupos hegemônicos.

Da perspectiva jurídica, a segregação pode ser legal ou extralegal (Santos, 1984). Ilustra seu uso dentro da legalidade um caso ocorrido na África do Sul durante o regime do *apartheid*, quando certas pessoas eram proibidas de morar em alguns bairros ou mesmo de visitá-los. Também como exemplo de segregação judicial merece ser lembrada a segregação física e compulsória dos portadores de hanseníase no Brasil no período do início do século XX até a década de 1980, conforme relato de Castro (2016). Uma segregação extrajudicial pode ser exemplificada com o impedimento de índios e cholos (mestiços de índios com brancos) da Bolívia de morarem ou permanecerem em determinados lugares, mesmo não existindo proibições escritas sobre isso, cabendo ainda lembrar que, em qualquer de seus tipos, a estigmatização ou a segregação podem levar a uma morte social precedendo a morte física.

### 3.3.6 PRINCÍPIO DA RESPONSABILIDADE SOCIAL E SAÚDE (Artigo 14)

O texto da DUBDH sobre o princípio da responsabilidade social e saúde é fundamental como conceito inovador, passando este conceito a ser incluído como novidade central na agenda bioética relativa ao direito à saúde, o qual expande-se então para além do conceito de justiça proposto pelo principialismo:

#### **Artigo 14 – Responsabilidade Social e Saúde**

a) A promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade.

b) Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar:

(i) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano;

(ii) o acesso a nutrição adequada e água de boa qualidade;

(iii) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente;

(iv) a eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo; e

(v) a redução da pobreza e do analfabetismo (UNESCO-DUBDH, 2005).

A promoção da saúde e desenvolvimento social deveria, como explícito no artigo, ser objetivo central e fundante dos governos, tendo a participação de todos os setores da sociedade. A DUBDH considera como direito fundamental o mais alto padrão de saúde que se possa atingir, implicando isso em acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais; nutrição adequada; melhorias das condições de vida e do meio ambiente; eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos; e redução da pobreza e analfabetismo, sem distinção ou discriminação de qualquer espécie, seja esta religiosa, social, cultural etc.

Sobre esse assunto, merecem atenção os cálculos apresentados pela instituição australiana G-Finder (2020) no relatório Policy Cures Research, que constatou no primeiro ano de pesquisas, fabricação e distribuição das vacinas contra a COVID-19 que os governos gastaram mais de 19 bilhões de dólares nessa área, enquanto que o Banco Mundial destinou 12 bilhões de dólares para testes, tratamentos e vacinas. Nessa movimentação de valores, entretanto, aponta o relatório, falta transparência sobre a extensão do financiamento público e suas condições. Também não têm sido apresentadas com clareza as questões ligadas a

contratos negociados diretamente entre países e empresas com o objetivo de reservar vacinas para seu uso exclusivo no futuro.

Todos esses aspectos passam a merecer atenção e análise quando são tratados na perspectiva do artigo 14 da DUBDH. Em países mais pobres, a promoção da saúde no caso da vacinação contra a COVID-19 só tem sua chance se as vacinas forem levadas de modo gratuito à população (caso específico de alguns países africanos, por exemplo), cabendo, portanto, aos seus governos, usar o dinheiro público para esse tipo de benefício público, cada um com suas próprias agendas. Negociações que beneficiem grupos específicos ou que objetivem lucros estariam, assim, em desacordo com a ideia de responsabilidade dos governos (compartilhada por setores da sociedade) em relação ao objetivo primeiro de promoção da saúde de todos.

O preço das vacinas para a COVID-19 é um tópico que também precisaria ser revisto, cuidando-se para que vacinas produzidas com o financiamento público não fossem vendidas pelo preço mais alto determinado por empresas farmacêuticas, alerta o Human Rights Watch em sua edição de 29 de outubro de 2020. O uso do dinheiro público sem transparência sobre termos e condições de seu financiamento, afirma Margareth Wurth, pesquisadora sênior naquela instituição, constitui-se em violação dos princípios de direitos humanos de transparência e prestação de contas. “Quando se encontra uma vacina segura e eficaz, ela deve estar disponível e acessível para todos, em qualquer lugar do mundo”, insiste a pesquisadora (Human Rights Watch, 2020).

Fazendo uma conexão do direito e acesso à saúde com o direito à vida, percebe-se uma contradição, uma incoerência na valoração desses dois tópicos em países regidos pelo sistema capitalista, a partir do momento em que se tenta relacionar esses dois princípios a outros princípios elencados como direitos humanos fundamentais.

Como ponto de partida, tem-se que o direito à vida pode se definir negativamente em relação à não agressão física e positivamente à promoção das condições adequadas para uma vida saudável, daí decorrendo que o direito à vida e, portanto, o direito à saúde, não pode se resumir a uma mera sobrevivência do indivíduo, mas deve proporcionar a esse mesmo indivíduo uma vida com dignidade. O primordial direito fundamental é o direito à vida e, de acordo com a explanação encontrada em Chueiri *et al.* (2021), esse direito é também um pressuposto dos outros

direitos fundamentais, tendo um estreito vínculo com o direito à saúde e à dignidade da pessoa humana.

O direito à vida revela-se como matriz originária dos principais direitos sociais, entre eles o direito à saúde e a uma vida digna, conforme ensinam Canotilho e Moreira (2007). Trata-se de um direito irrenunciável e inegociável que está consagrado no direito constitucional brasileiro no *caput* do artigo 5º de sua Constituição Federal (Brasil-Constituição, 1988) e no direito internacional, pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 quando reza, em seu artigo 3º, que todo indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal (ONU-DUDH, 1948). Dessas proposições decorre a necessidade ou dever jurídico de proteção ao indivíduo, a qual deverá ser atribuída prioritariamente ao Estado.

Do direito à vida decorrerão automaticamente outros direitos fundamentais, como o direito à liberdade, o direito de ir e vir e o direito de propriedade, entre outros, todos positivados por variadas leis. Para exercê-los, haverá mais do que a exigência de que a pessoa esteja viva, existindo a imperiosa necessidade de que esteja saudável e funcional, já que muitas doenças e a falta de cuidados médicos podem limitar parcial ou totalmente esses direitos. Desse cenário, cabe a reflexão de que o direito à saúde e seu acesso deveriam estar *pari passu* com o direito à vida, devendo constituir-se em binômio irrenunciável e também inegociável. Sublinha Garrafa (2023b) que o acesso aos cuidados de saúde é um direito universal de todo ser humano e não deve ser reduzido a um simples objeto de consumo disponível apenas para as pessoas que tenham capacidade econômica para adquiri-lo. Em sua argumentação, afirma o autor:

o acesso aos cuidados médicos para todas as pessoas, independentemente de seu nível de ingresso, deve ser considerado como um direito humano universal que, além das responsabilidades governamentais e do setor privado em aprovar programas de inclusão, deve reconhecer as lutas dos movimentos sociais em defesa de melhores condições de vida e de saúde para todas as pessoas sem qualquer tipo de distinção (Garrafa, 2023b, p. 1, tradução nossa).

A atenção médica deve abranger tanto a atenção primária (básica ou de promoção de saúde) como a atenção secundária (que é aquela específica, já especializada ou de terapêutica propriamente dita), uma abrangência que gera a chamada atenção integral em saúde e que engloba ambas as formas anteriores de atenção (Garrafa, 2023b).

As discrepâncias resultantes da falta de atenção dos governos sobre as questões ligadas à conexão responsabilidade social e saúde são bem exemplificadas por Garrafa (2023b). O mundo vive uma grande disparidade biosocioeconômica, conforme aponta o autor, com algumas nações vivendo em pleno século XIX e outras vivendo em pleno século XXI. Observe-se, por exemplo, que a expectativa de vida da pessoa ao nascer no Japão, América do Norte e Europa Ocidental ultrapassa a marca dos 80 anos, enquanto que em países africanos como Burkina Faso e Serra Leoa essa expectativa chega apenas aos 40 anos. Portanto, seguem sofrendo e morrendo das mesmas enfermidades que seus ancestrais morriam. Vivem em precárias condições de vida, vulneráveis e sem acesso aos cuidados mínimos de saúde, sendo essa desigualdade vergonhosa, como complementa o autor. Cabe lembrar que os fatos inaceitáveis dessa desigualdade estão diretamente ligados a alguns determinantes de saúde como água potável, canalização e sistema de esgotos, atenção primária à saúde e, sem dúvida, um programa eficiente de vacinação, determinantes estes praticamente inexistentes em muitos países periféricos como consequência de processos novos e antigos de colonização e colonialidade.

### **3.3.7 PRINCÍPIOS DA SOLIDARIEDADE E COOPERAÇÃO; DO COMPARTILHAMENTO DE BENEFÍCIOS (Artigos 13 e 15)**

Durante a pandemia, principalmente em seu primeiro ano, presenciou-se a episódios de ganância por parte de alguns países ricos/centrais, quando estocaram unidades de vacinas em número extremamente superior às suas necessidades, o que trouxe como consequência a falta de vacinas para países pobres, testemunhando-se assim uma afronta aos princípios da solidariedade e cooperação como traçado pela DUBDH e pelos princípios bioéticos.

No texto da DUBDH, tem-se:

#### **Artigo 13 – Solidariedade e Cooperação**

A solidariedade entre os seres humanos e cooperação internacional para este fim devem ser estimuladas (UNESCO-DUBDH, 2005).

Um estudo mais apurado do termo “solidariedade” pode mostrar que existe, em sua aplicação no processo neoliberal, acepções que fogem aos objetivos propostos pela BI. Garrafa e Soares (2013), em análise cuidadosa sobre o assunto, mostram

inicialmente que os termos caridade, compaixão, fraternidade e filantropia são constantemente confundidos com solidariedade, propondo uma visão mais abrangente e dialética para o estudo. Apresentam então três formas contemporâneas de interpretação do princípio da solidariedade: a crítica, a radical e a assistencial (Garrafa; Soares, 2013). Em sua última forma, a assistencial, existiria uma posição subalterna do assistido em relação àquele que o assiste, posição que poderá se perpetuar, como exemplifica o ocorrido no caso do consórcio de vacinas Covax Facility. Essa iniciativa da OMS tinha como objetivo atender a países pobres e periféricos, essencialmente os países da África. Na prática, as vacinas fabricadas vão no primeiro momento para os países ricos, que podem pagar por elas. Já os que dependem do consórcio ficam para o fim da fila, mantendo-se assim uma relação de dependência.

É na BI que o conceito de solidariedade encontra sua melhor definição e a descrição mais exata e profunda de suas características. De acordo com o enfoque da BI, a solidariedade tratada no artigo 13 da DUBDH, acima, refere-se à solidariedade crítica, isto é, aquela solidariedade que não se confunde com fraternidade, caridade, misericórdia, compaixão, filantropia, ajuda humanitária (doações espontâneas), ou mesmo com outras formas de solidariedade, como a solidariedade assistencial (assistencialismo) e a solidariedade radical (que embora chegue a invocar o princípio da justiça, não chega a oferecer a indivíduos e grupos carentes os reais mecanismos efetivos de empoderamento e libertação) (Garrafa; Soares, 2013).

A solidariedade crítica, explicam Garrafa e Soares (2013), propõe ações que venham transformar o estado atual de vida de pessoas ou de grupos excluídos e marginalizados. São ações que, libertando as pessoas das amarras que as prendem no momento, oportunize a melhoria de suas vidas. Sua implementação com rigor e justiça e com base no sentido político configurado pela cooperação é capaz de levar à transformação não só de pessoas, mas de sociedades e países. Em seu texto, Garrafa e Soares (2013) trazem como exemplo de implementação da solidariedade crítica a possível construção de plantas industriais de medicamentos antirretrovirais em países africanos. O projeto recebeu o patrocínio de nações industrializadas sem objetivos de lucro e fundamentadas no desejo de promover o apoio sincero e instrumentalizado aos povos daqueles países por meio da transferência de conhecimento e tecnologia. Projetos assim, dizem os autores, podem se transformar em vetor completo de independência, empoderamento e liberdade para outras nações

receptoras, seguindo o exemplo do projeto descrito. Na atualidade, cabe notar que a solidariedade já tem recebido a atenção de organismos internacionais, da mídia e de alguns governos, sendo incluída nas cartas constitucionais de algumas nações, pelo seu reconhecimento como princípio social conexo à construção de sociedades mais livres e justas (Garrafa; Soares, 2013).

Mesmo diante de alguns exemplos promissores, casos de flagrante desrespeito ao artigo 13 da DUBDH foram presenciados durante a pandemia no tocante à fabricação e distribuição da vacina contra a COVID-19. Para se chegar a uma vacinação global e efetiva, haveria a necessidade de que fosse praticada a solidariedade entre países do Norte e do Sul, explicam Buss e Souza (2021). O que foi observado no decorrer da pandemia, entretanto, foram exemplos de falta de transparência por parte de laboratórios fabricantes da vacina em relação a seu preço de custo e de distribuição, condição para que ela chegasse a todos os países de forma equitativa. Também faltou a adesão e o apoio por parte de alguns governos com relação aos esforços da OMS no sentido de haver uma distribuição equânime, bem como em relação ao compartilhamento aberto de sua tecnologia e, ainda, no referente a um financiamento adequado concernente a Covax Facility de modo a facilitar o acesso à vacina por parte dos países periféricos.

Daqui a alguns anos, sendo provável o aparecimento de novas mutações e novas epidemias, a situação se repetirá. Uma atitude de verdadeira solidariedade e cooperação poderia ser materializada caso os Estados detentores das patentes de vacinas delas abrissem mão, igualmente disponibilizando vacinas e medicamentos para todos que não tivessem. Garrafa e Soares (2013) compartilham desse raciocínio, afirmando que ações éticas realmente solidárias seriam aquelas nas quais o agente doador interage com o outro (o receptor) de modo horizontal, dinâmico e bilateral, com responsabilidades compartilhadas. Elucidando dessa forma, mostram que indevidas acepções são dadas ao termo “solidariedade” e propõem então que ele seja substituído por “solidariedade crítica”.

Após desenvolver a vacina contra a poliomielite (em sua formulação injetável), Jonas Salk foi questionado pelo jornalista Edward R. Murrow, durante entrevista ao vivo da CBS *See It Now*, sobre quem teria a patente da vacina. Sua resposta se tornou emblemática e uma das mais famosas da década de 1955. Osterholm e Olshaker (2020, p. 88) narram a reação do cientista: “Com uma modéstia sincera e um sorriso

tímido, Salk respondeu: ‘Bem, a população, eu diria. Não há patente. Alguém poderia patentear o sol?’”.

Generoso e altruísta, o cientista que libertou o mundo do medo da doença da poliomielite mostrou, desde sua época, que as vacinas deveriam existir para o bem de todos. Outros cientistas seguiram seu gesto de solidariedade global, como Albert Sabin, que desenvolveu a vacina contra a poliomielite em sua formulação oral. Entretanto, não chegou a se formar um padrão ético sobre o trato com relação ao desenvolvimento e acesso universal às vacinas.

A possibilidade de adotar atitudes como as de Salk e Sabin rapidamente se desfez porque os laboratórios tornaram-se detentores do chamado “direito industrial” às fórmulas e à exploração dos produtos, transformando insumos e medicamentos – que seriam destinados a promover, proteger e recuperar a saúde, proporcionando qualidade de vida – em uma mercadoria como outra qualquer, cuja produção e consumo não se baseiam nas necessidades das populações, sujeitando-se apenas aos imperativos do mercado (Porto; Garrafa, 2005, p. 113-114). Hoje, se a poliomielite ficou reduzida a alguns países apenas da África, da região mediterrânea e da Ásia, isso ocorreu graças ao acesso à vacina que foi facilitado para todas as populações do mundo, conforme analisam Porto e Garrafa (2005). Entretanto, prosseguem os autores, se por um lado o posicionamento de Sabin mostrou o uso da tecnologia como fator benéfico para a humanidade, por outro evidenciou que esse uso pode ser destrutivo em decorrência, principalmente, “de sua associação espúria com a ideologia de mercado, que determina que a pesquisa e a produção se voltem unicamente a maximizar o lucro” (Porto; Garrafa, 2005, p. 113).

Fora da solidariedade crítica, o que se encontra é a desigualdade entre o doador e o beneficiário. Nessa condição de desigualdade, o beneficiário, conforme bem explanado por Garrafa e Soares (2013), se encontra incapaz de socorrer a si próprio, podendo apenas receber e agradecer. Ações como as da caridade e da filantropia, mesmo que bem intencionadas, representam estratégias de poder, já que, no instante em que acenam com auxílio e assistência, multiplicam mecanismos de coerção e submissão, não se propondo ao indispensável intercâmbio, bilateralidade ou troca de benefícios e experiências, asseguram aqueles autores. Complementam com as reflexões de Paulo Freire (2022), autor que atrela o exercício da solidariedade a um mínimo de autenticidade de seus agentes, além de prévia passagem pela democracia e pelo respeito à pluralidade de ideias e culturas. A solidariedade para

Freire ainda representa um compromisso inalienável de cada ser humano e dos Estados para com os mais necessitados, sempre tendo como meta que esses mais carentes tenham condições de sair da situação de exclusão e marginalidade (Garrafa; Soares, 2013).

Como se fora um verdadeiro bioeticista, em tocante demonstração de inteligência, solidariedade, justiça social e sensibilidade para com os problemas socioeconômicos que estão sendo enfrentados no mundo, o Papa Francisco ressalta, em várias de suas bênçãos, questões de solidariedade, de exclusão social e da vacina. Usando a metáfora da tempestade para se referir à COVID-19, durante a bênção *Urbi et Orbi* de 27 de março de 2020, Francisco falou da fragilidade do ser despido de suas pretensas seguranças em momentos de catástrofes como o caso da atual pandemia.

A tempestade desmascara a nossa vulnerabilidade e deixa a descoberto as falsas e supérfluas seguranças com que construímos os nossos programas, os nossos projetos, os nossos hábitos e prioridades. A tempestade põe a descoberto todos os propósitos de «empacotar» e esquecer o que alimentou a alma dos nossos povos; todas as tentativas de anestesiá-los com hábitos aparentemente «salvadores», incapazes de fazer apelo às nossas raízes e evocar a memória dos nossos idosos, privando-nos assim da imunidade necessária para enfrentar as adversidades (Papa Francisco, 2020a).

Francisco chama a atenção também para o inevitável momento em que cada um se vê obrigado a se enxergar como é, reconhecendo-se como parte de uma grande irmandade, trocando o “eu” pelo “nós” e identificando o que realmente é necessário. Falando ainda na bênção *Urbi et Orbi* acima referida, Francisco reposiciona a importância que é usualmente dada aos famosos trazendo-a para o homem comum, mas, acima de tudo, reitera a importância do outro na vida de cada um, da mesma forma como é defendido o princípio da alteridade.

Com a tempestade, caiu a maquiagem dos estereótipos com que mascaramos o nosso «eu» sempre preocupado com a própria imagem; e ficou a descoberto, uma vez mais, aquela (abençoada) pertença comum a que não nos podemos subtrair: a pertença como irmãos. [...] Não é o tempo do teu juízo, mas do nosso juízo: o tempo de decidir o que conta e o que passa, de separar o que é necessário daquilo que não o é. É a vida do Espírito, capaz de resgatar, valorizar e mostrar como as nossas vidas são tecidas e sustentadas por pessoas comuns (habitualmente esquecidas), que não aparecem nas manchetes dos jornais e revistas, nem nas grandes passarelas do último espetáculo, mas que hoje estão, sem dúvida, a escrever os acontecimentos decisivos da nossa história: médicos, enfermeiros e enfermeiras, trabalhadores dos supermercados, pessoal da limpeza, curadores,

transportadores, voluntários, sacerdotes, religiosas e muitos – mas muitos – outros que compreenderam que ninguém se salva sozinho (Papa Francisco, 2020a).

Em outra mensagem *Urbi et Orbi*, mas agora na Páscoa de 2021 e em pleno adentramento da pandemia da COVID-19, Francisco é cristalino em seu envolvimento com o problema da pobreza, além de criticar a insistência em ações militares em detrimento das ações de assistência aos necessitados. A questão da vacinação recebe um lugar privilegiado em sua fala também.

A pandemia está ainda em pleno desenvolvimento; a crise social e econômica é muito pesada, especialmente para os mais pobres; apesar disso – e é escandaloso –, não cessam os conflitos armados e reforçam-se os arsenais militares. Isto é o escândalo de hoje. [...] Todos, sobretudo as pessoas mais frágeis, precisam de assistência e têm direito a usufruir dos cuidados necessários. Isto é ainda mais evidente neste tempo em que todos somos chamados a combater a pandemia, e um instrumento essencial nesta luta são as vacinas. Por isso, no espírito dum «internacionalismo das vacinas», exorto toda a comunidade internacional a um empenho compartilhado para superar os atrasos na distribuição delas e facilitar a sua partilha, especialmente com os países mais pobres. [...] Infelizmente a pandemia elevou de maneira dramática o número dos pobres, fazendo cair no desespero milhares de pessoas (Papa Francisco, 2021b).

A imprescindibilidade do outro continua sendo ratificada nas várias outras falas de Francisco, sempre dentro do contexto social. Na Encíclica *Fratelli Tuti* (2020b), preocupa-se em clarear conceitos que estão sendo distorcidos e prejudicando a saudável convivência das pessoas, tais como democracia, liberdade, justiça e egoísmo (individual e dos governantes). Trata da lógica do lucro adotada pelo mercado, da cultura do descarte e, na sua preocupação direta com os mais necessitados, ressalta questões como o desemprego, o racismo e a pobreza. Condena a desigualdade de direitos e abomina situações ainda vigentes como a escravidão, o tráfico de pessoas e o tráfico de órgãos. Não se esquece da situação da mulher no mundo, muitas vezes subjugada, e daquelas que são forçadas a abortar. Os problemas globais requerem, a seu ver, ações globais.

Na Encíclica *Laudato Si'* (2015), o Papa Francisco já tratava de perto a questão da Terra, que, de modo poético, descreve como “a nossa casa comum”, comparável “ora a uma irmã, com quem partilhamos a existência, ora a uma boa mãe, que nos acolhe nos seus braços.” Mas não faltam duras palavras. “Crescemos a pensar que éramos seus proprietários e dominadores, autorizados a saqueá-la.”, diz Francisco, emendando: “A violência, que está no coração humano ferido pelo pecado, vislumbra-

se nos sintomas de doença que notamos no solo, na água, no ar e nos seres vivos.” Algo perturbadoras, suas palavras descrevem a situação da Terra – “entre os pobres mais abandonados e maltratados, conta-se a nossa Terra oprimida e devastada” – e, a seguir, conectam o ser humano a ela – “Esquecemo-nos de que nós mesmos somos terra (cf. *Gn 2, 7*). O nosso corpo é constituído pelos elementos do planeta; o seu ar permite-nos respirar, e a sua água vivifica-nos e restaura-nos” (Papa Francisco, 2015)

Atento às palavras de Paulo VI, que já se referira à problemática ecológica como consequência “dramática” da atividade descontrolada do ser humano, Francisco ressalta a necessidade de mudanças profundas “nos estilos de vida e modelos de produção e de consumo, nas estruturas consolidadas de poder” da sociedade atual. “O progresso humano autêntico”, diz o Papa, “possui um caráter moral e pressupõe o pleno respeito pela pessoa humana.” Compartilhando as ideias do Patriarca Ecumênico Bartolomeu, Francisco também chama a atenção para as raízes éticas e espirituais dos problemas ambientais, cujas soluções envolvem uma mudança profunda do ser humano

O negacionismo não passou despercebido ao Papa: “As atitudes que dificultam os caminhos de solução, mesmo entre os crentes, vão da negação do problema à indiferença, à resignação acomodada ou à confiança cega nas soluções técnicas. Precisamos de nova solidariedade universal.”

A Encíclica descreve seus próprios eixos, em um texto que deixa transparecer, mais uma vez, uma profunda orientação bioética por parte do Papa Francisco. São eles: a relação íntima entre os pobres e a fragilidade do planeta, a convicção de que tudo está estreitamente interligado no mundo, a crítica do novo paradigma e das formas de poder que derivam da tecnologia, o convite a procurar outras maneiras de entender a economia e o progresso, o valor próprio de cada criatura, o sentido humano da ecologia, a necessidade de debates sinceros e honestos, a grave responsabilidade da política internacional e local, a cultura do descarte e a proposta de um novo estilo de vida. Estes temas nunca se dão por encerrados nem se abandonam, mas são constantemente retomados e enriquecidos pelo Papa.

Solidariedade é muito importante e é a base da Previdência Social, segundo Chomsky (2019). A solidariedade é definida por ele como o interesse e o cuidado para com os outros. Previdência Social, por sua vez, significa que “Eu pago encargos sociais para que a viúva do outro lado da cidade tenha algo com que possa sobreviver”, definição que ele complementa com a reflexão de que “Como a

Previdência não tem nenhuma utilidade no sistema capitalista para os muito ricos, existe então um plano sistemático para destruí-la” (Chomsky, 2019, p. 82). A mesma técnica é utilizada no ataque às escolas públicas, que, segundo o autor, baseiam-se também no princípio da solidariedade. “Se uma pessoa não tem mais filhos na escola, o princípio da solidariedade diz: ‘Pago impostos com satisfação de forma que as crianças do outro lado da rua possam estudar’”, sentimento este “normal do ser humano”, e, entretanto, “Eles [os capitalistas] querem *tirar isso* da cabeça das pessoas”, passando a lógica a ser diferente: “‘Eu não tenho crianças na escola. Então por que tenho de pagar impostos? Privatizem-na’, e por aí vai” (Chomsky, 2019, p. 82-83).

Pode-se extrapolar a essência do Capitalismo manifesta nos dois exemplos anteriores dados por Chomsky e referentes à sociedade americana aplicando-a ao caso do sistema público de saúde do Brasil, o SUS. Uma das bases fundantes do SUS é também a solidariedade, princípio combatido em todos os vieses das várias fases do Capitalismo, o que perpetua a noção de individualismo, autonomia individualista e competitividade entre as pessoas.

Segundo determinados textos publicados pela APM, há um ataque constante a tudo que é público e que tenha um princípio de solidariedade, beneficência e justiça social que resulte em benefícios para a população. Hoje, até onde encontra condições de praticá-los, o SUS funciona com base nos princípios de proteção universal, gratuita, equânime e integral para a população (APM, 2007; Brasil, 1990).

Examinando o texto da DUBDH, temos que:

**Artigo 15 - Compartilhamento de Benefícios**

a) Os benefícios resultantes de qualquer pesquisa científica e suas aplicações devem ser compartilhados com a sociedade como um todo e no âmbito da comunidade internacional, em especial com países em desenvolvimento. Para dar efeito a esse princípio, os benefícios podem assumir quaisquer das seguintes formas:

[...]

(iii) oferta de novas modalidades diagnósticas e terapêuticas ou de produtos resultantes da pesquisa;

[...]

(v) acesso ao conhecimento científico e tecnológico;

(vi) facilidades para geração de capacidade em pesquisa (UNESCO-DUBDH, 2005).

O compartilhamento de benefícios resultantes de pesquisas científicas e suas aplicações, ideia apresentada neste artigo 15 da DUBDH e que guarda relação com a temática da solidariedade e da cooperação expressa no artigo 13, representaria uma

solução para a desigualdade do acesso às vacinas durante a pandemia da COVID-19, uma desigualdade notória no caso de países periféricos como os da África e América Latina.

A conscientização de algumas pessoas sobre isso levou ao surgimento do Movimento pela Equidade Sustentável em Saúde, que hoje reúne profissionais de saúde, entidades globais de ciências e a sociedade civil. Essas pessoas e entidades, por meio da Federação Mundial das Associações de Saúde Pública, fizeram-se representar junto ao Comitê Executivo da OMS, quando entraram com a petição das seguintes providências: (1) pedir a renúncia dos direitos de propriedade intelectual aplicáveis nos casos de vacinas, tratamentos e testes relacionados à COVID-19, proposta essa encabeçada pela África do Sul e Índia e não encampada pelo governo brasileiro da época; (2) que essas empresas que detenham a tecnologia para produção de vacinas contra a doença compartilhem abertamente sua tecnologia e propriedade intelectual a fim de aumentar a disponibilidade de vacinas seguras e eficazes em prol de um bem maior que poderia ser traduzido em um bem efetivo para toda a humanidade; (3) que aqueles países que tenham comprado doses excessivas das vacinas façam doação dessas vacinas em excesso para os países com dificuldade de sua aquisição; (4) que esses países procurem apoiar financeiramente a OMS no seu fortalecimento assim como no fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde ao redor do mundo, incluindo aí inúmeros programas variados de imunizações sustentáveis.

O acesso universal às vacinas diz respeito a mais de oito bilhões de pessoas do mundo, mas a existência de um desnível no acesso a elas mostra que as iniquidades em saúde deve ser um ponto de preocupação e discussão entre os vários países, sendo perceptível, de antemão, que a solução do problema exigirá atitudes baseadas em cooperação e solidariedade, como discutido anteriormente ao se tratar do artigo 13 da DUBDH.

Mais uma vez o artigo 24 da DUBDH precisará ser citado, agora por representar um respaldo ou complemento ao exposto no artigo 13, quando, tratando da cooperação internacional, insiste na disseminação e na partilha de conhecimentos científicos. Diz o texto a:

**Artigo 24 – Cooperação Internacional**

a) Os Estados devem promover a disseminação internacional da informação científica e estimular a livre circulação e o compartilhamento do conhecimento científico e tecnológico.

b) Ao abrigo da cooperação internacional, os Estados devem promover a cooperação cultural e científica e estabelecer acordos bilaterais e multilaterais que possibilitem aos países em desenvolvimento construir capacidade de participação na geração e compartilhamento do conhecimento científico, do *know-how* relacionado e dos benefícios decorrentes (UNESCO-DUBDH, 2005).

Se existissem acordos gerados pela boa vontade política e uma ética abrangente que levassem os núcleos científicos dos diversos países do mundo a adotarem uma atitude de compartilhamento de conhecimentos, seria promovida a atualização da ciência de modo equilibrado entre todos. No caso da pandemia da COVID-19, isso significaria uma considerável diminuição de riscos para toda a humanidade.

Sobre essa questão, considera Harari (2021), que a coisa mais importante que as pessoas precisam compreender sobre a natureza de epidemias e pandemias é que sua propagação, seja onde for, coloca em risco a totalidade da espécie humana, já que os vírus sempre evoluem. É essencial, portanto, que exista uma cooperação internacional, já que centenas de milhões de pessoas não têm acesso nem aos serviços básicos de saúde, dessa forma significando risco para todos. Infelizmente, como continua o autor, essa verdade tão simples escapa até mesmo dos dirigentes mais influentes do mundo, tendo alguns desses políticos, durante a pandemia da COVID-19, solapado deliberadamente a confiança na ciência, nas instituições e na cooperação internacional.

Completando sua argumentação, Harari (2021) exemplifica a questão de uma maneira simples, porém bastante lógica. Um coronavírus na China e um coronavírus nos Estados Unidos, diz o autor, não podem trocar informações sobre como infectar as pessoas. No entanto, tanto um país como o outro podem trocar informações sobre como lidar com o vírus. O que um médico italiano descobre em Milão no começo da manhã, complementa Harari (2021) em outro exemplo, pode salvar vidas em Teeran ao cair da tarde, mas será necessário, para que isso ocorra, um espírito de confiança e cooperação internacional.

Esse espírito de confiança e cooperação será traduzido, portanto, como nas diretivas da DUBDH, pela ação do Estado, mas apenas por meio de especialistas de sua área de saúde, uma escolha feita sem interesses comerciais ou políticos e voltada

para o cuidar das pessoas, e não para a economia. O papel de cuidar da saúde da população não estaria, assim, nas mãos de organizações e empresas particulares, de órgãos de segurança ou de militares alçados a postos para os quais não estão qualificados, isso porque não se trata aqui de fazer balanços econômicos de perdas e ganhos nem de pegar uma arma para eliminar um inimigo, trata-se de salvar vidas e de cuidar de pessoas, fechando assim o cerco para que exista um chamamento geral à solidariedade e à cooperação.

#### 4 – DISCUSSÃO

Toda a pesquisa bibliográfica e revisão de literatura buscadas durante a confecção desta tese serviram para lastrear a discussão que o trabalho procurou provocar sobre as dificuldades e empecilhos que se evidenciaram em relação à eticidade e ao direito das pessoas de receberem as vacinas contra a COVID-19 no tempo adequado. O material pesquisado foi analisado com base nos referenciais teóricos da Bioética de Intervenção e da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, uma escolha inspirada pelo difícil momento vivido pela humanidade, principalmente nos países periféricos, como consequência da prática de graves iniquidades sociais provindas especialmente de políticas neoliberais excludentes. Tal situação se mostrou ainda mais influente na área da saúde, seja pela falta de vacinas e insumos como EPIs, agulhas, seringas e respiradores, seja pela não vacinação, ambos os fatos fartamente testemunhados no território brasileiro durante a pandemia da COVID-19.

Entre os 28 artigos apresentados pela DUBDH, nove foram selecionados para um exame mais profundo durante esta tese pelo fato de promoverem, de modo mais direto, a discussão das controversas questões sociais e das iniquidades vividas durante a pandemia da COVID-19 no Brasil e, igualmente, por acenarem para a conquista de aportes positivos àquelas questões. Nesse sentido, foram elencados sequencialmente os seguintes artigos da DUBDH, de forma a serem obtidos sólidos elementos acadêmicos pertinentes à discussão da temática do direito das pessoas ao acesso às vacinas contra a COVID-19 no país: Artigo 4 – Benefício e Dano; Artigos. 5 e 6 – Autonomia e Responsabilidade Individual; e Consentimento; Artigo 8 – Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual; Artigo 10 – Igualdade, Justiça e Equidade; Artigo 11 – Não Discriminação e Não Estigmatização; Artigo 13 – Solidariedade e Cooperação; Artigo 14 – Responsabilidade Social e Saúde; e, finalmente, Artigo 15 – Compartilhamento de Benefícios.

Com relação aos fundamentos teórico-práticos propostos pela BI, tratados em interdependência e complementaridade com os pressupostos da DUBDH acima elencados, foram mais fortemente evidenciados neste estudo aqueles relacionados especialmente com: o direito ao acesso universal das pessoas à saúde; a necessidade de uma maior efetividade da “solidariedade cooperativa” internacional (e não “exploratória”), em consonância com o compartilhamento dos benefícios advindos do

desenvolvimento científico e tecnológico (entre eles, o livre acesso às vacinas); a consideração da vulnerabilidade social de grande parte da população mundial no sentido de alcançar acessibilidade econômica para sua imunização; e a utilização dos Quatro Pês para o alcance de práticas socialmente comprometidas – precaução, prudência, prevenção e proteção; entre outros referenciais.

Para o aprofundamento do debate ético relacionado ao processo vacinal, considerou-se necessário trazer para exame questionamentos sobre fatores relacionados à multiplicidade de causas e efeitos que permeiam a complexidade dos empecilhos e dificuldades do direito à vacinação na pandemia da COVID-19 no Brasil. Essa questão, como elucidado no Preâmbulo, encontra-se desenvolvida com base especialmente nas ideias vindas da teoria da complexidade – cuja inserção no contexto internacional da bioética foi proposta pela BI (Garrafa, 2005b) – trabalhada por Edgar Morin e na teoria de ator-rede proposta por Bruno Latour. Igualmente, foi necessário o exame de alguns conceitos úteis para se entender a complexidade da pandemia da COVID-19, entre eles o do processo negacionista antivacinas especialmente desenvolvido no Brasil, tendo sido usadas para lastreamento desse exame as teorias psicanalíticas freudianas e processos críticos trabalhados no contexto do sistema capitalista, principalmente aqueles desenvolvidos por Karl Marx.

A realidade conflituosa constatada contemporaneamente na sociedade mundial, agravada exponencialmente com a chegada da pandemia da COVID-19 ao Brasil, compõe o cenário para o qual são trazidos elementos que possam permitir uma análise crítica lastreada em duas das dimensões mais determinantes do processo vacinal naquele momento. A primeira delas, de cunho mais biomédico, envolve uma discussão macro e micro da função precípua das vacinas desde o seu desenho inicial até as etapas de estudos clínicos e epidemiológicos desenvolvidos no período de pós-vacinação. A segunda dimensão envolve a análise de pontos específicos observados a partir de aspectos proporcionados por preceitos bioéticos – de maneira particular, nos artigos da DUBDH e nos referenciais do glossário epistemológico da BI – aceitos e implementados ou não, considerando-se seus respectivos avanços e retrocessos.

Para a presente discussão, procurou-se formular um diálogo entre, por um lado, a problemática vivenciada durante a situação vacinal pelo povo brasileiro durante a pandemia da COVID-19, tomada em seus pontos mais relevantes, e, por outro, a inadequação das respostas recebidas – os impasses e empecilhos – com exposição a partir da perspectiva de princípios éticos propostos pela BI e pela DUBDH. Observa-

se aqui que, no desenvolvimento da pesquisa, algumas das situações do país constituem situações pré-existentes à pandemia, tendo sido, porém, em muitos casos, evidenciadas ou agravadas pela chegada da COVID-19 e tendo igualmente representado dificuldades para o acesso à vacina contra a doença.

A pesquisa mostrou que se pode falar da existência de um governo explicitamente antivacina no período da pandemia da COVID-19 no Brasil. Sabe-se que é do acesso a cuidados de saúde e a medicamentos essenciais que decorre a possibilidade da manutenção da vida em si, pressuposto que a DUBDH coloca em seu artigo 14, que trata da Responsabilidade Social e Saúde e que é tema recorrente também nos estudos propostos pela BI, como dever central dos governos e, em parte, de todos os setores da sociedade. É lícito pensar então que, na eventualidade de uma pandemia como a da COVID-19, o acesso da população ao único recurso disponível e conhecido para a prevenção ou abrandamento da doença cientificamente comprovado – a vacina – fosse a grande preocupação do governo brasileiro à época. Entretanto, o cenário da pandemia da COVID-19 no Brasil recebeu como uma das primeiras respostas governamentais a promoção de movimentos antivacinais.

A força dos movimentos antivacinais, que levou boa parte da população brasileira a desacreditar a vacina, ficou amplamente visível durante a pesquisa, que trouxe fatos sobre o posicionamento contrário do governo em relação à importância e necessidade da vacina. Neste sentido, o presente estudo procurou expor as fortes motivações político-econômicas que caminharam na contramão dos princípios da responsabilidade social do Estado e sobre a saúde da população, a ponto de ser a ciência relegada a um segundo plano ou mesmo a ser desconsiderada. Entre a decisão de tomar ou não tomar a vacina, o brasileiro vivenciou uma realidade-paralela construída por desinformação, *fake news*, contradições nas informações, falta de informação e embates ou contendas políticas e ideológicas, situações que, longe de orientarem decisões, espalharam incerteza e dúvida sobre a vacina para a COVID-19 que havia sido recentemente desenvolvida.

O aumento exponencial da propaganda governamental que objetivava promover a recusa da vacina pela população foi proporcionado pelo suporte de ferramentas midiáticas da atualidade, tendo sido observado por pesquisadores, que as *fake news* são compartilhadas até hoje por milhões de pessoas nas redes sociais com maior facilidade do que são as informações fidedignas em saúde, sendo o Brasil apontado como um dos países do mundo em que esse tipo de conteúdo é mais

reproduzido (Fernandes *et al. et al.*, 2021; Veiga, 2020). Essa realidade, como sugerido na pesquisa, viria agravar o nível de irresponsabilidade da administração pública do país em relação à orientação da população (Rosa; Barros; Laipelt, 2023; General [...], 2020; Batista, 2020; De Oliveira Cavalcanti; Azevedo, 2021; Gonçalves, 2020) e expor uma atitude de desprezo dos dirigentes pela alteridade, solidariedade e proteção da população

A despeito do receio de efeitos adversos das vacinas que levou pessoas, adeptas ou não das ideias governamentais, à hesitação vacinal, parece lícito afirmar que uma peça capital no processo de recusa da vacina foi a narrativa de desinformação do presidente da República à época da pandemia, o qual, além de fazer chacota sobre efeitos da vacina (Bolsonaro, J. M., 2020), declarou publicamente, tanto no Brasil como em missão oficial nos Estados Unidos, que ele não havia se vacinado (Lopes, A. J., 2022; Lopes, L., 2023; Sanches, 2023). O clima de desconfiança em relação ao valor da vacinação por parte de seus governados teve assim maior chance de aumentar, já que se tratava de uma declaração de um líder da nação e detentor do poder, representando ele, para muitos dos seus seguidores de baixo nível intelectual, a figura simbólica do pai, a quem, portanto, deveriam respeito e obediência, processo bastante explicado por Freud (1969c) durante o desenvolvimento de suas teorias e sintetizado na pesquisa.

Como agravante, o presidente iria, mesmo não possuindo a mínima formação na área da saúde, trazer para os brasileiros a propaganda de um medicamento (a cloroquina) que não era, nem foi depois, aceito cientificamente como eficaz na prevenção da COVID-19 (Ujvari, 2020), postura que permite inferir uma administração que não mediu as consequências dos atos, entre seus benefícios e danos (artigo 4 da DUBDH e referencial para a BI), e que não lastreou seus atos pelo atendimento ao referencial de proteção dos seus governados. Se tomado em sentido amplo, o princípio do respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual (artigo 8 da DUBDH) foi também desconsiderado pelo presidente, parecendo não ter sido levada em consideração a fragilidade de uma população sujeita a um vírus ainda desconhecido e a sua desproteção quanto a uma medicação equivocada.

Mostra a pesquisa uma leitura de falhas quanto ao atendimento de princípios que a BI expõe como fundamentais na administração da área da saúde, tais como prevenção, precaução, prudência e proteção. Foram menosprezados pelo governo os riscos futuros da não vacinação e suas consequentes sequelas (Redação Rede Brasil

Atual, 2021; Agência Senado, 2021), assim como foi menosprezada a janela temporal, perdendo-se a oportunidade de combater com rapidez a epidemia e colaborando para que a doença posteriormente se tornasse endêmica.

O reiterado discurso do presidente Bolsonaro sobre a recusa da vacina como uma afirmação da “liberdade” (Bolsonaro, E., 2020) traria considerações da pesquisa sobre o princípio bioético do respeito à autonomia (Batista, 2020; Shramm, 2003; Fernandes *et al.*, 2021; Martins, 2020; Salmon *et al.*, 2006), – que deve funcionar em consonância com a responsabilidade individual para a tomada de decisões em que outras pessoas possam sofrer consequências (artigo 5 da DUBDH) –, o qual legitimaria essa recusa, mas trouxe, igualmente, questões ligadas ao bem coletivo e ao respeito à alteridade (GRACIA, 1995). No questionamento aos bioeticistas sobre priorização entre princípios, encontrou-se que, no caso em que um bem comum esteja em disputa, o interesse da coletividade terá prioridade sobre os interesses individuais (Schramm, 2003; Bezerra; Shimizu, 2021; Osterholm; Olshaker, 2020; Kottow, 2006), sendo exemplo clássico disso a ocorrência de graves epidemias ou pandemias, entre elas estando a pandemia de varíola (Batista, 2020; Torres, 1913; Zinsser, 1935; Levi, 2012).

Mesmo a pesquisa tendo examinado uma série de fatores que contribuíram para a hesitação vacinal, quando o conjunto dos fatores que levaram à recusa da vacina é examinado à luz de princípios como, por exemplo, os de benefício e dano atrelados às questões do bem coletivo sobre o bem individual como reforça insistentemente a BI, parece ficar nítido que existem argumentos éticos suficientes para indicar a indiscutível coerência da vacinação nos períodos pandêmicos em contraponto às desastrosas consequências da não vacinação (Osterholm; Olshaker, 2020).

As motivações para os movimentos antivacinais originárias do governo e de grupos influentes na gestão do país também foram examinados no estudo. Quando se recorre ao exposto pelo artigo 14 da DUBDH, tema reiteradamente agendado pela BI, ou seja, que a promoção da saúde e do desenvolvimento social deveria ser uma prioridade dos governos, infere-se, naturalmente, que interesses ligados à saúde num momento de pandemia deveriam ser a linha mestra dos atos dos dirigentes do país, observando-se, entretanto, que a preocupação econômica acabou se revelando como prioritária em várias ações governamentais (De Oliveira Cavalcanti; Azevedo, 2021; Dowbor, 2020).

Além do exemplo das diversas declarações públicas oriundas do Ministério da Economia sobre a necessidade de priorização da economia durante a pandemia, uma fala seria particularmente reveladora do processo de necropolítica desenvolvido no governo em relação a idosos e grupos de vulneráveis da perspectiva socioeconômica. Conforme a pesquisa, no início de pandemia quando só se sabia que a doença atingiria principalmente, e com alto índice de letalidade, idosos e pessoas com comorbidades, a então assessora do Ministro da Economia Paulo Guedes, Solange Vieira (no passado ativa articuladora da reforma da Previdência) declarou que era bom que as mortes se concentrassem entre os idosos, pois isso melhoraria o desempenho econômico do governo, já que reduziria o déficit previdenciário (Redação Pragmatismo, 2020; Bôas, 2020). Responde a DUBDH a posturas como a exemplificada realçando a necessidade do respeito à dignidade do ser humano (artigo 3 da DUBDH) e seu direito equalitário à vida independentemente de sua faixa etária ou qualquer outra diferença de identificação, nada justificando o descarte do indivíduo em nenhuma situação, muito menos naquelas motivadas por interesses políticos ou econômicos.

Foram apontados na pesquisa também alguns processos aparentemente religiosos que, como apontam os estudos, possuíam objetivos econômicos. Conforme fartamente exemplificado na mídia, pastores se alinharam a políticos de extrema direita para preconizar a prioridade da economia em detrimento da quarentena e do distanciamento social sob a alegação de que sem a economia a sociedade capitalista entraria em colapso. Tal conduta, entretanto, trai a real preocupação religiosa de manter a coleta de dízimos, pois, ao mesmo tempo em que defende as igrejas como serviços essenciais espirituais igualáveis aos serviços de saúde (Stern, 2020), usa esses locais para, entre outras iniciativas absurdas, a venda de feijões mágicos (ditos abençoados) como medicamento contra a COVID-19. Houve o aproveitando da fragilidade do ser humano diante do sofrimento (Freud, 1969b) e a busca da compreensão da COVID-19 pelas crenças religiosas (Stern, 2020; Ujvari, 2020; Harari, 2021).

Outro fator lastreado por interesses econômicos que interferiu nos processos de compra e distribuição da vacina foi o poder político das organizações farmacêuticas sobre as decisões legislativas e judiciárias do país. Se já era grande, essa influência parece ter crescido graças à importância daquelas organizações no campo das vacinas para a COVID-19, o que configura uma situação irônica e absurda, pois a

fabricação da vacina, naquele momento em escala extraordinária, estava sendo financiada pelo dinheiro público vindo dos impostos dos cidadãos na maioria dos países. O poder dos laboratórios e das empresas farmacêuticas, discutido na pesquisa, leva à visão de um governo refém, para certas decisões, da vontade dessas organizações de comercializar, de fornecer prazos, de aumentar ou diminuir preços etc. (Human Rights Watch, 2020). Igualmente, foram o preço das vacinas e a disponibilidade para entrega imediata que essas organizações ofereceram que determinaram a possibilidade de certos governos de adquirirem ou não o imunizante – como exemplificam os casos do Canadá e da Nigéria (Bermudez; Bermudez, 2021) –, compondo-se, então, um cenário que fica longe de atender a princípios de equidade (do artigo 10 da DUBDH e fortemente trabalhado pela BI) e de não discriminação (artigo 11 da DUBDH) entre as nações e que, como pôde ser observado, foi primordial no acesso universal à vacina contra a COVID-19.

A pesquisa não sugere ou evidencia que, na hipótese de serem outros os governantes e as forças políticas gerindo o país na pandemia, não teriam existido impasses ou empecilhos no terreno da vacinação. O enfrentamento da pandemia exigiria, em qualquer administração, o reconhecimento das iniquidades já existentes no sistema socioeconômico nacional, iniquidades estas que caracterizam uma situação de problemas persistentes no Brasil, conforme reiteradamente exposto pela BI (Garrafa; Cruz, 2022). O estudo procura mostrar, entretanto, alguns fatores evitáveis que contribuíram para o agravamento desses problemas durante a recente pandemia da COVID-19.

Questões de justiça social puderam ser examinadas à luz da bioética em todo o panorama pandêmico (Papa Francisco, 2021a; Maierovitch, 2021). A proliferação do vírus não foi igual entre as classes sociais pela própria situação persistente de pobreza no país. Exemplificando, enquanto uns se deslocavam de carro para as filas de vacinação, outros usavam transportes coletivos e ficavam mais sujeitos à contaminação; uns tinham cômodos suficientes em suas casas para isolarem um membro da família infectado, outros se amontavam, entre doentes e saudáveis, em cômodos minúsculos nas periferias das cidades; uns tinham a assistência de médicos particulares, outros só contavam com o sistema público; uns podiam comprar máscaras e álcool para desinfecção, outros não (Dowbor, 2020).

A situação do parque de produtos imunobiológicos do Brasil foi outro fator pré-existente à pandemia que, entretanto, teve suas consequências negativas

exponencialmente agravadas durante o período pandêmico. No item específico da disponibilidade de vacinas, verificou-se que o parque imunobiológico brasileiro que, em épocas anteriores, era exemplo para outros países e tendo, em 1986, cinco plantas capazes de produzir vacinas, encontrava-se, em 2020, reduzido a duas plantas, Fiocruz e Instituto Butantan, e a um mínimo de produção considerando a população do país, ficando muitas vezes incapaz de livrar-se da total dependência de insumos para a produção de vacinas mais complexas, sendo ainda incapaz de atender às necessidades de pesquisa e produção no país por falta do aporte financeiro adequado (Passarinho, 2021; Possas *et al.* 2020; Gavioli, 2020).

Além da condição de despreparo por parte do governo, observou-se que não houve na administração do parque de imunobiológicos brasileiro, sob a ótica dos fundamentos da BI, o necessário atendimento àquele conjunto de princípios que a BI didaticamente enfeixa na categoria Quatro Pês e cuja aplicação significaria atos governamentais embasados por cuidados relativos: à *prevenção*, na preparação antecipada de enfrentamento, já que a pandemia começou do outro lado do mundo e demorou a chegar aqui; à *precaução*, pelo desconhecimento de aspectos da doença ainda não descobertos e dos procedimentos a serem implementadas; à *prudência* nas informações a serem oficialmente geridas para a população; e, principalmente, ao maior nível possível de *proteção* aos povo brasileiro.

Ao que os fatos levantados indicam, uma grande parte dos óbitos pela COVID-19 poderia ter sido evitada se não fosse pela inação do Estado ou, em uma perspectiva mais objetiva, pela falta de vacinas, de leitos ou de aparelhagem adequada, situação que não se justifica como um problema médico, mas, antes de tudo, como um erro crasso, uma falha de logística e um despreparo crucial do governo para enfrentamento da situação, condições pelas quais ele deverá ser responsabilizado (Agência Senado, 2021; Rodrigues, 2021). Essas fraturas já assumiram, no país, um caráter de situação persistente no dizer da BI, seja na área médica, seja em outras áreas de catástrofes, quase sempre anunciadas, ocorrendo preferencialmente em locais e populações socialmente invisíveis, como as da periferia das grandes cidades (Dowbor, 2020; Coronavírus Brasil, 2024, Nucci, 2014).

Examinando-se a situação pandêmica no âmbito global, testemunhou-se que os países mais ricos compraram vacinas para além do necessário a seu número de habitantes, prejudicando a outros (Países [...], 2020), sendo o Brasil também prejudicado nesse sentido. O contexto revelaria, entretanto, que esse prejuízo seria

decorrente não exatamente do monopólio daquelas compras, mas de uma situação persistente de colonialidade (Quijano, 2005; Flor-do-Nascimento; Garrafa, 2010) – aplicando-se aqui um termo utilizado pela BI – do país em relação à produção de vacinas. Diante do material colhido na pesquisa, é lícito pensar que o Brasil não precisaria ser uma nação dependente nesse sentido, já tendo mostrado em passado recente (especialmente na década de 1970) a capacidade de ser autossuficiente para a produção de vacinas e de projetos de imunização.

Durante a pandemia, ficou mais nítida a presença, no âmbito governamental, de processos políticos quase sempre antidemocráticos e fascistas que vêm orquestrando uma espécie de “incentivo” a uma desindustrialização que beneficia apenas uma pequena parcela da população e que resulta em um país produtor de *commodities* de baixo valor agregado e importador de produtos manufaturados complexos de alto valor agregado (Krenak, 2020; Furtado, 1974). Nesse período, a área de insumos médicos não pôde esconder a dependência e subalternidade do Brasil aos países produtores desses insumos nem a manutenção de uma condição de neocolônia do país, incapaz de desenvolver sua tecnologia e produzir, em um primeiro momento pandêmico, suas próprias vacinas. O resultado final do prejuízo foi a escassez da vacina nos primeiros tempos da pandemia, mais um empecilho à vacinação geral.

Nas constatações sobre a situação de colonialidade do Brasil (Quijano, 2005; Bosi, 1992; Flor-do-Nascimento; Garrafa, 2011), a pesquisa trouxe ao diálogo ético a colaboração da psicanálise para revelar ângulos da imposição do colonizador e a submissão do colonizado (Freud, 1969d). A BI, por sua vez, colocando a situação da colonialidade (seja do saber, do poder ou da vida) em interação com o princípio da libertação (Garrafa, 2005b; Giroux, 2022), parece ter deixado nítida a sutileza geralmente presente na imposição ideológica dos colonizadores e, de forma mais direta, demonstra que o acesso da população à informação e ao conhecimento constituem o caminho de saída para a situação de colonialidade dos países da periferia do mundo.

Um dos pontos de maior relevância no cenário da vacinação e atendimentos referentes à COVID-19 foi a compreensão da atuação do SUS. Lastreado pela equidade, princípio que é referencial para os direitos humanos e, portanto, para a vivência de saúde e dignidade para todos, como preconizado pela DUBDH, o SUS viu, mais uma vez suas ações cerceadas pela falta de recursos financeiros adequados

ao cenário da pandemia, situação agravada grandemente pela EC nº 95/2016 (Cordás, 2020). Nem sempre o atendimento em suas unidades foi deficitário apenas pela situação pandêmica em si, que obviamente significou a procura em massa de hospitais e postos, mas pela falta de profissionais, de leitos, de medicamentos e de material hospitalar como direta decorrência da não priorização política de alocação de recursos públicos à saúde e, em decorrência disso, da escassez de recursos financeiros às instituições públicas, situação que a BI tem mostrado como recorrente em países do Sul geopolítico e que foi exponencialmente agravada durante a pandemia.

Ainda assim, o SUS, até onde lhe foi possível a fidelidade aos princípios da proteção universal, gratuita, equânime e integral (APM, 2007; Brasil-Lei, 1990), destacou-se durante a pandemia como inestimável sustentáculo no cuidado à saúde dos brasileiros (Dowbor, 2020), pobres ou ricos. Os dados não podem ser mais claros para mostrar que, durante a pandemia, pouco existiria na forma de assistência à saúde para a classe mais pobre se não fosse por esse sistema gratuito do qual são dependentes mais de 140 milhões de brasileiros.

No entanto, o congelamento de gastos com o setor de saúde por um período de 20 anos (por força da EC nº 95/2016) parece não deixar dúvida de que o subfinanciamento do SUS e o corte de verbas havido na área constituem fatores que, pelos seus impactos diretos na saúde da população e consequentes reflexos no sistema socioeconômico, antagoniza-se ao princípio dos direitos humanos em seus aspectos de dignidade e bem-estar. Ao mesmo tempo, a revelação de uma crescente substituição dos princípios do SUS por uma atuação neoliberal centrada em compra de leitos em hospitais privados e baseada no lucro sugere, igualmente, o afastamento do Estado de uma política de proteção de saúde e de justiça social no formato preconizado pela BI (Caetano; Garrafa, 2014).

A pandemia iria expor também o quadro deficitário de políticas públicas existente no país. Examinados da perspectiva dos direitos humanos universais evidenciados tanto pela DUBDH como pela BI, os dados trazidos, ao mostrarem que o direito à vida é o maior bem jurídico a ser protegido, parecem não deixar dúvidas de que esse direito implica no direito à saúde no seu amplo sentido biopsicossocial e, portanto, no direito à vacinação, hoje reconhecida, não é demais repetir, como das mais efetivas formas de prevenir doenças (Bezerra; Shimizu, 2021; Martins, 2020; Andrade, 2017; Hunt, 2009).

Ao mesmo tempo, ressalte-se aqui que, como resultado de disputas político-ideológicas entre os entes da União, dos Estados e dos Municípios brasileiros durante a pandemia da COVID-19 (situação que ocupou o noticiário político do país por largo tempo), foi inviabilizada, nos anos do governo Bolsonaro, uma ação coordenada entre os órgãos desses três níveis. Ao invés de decisões tomadas a partir de bases técnicas e científicas, a ação governamental, baseando-se em lutas e rivalidades políticas e enredada numa avalanche de *fake news* sobre a vacina, mostrou-se desarticulada, errática e conflitante durante a pandemia, ficando afastada dos interesses primordiais da população (Dowbor, 2020).

Alguns pontos de essencial importância para o acatamento dos princípios de solidariedade e cooperação, bem como o do compartilhamento de benefícios, princípios propostos no texto da DUBDH nos seus artigos 13 e 15, respectivamente, foram expostos na pesquisa. Mostram eles que, indo na direção contrária ao preceituado por aqueles princípios, hoje não estão apenas as redes de planos e seguros particulares de saúde, mas também as instituições financeiras e as grandes indústrias farmacêuticas, unidas nos esforços para conseguir a total privatização da área de saúde no Brasil. A fórmula revela-se adequada para fortalecimento do pretendido individualismo apregoado pela ideologia capitalista, da autonomia individualista presente na corrente bioética principialista e da competição entre grupos e indivíduos, o que se traduziria no conseqüente abandono dos princípios de solidariedade, equidade e compartilhamento de benefícios (Garrafa; Cunha; Manchola-Castillo, 2018; Papa Francisco, 2021a; Brasil-IBGE, 2021),.

À luz do entremeio de referenciais teóricos da BI e da DUBDH empregados na pesquisa, parece ter sido possível trazer maior nitidez ao conceito de que o direito da população à vacina decorre de seu direito à saúde, uma representação pontual, embora ampla, do direito à vida, sendo todos eles, portanto, valores humanos irrenunciáveis e inegociáveis.

Igualmente, a presente tese implementa seu significado essencial na demonstração da necessidade premente de maior conscientização e maior compromisso público em relação à saúde dos brasileiros, o que se traduziria em uma administração essencialmente ética e fundamentada nos direitos humanos. Ao mesmo tempo, e como ponto significativo do estudo, a pesquisa parece deixar nítido que os princípios oferecidos pela Bioética de Intervenção e pela Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco representam ferramentas valiosas e

disponíveis das quais o Estado poderá lançar mão para maior efetividade na composição de suas políticas públicas, normas e leis de proteção e saúde da população.

## 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Respondendo a seus objetivos, esta pesquisa identificou e trouxe para estudo uma série de obstáculos ao acesso gratuito, universal e tempestivo da vacina contra a COVID-19 no Brasil, não pretendendo, porém, uma identificação exaustiva já que o assunto se entremeia com uma extensa multiplicidade de fatores, tendo-se optado, portanto, pelo exame prioritário daqueles elementos que pareciam apresentar maior grau de responsabilidade quanto ao impedimento do acesso à vacina.

Na verificação de como o governo tratou as questões da saúde pública naquele período, prevista entre os objetivos específicos da pesquisa, trataram-se com maior ênfase as motivações político-econômicas do governo e algumas das atitudes do presidente que se traduziram em desrespeito às orientações científicas no tratamento da COVID-19, desqualificação da vacina, veiculação de desinformação sobre a doença e propaganda de medicamento não reconhecido pela ciência. Também receberam atenção especial dos estudos a falta de fiscalização das informações veiculadas sobre a doença; a influência das indústrias farmacêuticas sobre as decisões governamentais na aquisição de vacinas; a falta do aporte financeiro governamental ao SUS e as resultantes deficiências do atendimento experimentadas por aquele Sistema na pandemia, apesar da dedicação dos trabalhadores do setor saúde no sentido de suprir as deficiências logísticas, de recursos e de pessoal; a situação precária do parque imunobiológico brasileiro para produção da vacina contra a COVID-19; e a interferência, na época, de aspectos religiosos nos procedimentos governamentais em um país pretensamente laico.

O exame do material foi feito a partir dos referenciais teóricos contidos na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e com a interdependência e complementação teórico-prática da Bioética de Intervenção, cabendo, em momentos pontuais, a contribuição de conhecimentos psicanalíticos que se revelaram cabíveis durante um estudo que envolveu o ser humano e a própria sociedade brasileira em sua complexidade de manifestações. Essa fundamentação teórica permitiu a exposição e a reflexão sobre as discrepâncias entre o gerenciamento governamental registrado na vacinação e um desejável gerenciamento ético que tivesse como seu objetivo primordial a saúde e o bem-estar da população do país.

Mostra-se na pesquisa que, graças a distorções geradas por algumas lideranças políticas e religiosas, ignorou-se que as conclusões científicas não nascem da profícua imaginação desses líderes, mas, sim, de dados objetivos e importantes vindos de instituições de pesquisa ou de hospitais, sendo trabalhadas por instituições autônomas fortes e criativas, por especialistas fornecidos por universidades, pessoas responsáveis e interessadas em disseminar a verdade sem medo de retaliações de governos fascistas e autoritários.

Um fator que se mostrou importante agravante do poder das lideranças brasileiras diz respeito aos perigos das tecnologias de vigilância e redes sociais utilizadas de modo negacionista e anticientífico por dirigentes políticos, líderes religiosos ou adeptos destes, tendo ficado notórios os danos trazidos pelas informações falsas sobre a vacina por meio das redes sociais usadas indiscriminadamente e sem uma regulamentação adequada. Isso conduz à reflexão de que, se, usualmente, o ser humano aceita que sejam regulamentados todos os setores de sua vida, como o casamento, o trânsito, as empresas, as escolas, os condomínios, os bancos, o aspecto relacional e assim por diante, por que, então, deveria haver exceção para as plataformas digitais que são capazes de disseminar ódio, *fake news* e desinformação? Outro questionamento também se faz inevitável: a quem interessaria essa desregulamentação senão a governos de tendências autoritárias que, com esses procedimentos, visariam a obstaculizar, retardar e dificultar o processo vacinal gratuito e tempestivo das populações, economizando dinheiro vindo dos impostos pagos pelo povo para seus próprios propósitos com o objetivo de manter um controle ideológico sobre a população?

Questionamentos como esses, que são pertinentes à presente pesquisa, trazem em si a orientação de que o ser humano deveria ser mais crítico e não depositar uma fé cega nos ideólogos do *status quo*, procurando discutir e combater, individual e coletivamente, em todos os níveis possíveis, as posturas governamentais que não tenham no seu cerne o respeito à dignidade humana ou que sobreponham a economia à vida humana.

Para alguns estudiosos, também é questionável se o elemento que realmente coloca a humanidade em perigo seria o vírus ou se, adotando uma visão baseada em Freud, seria o tânatos (pulsão de morte, de destruição, de autoextermínio, de guerra, de genocídios, de retorno ao caos primordial). A epidemia da COVID-19 exemplificou como, reunidas, a violência, a ganância, o fanatismo e a ignorância podem levar o

homem manipulado por desinformações a reagir pelo ódio. Presenciaram-se inúmeros casos de pessoas que responderam à crise propagando o ódio e culpando este ou aquele país, ou este ou aquele grupo minoritário pela criação e propagação do coronavírus.

Também foram presenciados atos de oportunismo e ganância na venda de EPIs, tanto entre particulares como em negociações de grande porte com o governo do país. Existiu a oportunidade de cooperação e solidariedade, mas nem todos os cidadãos e nem todas as grandes corporações resistiram à sedução do lucro. Também foi presenciada a manutenção de um estado de desinformação, bem como o oferecimento de informações equivocadas como forma de reação à pandemia, além da divulgação de teorias conspiratórias em detrimento da ciência, tudo isso reforçando a dúvida já exposta sobre o que realmente representaria o maior perigo para a humanidade: o vírus ou os instintos primitivos do próprio homem.

Assim, finda a pandemia, quando a humanidade se pergunta sobre que tipo de mundo ela quer (re)construir, esta pesquisa pode significar uma forma de rever os motivos que contribuíram para tantas mortes e mazelas na pandemia e de cada um compreender, no papel de cidadão, a necessidade de uma mudança que lhe permita reexaminar seus aspectos éticos e pessoais e suas escolhas políticas, estendendo depois essas mudanças para o mundo pretenda refazer

A pandemia, ao alterar a escala de alguns valores (basta exemplificar como subiu o valor de algumas profissões como a dos profissionais de saúde, lixeiros e entregadores) e trazer reflexões sobre igualdade, justiça e equidade, mostrou que é possível acreditar na possibilidade de mudanças do ser humano, porque, em síntese, o ser humano é tão mutável e tão frágil como as teorias e crenças que abraça a cada período da história. Assim, independentemente do que ocorra, a pessoa continua tendo escolhas e pode optar pela milenar sabedoria da solidariedade e do compartilhamento, já que, como ensinam estas, tudo e todos são interconectados.

Da pesquisa derivaram-se algumas sugestões de medidas práticas que podem contribuir para o melhor funcionamento do sistema de saúde e das políticas de vacinação nacional, bem como para a compreensão do papel da natureza nas epidemias e pandemias e, ainda, para a promoção da consciência política e ética dos cidadãos brasileiros. As considerações essas medidas práticas são as seguintes:

- A revogação da Emenda Constitucional nº 95/2016 mostra-se urgente e inegociável para que haja o retorno dos recursos para as áreas de saúde e social. Só

a atenção às suas instituições permitiria a defesa da sociedade contra qualquer tipo de ameaça à saúde.

- O fortalecimento do sistema público de saúde se traduziria no aumento do número de hospitais e de profissionais, visando-se a melhores condições de trabalho. Envolveria igualmente o apoio à pesquisa de medicamentos, patógenos e vacinas, com vistas à autonomia plena do país na área biomédica e de equipamentos até mesmo em caso de novas pandemias.

- A manutenção do meio ambiente descontaminado e restaurado em sua parte degradada significaria a adoção de um tipo de pensamento não mercantilizado, assegurando-se um uso responsável, equilibrado e autossustentável que não transforme a natureza em fonte de futuras pandemias.

- O reestudo e a ampliação da legislação e fiscalização específicas das plataformas digitais, condição ainda incipiente no país, seria uma maneira de evitar a divulgação de informações da área de saúde de forma imprecisa ou irresponsável.

- O investimento na área de ciências humanas para promover o conhecimento do atual sistema socioeconômico e desenvolver o senso crítico em relação a demagogias e ideologias políticas, suas fontes de poder, sua estrutura e seus modos de atuação seria fundamental para ser recuperada a noção de que toda política deve se fundamentar na história, na função da sociedade e, ainda, eticamente, no próprio ser humano, e não na economia.

- A elevação do patamar dos estudos acadêmicos significaria que as escolas seriam indutoras de cidadania, de cultura e sociabilidade, bem como, em casos como o da recente pandemia, um refúgio confiável de informações que possam ser facilmente entendidas pela população.

- A implementação da BI e do conhecimento da DUBDH no ensino médio e superior iria significar o conhecimento de seus princípios pela geração mais jovem e, assim, o fortalecimento da possibilidade de sua aplicação mais ampla e efetiva.

Talvez a consideração mais impactante e menos palatável no final da pesquisa seja a de que foi preciso uma pandemia para mostrar que a prevalência de interesses econômicos e políticos individuais ou de nações não preserva a saúde, enquanto que atitudes humanistas o fazem. Sozinho, nenhum país teria vencido o coronavírus. Só a união de esforços de alguns países criou condições para seu tratamento e em um breve espaço de tempo, vindo a pandemia a demonstrar, dessa forma, que o pensamento ético, a solidariedade e a cooperação internacional não são condições

dispensáveis, mas, sim, imprescindíveis no que diz respeito aos conhecimentos na área da saúde

Uma tragédia tão grande quanto a do somatório de mortes, sequelas e prejuízos advindos da pandemia para o Brasil seria a tragédia de descobrir que os brasileiros não aprenderam com a crise nem estão se preparando para eventos futuros, porque aí a morte de centenas de milhares de pessoas terá sido desrespeitada, terá sido em vão. Na esperança de que tenha contribuído para esse aprendizado dos brasileiros reside o maior significado desta tese.

## REFERÊNCIAS

ADORNO, Roberto. The precautionary principle: a new legal standard for a technological age. **Journal of International Biotechnology**, v. 1, n. 1, p. 11-19, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1515/jibl.2004.1.1.11>.

AGÊNCIA SENADO. Pesquisas apontam que 400 mil mortes poderiam ser evitadas; governistas questionam. **Senado Notícias**, 24 jun. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/06/24/pesquisas-apontam-que-400-mil-mortes-poderiam-ser-evitadas-governistas-questionam>

ALBUQUERQUE, Aline. **A capacidade jurídica e os direitos humanos**. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2018.

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. São Paulo: Malheiros, 2008.

ALTERIDADE. In: **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. Versão 1.0.10, março 2006. 1 CD ROM

ANDRADE, José Carlos Vieira de. **Os direitos fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976**. 5. ed. reimpr. Coimbra, Portugal: Almedina, 2017. ISBN 9789724046693.

APM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **Por dentro do SUS**. São Paulo: Atheneu, 2007.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômano**. Jurubatuba: Principis/Ciranda Cultural, 2021. Coleção Clássicos da Literatura Mundial. ISBN: 978655524062.

ASTRAÍN, Ricardo Salas. Pensamiento crítico latinoamericano. In: TEALDI, Juan Carlos (Org.). **Diccionario Latino-americano de Bioética**. Bogotá: Unesco, 2008. p. 1-3.

AUTONOMIA. In: DICIO Dicionário Online de Português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/>

AUTONOMIA. Wikcionário: o dicionário livre. Disponível em: [https://pt.wiktionary.org/wiki/Wikcion%C3%A1rio:P%C3%A1gina\\_principal](https://pt.wiktionary.org/wiki/Wikcion%C3%A1rio:P%C3%A1gina_principal)

AYURVEDA através da história: um passado memorável para encantar e tratar você. **Minha Vida**, Bem-Estar, 14 jan. 2008. Disponível em: <https://www.minhavida.com.br/materias/materia-1568>.

BANKOLE, Kpedetin Alvine Peggy. **O surgimento e o futuro da moeda Franco CFA na perspectiva da integração na África Ocidental**. 2020. 53 f. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Relações Internacionais, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/28632?locale=es>

BARROS, Maria Paloma Silva de. **Caracterização genética de cepas de *Yersinia pestis***. 2012. 131f. Dissertação de Doutorado em Genética – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012. Disponível em: [https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/12384/1/Maria%20Paloma%20Silva%20de%20Barros\\_PPGG%20UFPE.pdf](https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/12384/1/Maria%20Paloma%20Silva%20de%20Barros_PPGG%20UFPE.pdf)

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. São Paulo: Saraiva, 2009.

BATISTA, Liz. Desinformação já era forte na Revolta da Vacina de 1904. **Estado de Minas**, Seção Nacional, Saúde. 22 out. 2020. Disponível em: [https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2020/10/22/interna\\_nacional,1197003/de-sinformacao-ja-era-forte-na-revolta-da-vacina-de-1904.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2020/10/22/interna_nacional,1197003/de-sinformacao-ja-era-forte-na-revolta-da-vacina-de-1904.shtml)

BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. Oxford: Oxford University Press, 2001.

BELLO-URREGO, Alejandra; GARRAFA, Volnei. Crítica à instituição médica moderno-industrial a partir do microssistema linguístico de Ivan Illich. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 263-273, jan.-mar. 2018.

BENEFICÊNCIA. DICIO Dicionário Online de Português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/>

BENEFICÊNCIA. Wikcionário: o dicionário livre. Disponível em: [https://pt.wiktionary.org/wiki/Wikcion%C3%A1rio:P%C3%A1gina\\_principal](https://pt.wiktionary.org/wiki/Wikcion%C3%A1rio:P%C3%A1gina_principal)

BERLINGUER, Giovanni. Bioética da prevenção. **Revista Bioética**, v. 2, n. 2, n.p, 5 nov. 2009. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/457/339](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/457/339)

BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury, CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec/Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 1988. LILACS | ID: lil-160166.

BERMUDEZ, Luana; BERMUDEZ, Jorge. COVID-19: o mundo em um “*apartheid* de vacinas”. **FIOCRUZ**, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 10 ago. 2021. Disponível em: <https://naf.ensp.fiocruz.br/pt-br/covid-19-o-mundo-em-um-apartheid-de-vacinas-por-luana-bermudez-e-jorge-bermudez>

BERTONI, Estêvão. A mudança de logística das vacinas que é investigada pela CPI. **Nexo**. 28 dez. 2023. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/07/19/a-mudanca-na-logistica-de-vacinas-que-e-investigada-pela-cpi>

BEZERRA, Maria Luiza Rêgo; SHIMIZU, Helena Eri. A COVID-19 e o princípio da responsabilidade social e saúde: uma análise crítica. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. e298101421777, 2021. ISSN 2525-3409. DOI:

10.33448/rsd-v10i14.21777. Disponível em:  
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21777>

BLANCHETTE, Alex. **Porkopolis: American animality, standardized life, and the factory farm.** Durham: Duke University Press, 2020.

BÔAS, Bruno Villas. IBGE: total de aposentados cresce 19% em 7 anos e chega a 30,7mi. **Valor Econômico**, 6 maio 2020. Disponível em:  
<https://valor.globo.com/brasil/noticia/2020/05/06/ibge-total-de-aposentados-cresce-19percent-em-7-anos-e-chega-a-307-mi.ghtml>

BOFF, Leonardo. **COVID-19: a mãe Terra contra-ataca a humanidade – advertências da pandemia.** Petrópolis: Vozes, 2021.

BOHLKE, K. *et al.* Risk of anaphylaxis after vaccination of children and adolescents. **Pediatrics**, v. 112, n. 4, p. 815-820, 2003.

BOLSONARO, Eduardo. Lembrou-me a Revolta da Vacina (contra varíola) em 1904 no Rio de Janeiro do prefeito Pereira Passos. Toma a vacina quem quiser. Isso é liberdade. Não é o papai Estado que vai te impor decisões sobre sua vida (ao menos o Estado federal). São Paulo, 2 set. 2020. Twitter: @BolsonaroSP. Disponível em: <https://twitter.com/bolsonarosp/status/1301105296723632128>

BOLSONARO, Jair Messias. Bolsonaro: “Se tomar vacina e virar jacaré não tenho nada a ver com isso”. [S. l., s. n.], 17 dez. 2020. 1 vídeo (2 min). Publicado pelo canal **UOL**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=IBCXkVOEH-8>.

BOSI, Alfredo. **Dialética da colonização.** São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

BRASIL. **Código Penal Brasileiro.** Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm)

BRASIL. **Constituição (1988).** Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

BRASIL. **Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020.** Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/decreto/D10212.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10212.htm)

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Agência de Notícias. **Aglomerados subnormais – 2019.** set. 2021. Disponível em: [https://www.google.com/search?q=ibge+quantos+moram+em+aglomerados+subnormais&rlz=1C1CHZN\\_pt-BRBR964BR965&oq=ibge+quantos+moram+em+aglomerados+subnormais&aqs=chrome..69i57j0i546l4.10713j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=ibge+quantos+moram+em+aglomerados+subnormais&rlz=1C1CHZN_pt-BRBR964BR965&oq=ibge+quantos+moram+em+aglomerados+subnormais&aqs=chrome..69i57j0i546l4.10713j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

BRASIL. **Lei nº 7.437, de 20 de dezembro de 1985.** Inclui, entre as contravenções penais, a prática de atos resultantes de preconceitos de raça, de cor, de sexo ou de estado civil, dando nova redação à Lei nº 1.390, de 3 de julho de 1951 - Lei Afonso Arinos. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L7437.htm#:~:text=Recusar%20a%20entrada%20de%20algu%C3%A9m,sexo%20ou%20de%20estado%20civil](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7437.htm#:~:text=Recusar%20a%20entrada%20de%20algu%C3%A9m,sexo%20ou%20de%20estado%20civil)

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

BRASIL. **Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.** Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>

BRASIL. Ministério da Saúde - MS. e-Gestor AB. **Cobertura da atenção básica.** Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

BRASIL. Ministério da Saúde - MS. **Manual de normas de vacinação.** Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde - MS. **Manual de rede de frio.** 3. ed. Elaboração de Cristina Maria Vieira da Rocha. Brasília: FUNASA, 2001. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_rede\\_frio.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rede_frio.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde – MS. **Política nacional de promoção da saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal - STF. **Jurisprudência internacional.** Artigo 5. Corte IDH. Caso Ximenes Lopes vs Brasil. 2006. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/jurisprudenciaInternacional/anexo/Artigo5.pdf>

BRITO, G. S. Eventos adversos e segurança de vacinas. In: FARHAT, Calil Kairalla; WECKX, Lily Yin; CARVALHO, Luiza Helena Falleiros R.; SUCCI, Regina Célia de Menezes. **Imunizações: fundamentos e práticas.** São Paulo: Atheneu, 2000. p.43-65.

BROIDE, Jorge. Desamparo e pandemia. In: PASSOS, João Décio. **A pandemia do coronavírus: onde estivemos? para onde vamos?** São Paulo: Paulinas, 2020. p. 185-196.

BROOKS, Megan. Muitos cientistas enfrentam sérias ameaças por falarem sobre COVID: pesquisa. **Medscape Medical News**, 25 out. 2021. Disponível em: [https://www.medscape.com/viewarticle/960821?uac=136432DR&faf=1&sso=true&impID=3711505&src=WNL\\_dne\\_211014\\_mscpedit](https://www.medscape.com/viewarticle/960821?uac=136432DR&faf=1&sso=true&impID=3711505&src=WNL_dne_211014_mscpedit)

BUSS, Paulo; SOUZA, Luís Eugênio. A face da iniquidade na imunização contra a COVID-19 na América Latina. **Associação Brasileira de Saúde Coletiva ABRASCO**, 19 jan. 2021. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opinia0/a-face-da-iniquidade-na-imunizacao-contr-a-covid-19-na-america-latina-artigo-de-paulo-buss-e-luis-eugenio-de-souza/55589/>

CAETANO, Rodrigo; GARRAFA, Volnei. Comunicação como ferramenta para divulgar e promover a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. **Bioética**, v. 22, n. 1, p. 34-44, 2014.

CAMPBELL, Robert J. **Dicionário de psiquiatria**. São Paulo: Martins Fontes, 1986, *verbete* segregação.

CANOTILHO, J. J. Gomes; MOREIRA, Vital. **Constituição da República Portuguesa anotada**. 4. ed. rev. Coimbra: Coimbra, 2007. v. 1.

CARLA, Maria. Pandemia do novo coronavírus revela a importância do SUS. **SINPRO**, Distrito Federal, 18 jun. 2020. Disponível em: <https://www.sinprodf.org.br/pandemia-do-novo-coronavirus-revela-a-importancia-do-sus/>

CARNEIRO, Rute Antonieta Freitas. **Doenças emergentes, respostas rápidas de prevenção**. 2017. Dissertação de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, Repositório Institucional da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal, 2017. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/6574>

CARVALHO, Luiz Felipe Lago; MARINO, Sílvio. Benefício e Dano: Divergências entre o princípalismo e a DUBDH. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 15, n. e5, p. 1-15, 2019.

CASTRO, Manuela. **A praga - o holocausto da hanseníase**: histórias emocionantes do isolamento, morte e vida nos leprosários do Brasil. São Paulo: Geração, 2016.

CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Ten great public health achievements, 1900-1999: impact of vaccines universally recommended for children. **MMWR**, 1999, v. 241, p. 243-248, 1999.

CHIRAC, P.; TORRELE, E. Global framework on essential health R&D. **Lancet**, n. 367, p. 560-561, 2006.

CHOMSKY, Noam. **Réquien para o sonho americano**: os 10 princípios de concentração de riqueza e poder. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2019.

CHRISTMAN, John. Relational autonomy, liberal individualism, and the social constitution of selves. **Philosophical Studies**, v. 117, p. 143-164, 2004.

CHUEIRI, Vera Karam; MOREIRA, Egon Bockmann; CÂMARA, Heloisa Fernandes; GODOY, Miguel Gualano de. **Fundamentos do direito constitucional**: novos horizontes brasileiros. Salvador: JusPODIVM, 2021.

CÓDIGO DE HAMURABI. 3. ed. São Paulo: EDIPRO, 2017. Supervisão de Jair Lot Vieira. ISBN: 978-85-7283-755-2.

COLETTA, Ricardo Della. Bolsonaro diz que Brasil pode deixar a OMS se organização não abandonar “viés ideológico”. **Folha**, 05 jun. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/06/bolsonaro-diz-que-brasil-pode-deixar-oms-se-organizacao-nao-abandonar-vies-ideologico.shtml>

CORDÁS, Taki. Mutações. In: INCERTI, Fabiano; CANDIDO, Douglas Borges. **Fragmentos de uma pandemia**. Curitiba: PUCPRESS, 2020. ISBN 978-65-87802-31-2. p. 31-37.

CORONAVÍRUS BRASIL. **Painel Coronavírus**. 8 fev. 2024. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>

CORTINA, Adela; MARTÍNEZ, Emilio. **Ética**. São Paulo: Loyola, 2005. ISBN: 9788515031153

CREMESP – CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Juramento de Hipócrates**. [entre 2017 e 2023]. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>

CRUZ, Márcio Rojas da; TRINDADE, Etelvino de Souza. Bioética de intervenção: uma proposta epistemológica e uma necessidade para sociedades com grupos sociais vulneráveis. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 2, n. 4, p. 483-500, 2006. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/8175/6794>

CUNHA, Thiago; GARRAFA, Volnei. Vulnerability: a key principle for global bioethics? **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, v. 25, n. 2, p. 197-208, 2016.

CUNHA, Thiago Rocha da. Resenha: Potter VR. Bioética: ponte para o futuro. **SciELO, Resenhas, Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2393-2394, jul. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017227.04462017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/X4qh73X8n9vPScp8sZ5dpVj/?lang=pt>

DALLARI, Sueli Gandolfi; VENTURA, Deixy de Freitas Lima. O princípio da precaução: dever do Estado ou protecionismo disfarçado? **São Paulo em Perspectiva**, v. 16, n. 2, p. 53-63, 2002.

DANIELS, Norman. **Apenas saúde**: satisfazer as necessidades de saúde de forma justa. Nova York: Cambridge University Press, 2008. ISBN -13: 978-0-521-69998-3.

DELGADO, Maurício Godinho. **Curso de direito do trabalho**. 11. ed. São Paulo: LTr, 2012.

DE OLIVEIRA CAVALCANTI, Erika Caroline; AZEVEDO, Nadia Pereira da S. Gonçalves de. A vacinação à COVID-19 em combate: uma análise do discurso francesa. **Revista Linguagem**, São Carlos, v. 40, n. 1, p. 274-287, 2021. Disponível em: <https://www.linguagem.ufscar.br/index.php/linguagem/article/view/1387>

DOHERTY, M.; BUCHY, P.; STANDAERT, B.; GIAQUINTO, C.; PRADO-COHRN, D. Vaccine impacts: benefits for human health. **Vaccine**, v. 34, n. 52, p. 6707-6714, 20 dez. 2016. DOI 10.1016/j.vaccine.2016.10.025

DÓREA, José Garrofe. Making sense of epidemiological studies of young children exposed to thimerosal in vaccines. **Chimica Acta**, v. 411, p. 1580-1586, 2010.

DOWBOR, Ladislau. Além da pandemia: uma convergência de crises. In: PASSOS, João Décio (Org.). **A pandemia do coronavírus: onde estivemos? para onde vamos?** São Paulo: Paulinas, 2020. p. 25-48. ISBN: 978-85-356-4614-6.

DUARTE-PLON, Leneide. Carta de Paris: Macron assume falhas do modelo neoliberal. **Cartas do Mundo**, Paris, 15 mar. 2020. Disponível em: <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Cartas-do-Mundo/Carta-de-Paris-Macron-assume-falhas-do-modelo-neoliberal/45/46784>

EPICURO. **Carta sobre a felicidade (A Meneceu)**. Tradução e apresentação de Álvaro Lorencine e Enzo Del Carratore: São Paulo: UNESP, 2002. Título original: Lettera sulla felicità.

EQUIDADE. In: **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. Versão 1.0.10, março 2006. 1 CD ROM.

FEITOSA, Saulo Ferreira; FLOR-DO-NASCIMENTO, Wanderson. A bioética de intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo. **Bioética**, v. 23, n. 2, p. 277-284, 2015. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/1037](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/1037)

FERNANDES, Jorlan; LANZARINI, Natália Maria; HOMMA, Akira; LEMOS, Elba Regina Sampaio de. **Vacinas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. ISBN: 978-65-5708-035-1.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. São Paulo: Nova Fronteira, [197-], *verbete* discriminação.

FIOCRUZ – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. **O que é DSS**. 27 abr. 2023. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/>

FLOR-DO-NASCIMENTO, Wanderson; GARRAFA, Volnei. Nuevos diálogos desafiantes desde el sur: colonialidad y Bioética de Intervención. **Revista Colombiana de Bioética**, v. 5, n. 2, p. 23-37, 2010.

FLOR-DO-NASCIMENTO, Wanderson; GARRAFA, Volnei. Por uma vida não colonizada: diálogo entre Bioética de Intervenção e colonialidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 287-299, 2011.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2019.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da solidariedade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2022.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREITAS, André Guilherme Tavares. O direito à integridade física e sua proteção penal. **Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 59, jan.-mar., p. 31-59, 2016.

FREUD, Sigmund. **A dissolução do complexo de Édipo**. Trad. J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974a. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, v. XIX, p. 215-226. Originalmente publicado em 1924.

FREUD, Sigmund. **Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos (1920-1922)**. Rio de Janeiro: Imago, 1969c. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. XVIII. Comentários e Notas de James Strachey.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização**. Rio de Janeiro: Imago, 1969b. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. XVIII.

FREUD, Sigmund. **Psicologia de grupo e análise do ego**. Trad. J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974b. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVIII, p. 89-17.

FREUD, Sigmund. **Psicopatologia da vida cotidiana (1901)**. Rio de Janeiro: Imago, 1969a. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. VI.

FREUD, Sigmund. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos**. Rio de Janeiro: Imago, 1969d. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. I.

FREUD, Sigmund; EINSTEIN, Albert. **Por que a guerra?** Reflexões sobre o destino no mundo. Coimbra: Edições 70, 2017.

FROMM, Erich. **Psicanálise da sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Zahar, 1965.

FURTADO, Celso. **O mito do desenvolvimento econômico**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974. Disponível em: <https://www.sociedademilitar.com.br/2020/05/11-derrame-de-medalhas-forcas-armadas-sao-questionadas-o-que-esses-politicos-e-juizes-fizeram-para-receber-condecoracoes-pergunta-instituto-de-direito-militar.html>

GARRAFA, Volnei. A hora e a vez da bioética. **Agroanalysis - FGV**, v. 19, n. 8, p. 33-35, 1999.

GARRAFA, Volnei. Ampliação e politização do conceito internacional de bioética. **Revista Bioética**, v. 20, n. 1, p. 9-20, 2012.

GARRAFA, Volnei. Apresentação. In: **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos - DUBDH**. Tradução e revisão final sob a responsabilidade da Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília (UnB) e da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Tradução: Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado. Revisão: Volnei Garrafa. Out. 2005c.

GARRAFA, Volnei. Apresentação: o novo conceito de bioética. In: GARRAFA, Volnei; KOTTOW, Miguel; SAADA, Alya (Org.). **Bases conceituais da bioética**: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia, 2006a. p. 9-15.

GARRAFA, Volnei. Bioética de Intervención, dura sin perder la ternura - crítica, anti-hegemónica y militante. In: ACOSTA-SARIEGO, José R. (Editor): **Bioética y Biopolítica**. La Habana, Cuba: Publicaciones Acuario, 2023a. p. 88-112.

GARRAFA, Volnei. Bioética e manipulação da vida. In: NOVAES, Adauto (Org.). **O homem máquina**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. p. 213-225.

GARRAFA, Volnei. Bioética y el derecho al acceso a los cuidados de salud. **Salud Colectiva**, v. 19, e4491, p. 1-9, 2023b. ISSN 1851.8265. Disponível em: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva>

GARRAFA, Volnei. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 13, n. 1, p. 125-143, 2005a.

GARRAFA, Volnei. Inclusão social no contexto político da bioética. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 1, n. 2, p. 122-132, 2005b.

GARRAFA, Volnei. **O que é Bioética de Intervenção?** Aula pública [online] proferida no quadro da disciplina Bioética Crítico-social do PPGSC/UFSC, 21 jan. 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=y0BV4lvbtR4>

GARRAFA, Volnei. [Orelha de livro]. In: GARRAFA, Volnei; KOTTOW, Miguel; SAADA, Alya (Org.). **Bases conceituais da bioética**: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia, 2006b.

GARRAFA, Volnei; AMORIM, Karla; GARCIA, Ticiania; MANCHOLA, Camilo. Bioética e Vigilância Sanitária. **Revista de Direito Sanitário**, v. 18, n. 1, p. 121-139, mar./jun. 2017.

GARRAFA, Volnei; CRUZ, E. Bioética de intervención – una agenda latinoamericana de re-territorialización epistemológica para la bioética. In: PFEIFFER, Maria Luisa; MANCHOLA-CASTILLO, Camilo (Ed.). **Fundamentar la bioética**: conocimientos, valores y visiones desde América Latina y el Caribe. México: Unam/Unesco: 2022. p. 37-65.

GARRAFA, Volnei; CUNHA, Thiago Rocha da; MANCHOLA-CASTILLO, Camilo. Access to healthcare: a central question within Brazilian bioethics. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, v. 27, p. 431-439, 2018.

GARRAFA, Volnei; CUNHA, Thiago Rocha da; MANCHOLA-CASTILLO, Camilo. Ensino da ética global: uma proposta teórica a partir da Bioética de Intervenção.

**Interface**, Botucatu, v. 24, n. e190029, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/DwVjZkZL8wwcXXRdT4dyTj/?format=pdf>

GARRAFA, Volnei; LORENZO, Cláudio. Helsinque 2008: redução de proteção e maximização de interesses privados. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 5, p. 514-518, set.-out. 2009.

GARRAFA, Volnei; LORENZO, Cláudio. Moral imperialism and multi-centric clinical trials in peripheral countries. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 10, p. 2219-2226, 2008.

GARRAFA, Volnei; MANCHOLA-CASTILLO, Camilo. Releitura crítica (social e política) do princípio da justiça em bioética. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, v. 18, n. 3, p. 11-30, 2017.

GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel; DINIZ, Débora. Saúde pública, bioética e equidade. **Bioética**, v. 5, n. 1, p. 27-33, 1997. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/361/462](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/361/462)

GARRAFA, Volnei; PORTO, Dora. Bioética de intervención: imperialismo moral, bioética y política. In: TEALDI, Juan Carlos (Org.). **Diccionario Latino-americano de Bioética**. Bogotá: Unesco, 2008. p. 161-164.

GARRAFA, Volnei; PORTO, Dora. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. **Bioethics**, v. 17, n. 5-6, p. 399-416, 2003.

GARRAFA, Volnei; PRADO, Mauro Machado. Tentativas de mudanças na Declaração de Helsinque: fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 1489-1496, 2001.

GARRAFA, Volnei; PYRRHO, Monique. Bioética, cooperação internacional, solidariedade e compartilhamento de benefícios: do HIV/AIDS à COVID-19. **Cadernos Íbero-americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 10, n. 3, jul.-set. 2021.

GARRAFA, Volnei; SOARES, Sheila Pereira. O princípio da solidariedade e cooperação na perspectiva bioética. **Bioethikós**, Centro Universitário São Camilo, v. 7, n. 3, p. 247-258, 2013.

GARRAFA, Volnei; SOLBAKK, Jan Helge; VIDAL, Susana; LORENZO, Cláudio. Between the needy and the greedy: the quest for a just and fair ethics of clinical research. **Journal of Medical Ethic**, v.36, n. 8, p. 500-504, 2010.

GAVIOLI, Bruna. MP apreende respiradores vendidos a preços abusivos na internet. **CNN Brasil Saúde**, São Paulo, 21 maio 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/05/21/mp-apreende-respiradores-vendidos-a-precos-abusivos-na-internet>

GENERAL Pazuella toma posse como Ministro da Saúde. **Gov.br**, Saúde. 16 set. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/09/general-pazuella-toma-posse-como-ministro-da-saude>

GEOCRONOLOGIA: como foi calculada a idade da Terra? **Minas Jr. Consultoria Mineral**. 28 jun. 2018. Disponível em: <https://www.minasjr.com.br/geocronologia-idade-da-terra/>

G-FINDER 2020. Neglected disease research and development: where to now? **Policy cures research**. 2020. Disponível em: [https://policy-cures-website-assets.s3.ap-southeast-2.amazonaws.com/wp-content/uploads/2021/04/15055816/G-FINDER-2020\\_Final-Report.pdf](https://policy-cures-website-assets.s3.ap-southeast-2.amazonaws.com/wp-content/uploads/2021/04/15055816/G-FINDER-2020_Final-Report.pdf)

GIROUX, Henry A. Prefácio. In: FREIRE, Paulo. **Pedagogia da solidariedade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2022. p. 13-20.

GODOI, Alcinda Maria Machado; GARRAFA, Volnei. Leitura bioética do princípio de não discriminação e não estigmatização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 157-166, 2014.

GOLDIM, José Roberto. Bioética: origens e complexidade. **HCPA**, UFRGS, v. 26, n. 2, p. 86-92, 2006. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/164730>

GONÇALVES, Glauber. Campanha de erradicação da varíola introduziu novo conceito de “vigilância epidemiológica” no Brasil. **Fiocruz Casa de Oswaldo Cruz**, 7 maio 2020. Disponível em: [https://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1787-campanha-de-erradicacao-da-variola-introduziu-novo-conceito-de-vigilancia-epidemiologica-no-brasil.html#!claudio\\_amaral2](https://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1787-campanha-de-erradicacao-da-variola-introduziu-novo-conceito-de-vigilancia-epidemiologica-no-brasil.html#!claudio_amaral2)

GOODY, Jack. **O roubo da história**: como os europeus se apropriaram das ideias e invenções do Oriente. São Paulo: Contexto, 2008. ISBN 8572443843.

GRACIA, Diego. Hard times, hard choices: founding bioethics today. **Bioethics**, v. 9, p. 192-206, 1995.

GRACIA, Diego. Prefácio. In: SGANZERLA, Anor; ZANELLA, Diego Carlos. **A bioética de V. R. Potter**: 50 anos depois. Curitiba: PUC Press, 2020.

GRACIÁN, Baltasar. **A arte da prudência**. São Paulo: Martin Claret, 2006.

GRANJA, Gabriela Ferreira; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 72-86, 2010.

GREIF, Sérgio; TRÉZ, Thales. **A verdadeira face da experimentação animal**: a sua saúde em perigo. Rio de Janeiro: Editora Educacional Fala Bicho, 2000.

GUERRA, Sidney. **Curso de direito internacional público**. 6. ed. Rio de Janeiro: *Lumen Juris*, 2012.

GUIMARÃES, Deocleciano Torrieri. **Dicionário técnico jurídico**. 15. ed. São Paulo: Rideel, 2012.

HABERMAS, Jürgen. **Conhecimento e interesse**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

HALÍK, Tomás. Alternativas. In: INCERTI, Fabiano; CANDIDO, Douglas Borges. (Org.). **Fragmentos de uma pandemia**. Curitiba: PUCPRESS, 2020. p. 23-26.

HARARI, Yuval Noah. **Notas sobre a pandemia e breves lições para o mundo pós-coronavírus**. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.

HASTING, Max. **Catástrofe: 1914 – a Europa vai à guerra**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.

HIRSCH, Fábio Periandro de Almeida. O dever fundamental de fraternidade e a pandemia. In: BAHIA, Saulo José Casali (Org.). **Direitos e deveres fundamentais em tempos de coronavírus**. São Paulo: IASP, 2020. p. 82-104.

HOFFMASTER, B. What does vulnerability mean? **Hastings Center Report**, v. 36, p. 38-45, 2006.

HOGEMMAN, Edna Raquel; SANTOS, Marcelo Pereira dos. Sociedade de risco, bioética e princípio da precaução. **Argumentum**, Marília, v. 16, p. 117-137, jan./dez. 2015.

HOSSNE, William Saad. Dos referenciais da bioética – a vulnerabilidade. **Bioethikós**, Centro Universitário São Camilo, v. 3, n. 1, p. 41-51, 2009.

HOSSNE, William Saad; SEGRE, Marco. Dos referenciais da Bioética – a alteridade. **Bioethikós**, Centro Universitário São Camilo, v. 5, n. 1, p. 35-40, 2011. Disponível em: <https://saocamilo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/82/Art04.pdf>

HOTTOIS, Gilbert; MISSA, Jean-Noël. **Nova enciclopédia de bioética**. Lisboa: Instituto Piaget, 2003, *verbete* Direitos do Homem.

HOTTOIS, Gilbert; PARIZEAU, Marie-Hélène. **Dicionário de bioética**. Lisboa: Instituto Piaget, 1993, *verbete* consentimento.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009, *verbete* vulnerabilidade, p. 1961.

HUMAN RIGHTS WATCH. **Direitos e transparência são essenciais para vacinas contra a COVID-19** – cooperação global e prestação de contas são fundamentais. 29 out. 2020. Disponível em: [hrw.org/pt/news/2020/10/29/376848](https://hrw.org/pt/news/2020/10/29/376848)

HUNT, Lynn. **A invenção dos direitos humanos**: uma história. Trad. Rosaura Einshenberg. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

ILLICH, Ivan. **Nemesis médica**: la expropiación de la salud. Barcelona: Barral, 1975.

INTEGRIDADE. In: **Dicionário Online Priberam de Português**. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org> › integridade

JEFFERSON, Thomas. Declaração de Independência, 1776. Congresso, 4 de julho de 1776. Declaração Unânime dos Treze Estados Unidos da América. In: HUNT, Lynn. **A invenção dos direitos humanos**: uma história. Trad. Rosaura Einshenberg. São Paulo: Companhia das Letras, 2009. Apêndice, p. 219-224.

JONAS, Hans. **O princípio responsabilidade**: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica. Rio de Janeiro: Contraponto, 2006.

JONSEN, Albert R. **The birth of bioethics**. New York: Oxford University Press, 1998. ISBN 978-0-19-517147-1.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Re(des)cobrando o outro: para um entendimento da alteridade na teoria das representações sociais. In: ARRUDA, Angela (Ed.) **Representando a alteridade**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 68-82.

JULIÃO, André. Descrito possível mecanismo que permite à variante sul-africana do coronavírus escapar do sistema imune. **Agência FAPESP**, 20 abr. 2021. Disponível em: <https://agencia.fapesp.br/descrito-possivel-mecanismo-que-permite-a-variante-sul-africana-do-coronavirus-escapar-do-sistema-imune/35667/>

JUNGUES, José Roque. **Bioética**: perspectivas e desafios. São Leopoldo: Unisinos, 1999.

JUNGUES, José Roque. Identidade e papel da Bioética. In: ARGIMON, Irani I. de Lima; GAUER, Gabriel José Chittó; OLIVEIRA, Margareth da Silva. **Bioética e psicologia**. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2009. p. 17-28.

JUSTIÇA – DICIO Dicionário Online de Português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/>

JUSTIÇA. Wikcionário: o dicionário livre. Disponível em: [https://pt.wiktionary.org/wiki/Wikcion%C3%A1rio:P%C3%A1gina\\_principal](https://pt.wiktionary.org/wiki/Wikcion%C3%A1rio:P%C3%A1gina_principal)

KECK, Frédéric. **Avian reservoirs**: vírus hunters & birdwatchers in Chinese sentinel posts. Durham: Duke University Press, 2020.

KEITH, L. S.; JONES, D. E.; CHOU, C. H. S. J. Aluminum toxicokinetics regarding infant diet and vaccinations. **Vaccine**, v. 20, p. S13-S17, 2002.

KOTTOW, Miguel. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: SCHRAMM, Fermin Roland; REGO, Sérgio Tavares de Almeida; PALÁCIOS, Marisa (Org.) **Bioética**: riscos e proteção. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005. p. 29-44.

KOTTOW, Miguel. Bioética de riesgos biomédicos. **Bioética**, v. 18, n. 1, p. 15-30, 2010.

KOTTOW, Miguel. Bioética prescritiva: a falácia naturalista, o conceito de princípios na bioética. In: GARRAFA, Volnei; KOTTOW, Miguel; SAADA, Alya (Org.). **Bases conceituais da bioética**: enfoque latino-americano. Trad. Luciana Moreira Pudenzi, Nicolás Nyimi Campanário. São Paulo: Gaia, 2006. p. 25-48. ISBN: 85-7555-077-2.

KOTTOW, Miguel. Vulnerabilidad y protección. In: TEALDI, Juan Carlos (Diretor). **Diccionario Latinoamericano de Bioética**, Bogotá, Unesco, p. 340-342, 2008.

KRENAK, Ailton. **A vida não é útil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

LAPEGNA, Pablo.; OTERO, Gerardo. Cultivos transgênicos en América Latina: expropiación, valor negativo y Estado. **Estudios Críticos del Desarrollo**, v. 6, n. 2, p. 19-43, 2016.

LATOUR, Bruno. **Jamais fomos modernos**: ensaios de antropologia simétrica. Rio de Janeiro: 34, 1994.

LEITE, Denise Ferreira; BARBOSA, Patrícia Fernanda Toledo; GARRAFA, Volnei. Auto-hemoterapia, intervenção do Estado e bioética. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 2, p. 183-188, 2008.

LEMOS, André. **A comunicação das coisas**: teoria ator-rede e cibercultura. Rio de Janeiro: Annablume, 2013.

LESSA, Sérgio de Castro. **Vacinação infantil e os eventos adversos pós-vacinação**: contribuição da bioética para implantação de políticas compensatórias no Brasil. 2013. Dissertação de Doutorado em Bioética, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Orientador: Prof. Dr. José Garrofe Dórea.

LEVANTEZI, Magda. **O estigma da hanseníase sob a perspectiva da bioética de intervenção e seu diálogo com Giovanni Berlinguer**. 2021. 119 f. Tese de Doutorado em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética – Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

LEVI, Guido Carlos. Confissão. **Imunizações**, v. 5, p. 9-10, 2012.

LEVI, Guido Carlos. **Recusa de vacinas**: causas e consequências. São Paulo: Segmento Farma, 2013. ISBN 978-85-7900-074-4.

LINK, Bruce G.; PHELAN, Jo C. Conceptualizing stigma. **Annual Review of Sociology**, Palo Alto, v. 27, n. 1, p. 363-385, 2001.

LOPES, A. J. Relembre declarações de Bolsonaro sobre a vacinação. **Poder 360**, 17 jan. 2022. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/governo/relembre-declaracoes-de-bolsonaro-sobre-a-vacinacao/>

LOPES, Leo. Bolsonaro diz não ter tomado vacina e nega adulteração em cartão. **CNN Brasil**, 3 maio 2023. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/bolsonaro-diz-nao-ter-tomado-vacina-e-nega-adulteracao-em-cartao/>

LYONS, Albert S.; PETRUCELLI, R. Joseph. **História da medicina**. São Paulo: Manole, 1997.

MACDONALD, Noni E.; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. **Vaccine**, v. 33, n. 34, p. 4161-4164, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X15005009?via%3Dihub>

MAIA, Shirlene Mafra Holanda. **Existência severina: análise bioética da mortalidade infantil de Caruaru-PE do período de 2015 a 2020**. 2023. 92 f. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Bioética interinstitucional (MINTER) da Universidade de Brasília / Universidade Federal de Pernambuco. Brasília/Caruaru, 2023.

MAIEROVITCH, Claudio. **A vacinação tem que ser parte de um grande plano para enfrentar a doença**. Entrevista. Portal Fiocruz. 18 jun. 2021. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/a-vacinacao-tem-que-ser-parte-de-um-grande-plano-para-enfrentar-a-doenca/>

MALEFICÊNCIA – DICIO Dicionário Online de Português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/>

MANCHOLA-CASTILLO, Camilo Hernan; GARRAFA, Volnei; CUNHA, Thiago Rocha da; HELLMANN, Fernando. El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2151-2160, 2017.

MARCUSE, Herbert. A responsabilidade da ciência. **Scientiae Studia**, São Paulo, v. 7. n. 1, p. 159-164, 2009. DOI <https://doi.org/10.1590/S1678-31662009000100008>

MARQUES, Rejane Corrêa; BERNARDI, José V. E.; DÓREA, José Garrofe; BASTOS, Wanderlei R.; MALM, Olaf. Principal component analysis and discrimination of variables associated with pre- and post-natal exposure to mercury. **International Journal of Hygiene and Environmental Health**, v. 211, p. 606-614, 2008.

MARTINS, Carlos Eduardo Behrmann Rátis. Dever geral de recolhimento domiciliar em tempos de coronavírus. In: CASALI, Saulo José (Org.). **Direitos e deveres fundamentais em tempos de coronavírus**. São Paulo: IASP, 2020. p. 51-52.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Karl Marx, Friedrich Engels**: ideologia tedesca. Trad. Fausto Codino. Roma: Riuniti, 1958.

MATTA, Gustavo Corrêa; SOUTO, Ester Paiva; REGO, Sergio; SEGATA, Jean. A COVID-19 no Brasil e as várias faces da pandemia. Apresentação. In: MATTA, Gustavo Corrêa; SOUTO, Ester Paiva; REGO, Sérgio; SEGATA, Jean (Org.). **Os impactos sociais da COVID-19 no Brasil**: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Observatório COVID 19 - FIOCRUZ, 2021. Série Informação para Ação na COVID-19. ISBN: 978-65-5708-032-0. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080320>

McNEIL, William H. **Plagues and people**. Garden City: Anchor Press, 1976.

MEC – MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. **Dicionário escolar latino-português**. 2. ed. Rio de Janeiro: Companhia Nacional de Material de Ensino, 1956, *verbetes* beneficência, justiça, maleficência.

MENEZES, Maíra. Pesquisa sugere maior risco de reinfecção pela variante delta. **FIOCRUZ**, 28 jun. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-sugere-maior-risco-de-reinfeccao-pela-variante-delta>

MILL, John Stuart. **Sobre a liberdade**. São Paulo: Hedra, 2017.

MOGADOURO, Eliana Aurora. Atualidades nas técnicas de aplicação de vacinas. In: MALAGUTTI, William (Org.). **Imunização, imunologia e vacinas**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. p. 38-42.

MORAIS, Talita Cavalcante Arruda de; MONTEIRO, Pedro Sadi. Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética. **Revista Bioética**, CFM, v. 25, n. 2, p. 311-319, 2017.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem feita**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. 9 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

MORIN, Edgar; LE MOIGNE, Jean-Louis. **A inteligência da complexidade**. 3. ed. Petrópolis: Peirópolis, 2000.

MOSER, Antônio; SOARES, André Marcelo M. **Bioética: do consenso ao bom senso**. Petrópolis: Vozes, 2019.

NARANJO, José. O barril de pólvora da pandemia na África: o desafio de um continente sem vacinar contra a COVID-19. **El País – Internacional**. 5 Dic. 2021. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/internacional/2021-12-05/o-barril-de-polvora-da-pandemia-na-africa-o-desafio-de-um-continente-sem-vacinar-contra-a-covid-19.html>

NEVES, Maria Patrão. Article 8: respect de la vulnérabilité humaine et de l'intégrité personnelle. In: ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E A CULTURA. **La Déclaration Universelle sur la Bioéthique et les Droits de l'homme**: histoire, principes et application. Paris: Unesco, 2009. p.167-177.

NEVES, Maria Patrão. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 2, p. 157-172, 2006.

NOGUEIRA, Rui. **Medicina social**. Brasília: Edição do Autor, 2011.

NOHAMA, N.; SILVA, Jefferson Soares da; SIMÃO-SILVA, Daiane Priscila. Desafios e conflitos bioéticos da COVID-19: contexto da saúde global. **Revista Bioética**, v. 28, n. 4, p. 585-594, 2020.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal comentado**. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Equidade. **Pense + SUS**. Fiocruz, [202-]. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/equidade>

OLIVEIRA, Eliane. Dívida do Brasil com organismos internacionais se acumula e país pode perder direito ao voto em fóruns multilaterais. **O Globo**, 17 nov. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/mundo/divida-do-brasil-com-organismos-internacionais-se-acumula-pais-pode-perder-direito-voto-em-foruns-multilaterais-24750514>

ONU-DUDH – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – BRASIL. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, em 10 de dezembro de 1948, por meio da Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese?LangID=por>. PDF em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/por.pdf>

OPAS-OMS – Organização Pan-americana de Saúde / Organização Mundial de Saúde. **Erradicação da varíola**: um legado de esperança para COVID-19 e outras doenças. 8 maio 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/8-5-2020-erradicacao-da-variola-um-legado-esperanca-para-covid-19-e-outras-doencas>

OPAS-OMS – Organização Pan-americana de Saúde / Organização Mundial de Saúde. **Excesso de mortalidade associado à pandemia de COVID-19 foi de 14,9 milhões em 2020 e 2021**. 5 maio 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2022-excesso-mortalidade-associado-pandemia-covid-19-foi-149-milhoes-em-2020-e-2021>

ORENSTEIN, W. A. Global Vaccination Recommendations and Thimerosal. **Pediatrics**, v. 131, n. 1, p. 149-151, 2013.

OSTERHOLM, Michael T.; OLSHAKER, Mark. **Inimigo mortal**: nossa guerra contra os germes assassinos. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2020.

OUR WORLD IN DATA - Statistics and Research. **Vacinações contra Coronavírus (COVID-19)**. 2 ago. 2021. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

PAÍSES ricos compram doses para vacinar três vezes a população. **Exame**, 13 dez 2020. Disponível em: <https://exame.com/mundo/paises-ricos-compraram-doses-para-vacinar-3-vezes-a-populacao/>

PAIXÃO JÚNIOR, Valdir Gonzalez. Interfaces entre bioética e direitos humanos: proteção à vida em tempos biotecnológicos. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, Bauru, v. 11, n. 1, p. 335-346, jan./jun. 2023.

PANWAR – ALERTA CIENTÍFICO E AMBIENTAL. Por que o Brasil tem 30 fábricas de vacinas veterinárias e só duas de vacinas para humanos? **Defesanet**, 10 março 2021. Disponível em:

<https://www.defesanet.com.br/pw/noticia/39956/PANWAR---Por-que-o-Brasil-tem-30-fabricas-de-vacinas-veterinarias-e-so-duas-de-vacinas-para-humanos/>

PAPA FRANCISCO. **Angelus de 11 de julho de 2021 no Hospital Universitário A. Gemini**. Roma: Dicastério de Comunicação - Libreria Editrice Vaticana, 2021a. Disponível em:

[https://www.vatican.va/content/francesco/it/angelus/2021/documents/papa-francesco\\_angelus\\_20210711.html](https://www.vatican.va/content/francesco/it/angelus/2021/documents/papa-francesco_angelus_20210711.html)

PAPA FRANCISCO. **Encíclica Fratelli Tutti**. 4 out. 2020b. Disponível em: <https://www.a12.com/redacaoa12/igreja/8-pontos-para-entender-a-fratelli-tutti-nova-enciclica-do-papa-francisco>

PAPA FRANCISCO. **Encíclica Laudato Si'**. 18 jun. 2015. Disponível em: [https://www.vatican.va/content/francesco/pt/encyclicals/documents/papa-francesco\\_20150524\\_enciclica-laudato-si.html](https://www.vatican.va/content/francesco/pt/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html)

PAPA FRANCISCO. Mensagem *Urbi et Orbi* do Papa Francisco. **Vatican Messages**, Basílica de São Pedro, Páscoa 2021, 4 abr. 2021b. Disponível em: <https://www.vatican.va/content/francesco/pt/events/event.dir.html/content/vaticanevents/pt/2021/4/4/urbi-et-orbi.html>

PAPA FRANCISCO. Texto integral da homilia do Papa Francisco neste 27 de março. **Vatican News**, 27 mar. 2020a. Disponível em: <https://www.vaticannews.va/pt/papa/news/2020-03/papa-francisco-homilia-oracao-bencao-urbe-et-orbi-27-marco.html>

PARANHOS, Denise Gonçalves de Araújo Mello; MATIAS, Edinalda Araújo; MONSORES, Natan; GARRAFA, Volnei. As teorias da justiça de John Rawls e Norman Daniels, aplicadas à saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, no. 119, p. 1002-1011, 2018.

PARKER, Richard. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza (Comp.) **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 25-46. ISBN 978-85-7541-534-4. <https://doi.org/10.7476/9788574153440003>

PASSARINHO, Nathália. Brasil tem quase 30 fábricas de vacina para gado e só duas para humanos. **BBC News Brasil**, 24 fev. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56171059>

PAULA, João Antonio de. **História, epidemias e Capitalismo**. Belo Horizonte: UFMG, 2021.

PENA, Rodolfo F. Alves. Qual é a idade da Terra? **Brasil Escola**. 2023. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/geografia/qual-idade-terra.htm>

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Campus, 2010.

PESSINI, Léo. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. **Bioethikós**, v. 21, n. 1, p. 9-19, 2013.

PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de bioética**. 4 ed. rev. ampl. São Paulo: Loyola, 1997.

PIKETTY, Thomas. **O capital no século XXI**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.

PINHEIRO, Chloé. A batalha pela vacinação. **Veja Saúde**, São Paulo, n. 489, mar. 2023. p. 24-36. Em parceria com o Pulitzer Center (EUA).

POMPEU sugere que China sabia em novembro de casos de coronavírus, mas os escondeu. **O Globo Mundo**, 24 abr. 2020. Seção O Globo e Agências Internacionais, 24 abr. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/mundo/pompeo-sugere-que-china-sabia-em-novembro-de-casos-de-coronavirus-mas-os-escondeu-24391631>

PONTES, Carlos Antonio Alves; SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética da proteção e papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1319-1327, out. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500026>

PONVERT, C.; SCHEINMANN, P. Vaccine allergy and pseudoallergy. **European Journal of Dermatology**, v. 13, n. 1, p. 10-15, 2003.

PÔRTO, Ângela; PONTES, Carlos Fidelis. Vacinas e campanhas: imagens de uma história a ser contada. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 10, n. 2, p. 725-742, 2003.

PORTO, Dora. Bioética de intervenção nos tempos da COVID-19. In: DADALTO, Luciana (Coord.). **Bioética e COVID-19**. 2. ed. Indaiatuba, SP: Foco, 2021. p. 13-19. ISBN: 978-65-5515-175-6.

PORTO, Dora. Bioética de intervenção: retrospectiva de uma utopia. In: PORTO, Dora; GARRAFA, Volnei; MARTINZ, Gerson Zafalon; BARBOSA, Swendenberger do Nascimento (Org.). **Bioética, poderes e injustiças: 10 anos depois**. Brasília: CFM, 2012.

PORTO, Dora; GARRAFA, Volnei. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. **Revista Bioética**, v. 13, n. 1, p. 111-123, 2005.

POSSAS, Cristina de Albuquerque; HOMMA, Akira; RISI JR., João Baptista; HO, Paulo Lee; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos; FREIRE, Marcos da Silva; LEAL, Maria da Luz Fernandes. Vacinas e vacinações no Brasil: agenda 2030 na perspectiva do desenvolvimento sustentável. In: HOMMA, Akira; POSSAS, Cristina de Albuquerque; NORONHA, José Carvalho; GADELHA, Paulo (Org.). **Vacinas e vacinação no Brasil: horizontes para os próximos 20 anos**. Rio de Janeiro: Edições Livres, 2020. Disponível pela World Wide Web:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/45003/2/Livro%20Vacinas%20no%20Brasil-1.pdf> . ISBN: 978-65-87663-01-2

POTTER, Van Rensselaer. **Bioethics**: bridge to the future. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1971.

POTTER, Van Rensselaer. Bioethics: the science of survival. **Perspectives in biology and medicine**, Johns Hopkins University, v. 14, n. 1, p. 127-153, Autumn 1970.

POTTER, Van Rensselaer. **Bioética global**: Construindo a partir do legado de Leopold. Trad. de Cecília Camargo Bartalotti. São Paulo: Loyola, 2018.

PRECONCEITO. In: **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. Versão 1.0.10, março 2006. 1 CD ROM

QUAMMEN, David. **Sem fôlego**: a corrida científica para derrotar um vírus mortal. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

QUIJANO, Anibal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (Org.). **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: Clacso, 2005. p. 107-130.

QUIJANO, Aníbal. **Ensayos en torno a la colonialidade del poder**. Buenos Aires: Del Signo, 2019.

RABENHORST, Eduardo Ramalho. Justiça. In: BARRETTO, Vicente de Paulo (Coord.). **Dicionário de filosofia do direito**. São Leopoldo: Unisino, 2009. p. 493-495.

RAWLS, John. Justiça como equidade: uma concepção política, não metafísica. **Lua Nova**, v. 25, Apresentação, abr. 1992. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451992000100003>

RAWLS, John. **Justiça como equidade**: uma reformulação. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

RAWLS, John. Justice as fairness: political not metaphysical. **Philosophy and Medical Affairs**, v. 14, n. 3, p. 223-251, 1985.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. Trad. Jussara Simões. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

REDAÇÃO PRAGMATISMO. Assessora de Paulo Guedes comemorou morte de idosos por COVID-19. **Pragmatismo**, 27 maio 2020. Disponível em: <https://www.pragmatismopolitico.com.br/2020/05/assessora-de-paulo-guedes-solange-vieira-coronavirus.html>

REDAÇÃO REDE BRASIL ATUAL. STF tem a maioria em decisão que permite a Estados e Municípios comprar vacinas. **Brasil de Fato**, 23 fev. 2021. Disponível em:

<https://www.brasildefato.com.br/2021/02/23/stf-tem-maioria-em-decisao-que-permite-a-estados-e-municipios-comprar-vacinas>

REICH, Warren Thomas. Bioethics. In: REICH, Warren Thomas (Ed.). **Encyclopedia of Bioethics**. New York: Free Press-Macmillan, 1978. p. 116.

REICH, Warren Thomas. The word 'Bioethics': its birth and the legacies of those who shaped it. **Kennedy Institute of Ethics Journal**, v. 4, n. 4, p. 319-335, 1994.

REVOLTA da vacina. **UOL Escola Kids**, História. 2023. Disponível em: <https://escolakids.uol.com.br/historia/revolta-vacina.htm>

RID, A. Justice and procedure: how does "accountability for reasonableness" result in fair limit-setting decisions? **Journal of Medicine and Ethics**, v. 35, p. 12-16, 2009.

RODRIGUES, Edilson. CPI da COVID: Brasil poderia ter evitado 400 mil mortes. **Correio Braziliense**, 24 jun. 2021. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2021/06/4933619-400-mil-mortes-que-poderiam-ser-evitadas.html>

ROGERS, Katie; MANDAVILLE, Apoorva. Trump administration signals formal withdrawal from W.H.O. **The New York Times**, 8 July 2020. Disponível em: <https://www.nytimes.com/search?query=Trump+Administration+Signals+Formal+Withdrawal+From+W.H.O.>

ROSA, Samuel Santos da; BARROS, Thiago Henrique Bragato; LAIPELT, Rita do Carmo Ferreira. O discurso antivacina no ontem e no hoje: a Revolta da Vacina e a pandemia da COVID-19, uma abordagem a partir da análise do discurso. **Revista Eletrônica De Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 17, n. 3, 2023. Disponível em <https://doi.org/10.29397/reciis.v17i3.3774>

ROTHBARTH, Renata. **Vacinação, direito ou dever**: a emergência de um paradoxo sanitário e suas consequências para a saúde pública. 2018. 149 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

R7-INTERNACIONAL. **Pompeu diz que EUA podem não retomar financiamento à OMS**. 24 abr. 2020. Disponível em: <https://noticias.r7.com/internacional/pompeo-diz-que-eua-podem-nao-retomar-financiamento-a-oms-24042020>

SALLES, Alvaro Angelo. **Bioética e meio ambiente**: da matança de animais à destruição de um planeta. Belo Horizonte: Mazza, 2009. ISBN 978-85-7160-476-6.

SALMON, Daniel A.; TERET, Stephen P.; MacINTYRE, C. Raina; SALISBURY, David; BURGESS, Margaret A.; HALSEY, Neal A. Compulsory vaccination and conscientious or philosophical exemptions: past, present, and future. **Lancet**, v. 367, n. 9508, p. 436-442, Feb. 4, 2006. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68144-0. PMID: 16458770.

SALVADOR, Thaís; SAMPAIO, Hebert; PALHARES, Dario. Análise textual da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. **Bioética**, v. 26, n. 4, p. 523-529, 2018.

SANCHES, Mariana. Bolsonaro não precisou de registro de vacina para ir aos Estados Unidos. **BBC News Brasil**, 3 maio 2023. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/ckrk785vp41o>

SANTOS, Joel Rufino dos. **O que é racismo**. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1984. Coleção Primeiros Passos.

SATO, Ana Paula Sayuri. National immunization program: computerized system as a tool for new challenges. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 39, July 10, 2015.

SCHRAMM, Fermin Roland. A bioética da proteção em saúde pública. In: FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone (Org.). **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2003. p.71-84.

SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética sem universalidade? Justificação de uma bioética latino-americana e caribenha de proteção. In: GARRAFA, Volnei; KOTTOW, Miguel; SAADA, Alya (Org.). **Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano**. Trad. Luciana Moreira Pudenzi, Nicolás Nyimi Campanário. São Paulo: Gaia, 2006. p. 143-162. ISBN: 85-7555-077-2.

SCHRAMM, Fermin Roland; KOTTOW, Miguel. Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 949-956, 2001. DOI: 10.1590/S0102-311X2001000400029

SCHWARCZ, Lilia M.; STARLING, Heloisa M. **A bailarina da morte: a gripe espanhola no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

SCHWEITZER, Albert. The problem of peace. In: HABERMAN, Frederick W. (Edit.) **Nobel lectures: Peace 1951-1970**. Amsterdam: Elsevier, 1972. Disponível em <<http://nobelprize.org>>. Discurso proferido em novembro de 1954.

SEGATA, Jean; BECK, Luiza; MUCCILLO, Luísa; LAZZARIN, Giovana. COVID-19, a indústria da carne e outras doenças do Capitalismo. In: MATTA, Gustavo Corrêa; SOUTO, Ester Paiva; REGO, Sergio; SEGATA, Jean (Org.). **Os impactos sociais da COVID-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. Rio de Janeiro: Observatório COVID 19 - FIOCRUZ, 2021. p. 73-81. Série Informação para Ação na COVID-19. ISBN: 978-65-5708-032-0. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080320>

SEGREGAÇÃO. In: **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. Versão 1.0.10, março 2006. 1 CD ROM

SELLI, Lucilda; GARRAFA, Volnei. Bioética, solidariedade e voluntariado orgânico. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 473-478, 2005.

SELLI, Lucilda; GARRAFA, Volnei. Solidariedade crítica e voluntariado orgânico: outra possibilidade de intervenção societária. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 13, n. 2, p. 239-251, abr.-jun. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Tt54thy6dJNJt4Jp6x9rJ6s/?lang=pt&format=pdf>

SÉMELIN, Jacques. **Purificar e destruir**. São Paulo: Difel, 2009.

SGANZERLA, Anor; ROHREGGER, Roberto. Prudência: a virtude da bioética na civilização tecnológica. **Thaumazein**, Santa Maria, v. 10, n. 19, p. 67-74, ano VII, 2017. ISSN 1982-2103.

SHAW, Malcom N. **International law**. 6th edition. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.

SILVA Cláudio Henrique da. **Virtudes e vícios em Aristóteles e Tomás de Aquino**: oposição e prudência. Campinas: Boletim do CPA. v. 5/6, p. 129-140, 1998.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 37 ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

SILVA, Leonardo Eustáquio Sant'Anna da; DRUMMOND, Adriano; GARRAFA, Volnei. Bioética de intervenção: uma prática politizada na responsabilidade social. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 111-119, jul./dez. 2011. Doi: 10.5102/ucs.v9i2.1510.

SMITH, D. Trump halts World Health Organization funding over coronavirus "failure". **The Guardian**, April 15th 2020. Disponível em: <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/14/coronavirus-trump-halts-funding-to-world-health-organization>

SMITH, Peter. Concepts of herd protection and immunity. **Procedia in Vaccinology**, v. 2, n. 2, p. 134-139, 2010.

SOY, Anne. Coronavírus: por que países da África podem esperar meses para iniciar vacinação contra a covid-19. **BBC News Brasil**, 27 jan. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-55811435>

STERN, Fábio L. As interpretações religiosas para o novo vírus. In: PASSOS, João Décio (Org.). **A pandemia do coronavírus**: onde estivemos? para onde vamos? São Paulo: Paulinas, 2020. p. 151-167.

SZANIAWESKI, Eliamar. **Direitos de personalidade e sua tutela**. 2. ed. São Paulo: RT, 2005.

TORRES, Ricardo Lobo. Direitos fundamentais. In: BARRETO, Vicente de Paula (Coord.). **Dicionário de filosofia do direito**. São Leopoldo: Unisinos, 2009.

TORRES, T. **La campagne sanitaire au Brésil**. Paris: Société Générale d'Impression, 1913.

TRUMP slammed the W.H.O. over coronavirus – he’s not alone. **The New York Times**, April 8th 2020. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2020/04/08/world/asia/trump-who-coronavirus-china.html>

UJVARI, Stefan Cunha. **História das epidemias**. São Paulo: Contexto, 2020.

UNESCO-DUBDH – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA – **Declaração Universal sobre bioética e direitos humanos**. Tradução e revisão final sob a responsabilidade da Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília (UnB) e da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Tradução: Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado. Revisão: Volnei Garrafa. Out. 2005. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_univ\\_bioetica\\_dir\\_hum.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf)

UNESCO-UNESDOC – THE UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION. Biblioteca Digital. **The precautionary principle**. Unesco-Unesdoc, 2005. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139578>

UNICEF – FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Unicef para cada criança. **1,6 milhão de crianças não receberam nenhuma dose da vacina DTP ao longo de três anos no Brasil, alerta Unicef**. 20 abr. 2023a. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/1-virgula-6-milhao-de-criancas-nao-receberam-nenhuma-vacina-dtp-ao-longo-de-tres-anos-no-brasil>

UNICEF – THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Immunization summary 2010**. Disponível em: [http://www.childinfo.org/files/immunization\\_summary\\_en.pdf](http://www.childinfo.org/files/immunization_summary_en.pdf)

UNICEF – THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. Unicef for every child. **The state of the world's Children 2023**: for every child, vaccination. April 20th 2023b. Disponível em: <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2023>

UOL SAÚDE. **Igreja é investigada por anunciar imunização contra coronavírus em Porto Alegre**. 3 mar. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/afp/2020/03/03/igreja-e-investigada-por-anunciar-imunizacao-contra-coronavirus-em-porto-alegre.htm>

USP - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS-WHO) – 1946**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>

VEIGA, Edison. O que foi a Revolta da Vacina e quais as suas semelhanças com o mundo de 2020. **Tab Uol**, Seção Tá Explicado. 22 ago. 2020. Disponível em: <https://tab.uol.com.br/noticias/redacao/2020/08/22/o-que-foi-a-revolta-da-vacina-e-quais-suas-semelhanças-com-o-mundo-de-2020.htm>

VITORIO, Tamires. Falta de verba e burocracias: o que atrasa o desenvolvimento de uma vacina brasileira contra a COVID-19? **Exame**, 14 jan. 2021. Disponível em:

<https://exame.com/ciencia/falta-de-verba-e-burocracias-o-que-atrasa-o-desenvolvimento-de-uma-vacina-brasileira-contr-a-covid-19/>.

WALLACE, Rob. **Pandemia e agro-negócio**: doenças infecciosas, Capitalismo e ciência. São Paulo: Elefante, 2020.

WALSH, Catherine. Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado. **Tabula Rasa**, v. 9, p. 131-152, 2008.

WANG, Bing. **Princípios de medicina interna do Imperador Amarelo**. São Paulo: Ícone, 2001. Trad. José Ricardo Amaral de Souza. ISBN 85-274-0626-8.

WEED, Dougla L. Precaution, prevention, and public health ethics. **Journal of Medicine and Philosophy**. v. 29, n. 3, p. 313-332, 2004. DOI: [10.1080/03605310490500527](https://doi.org/10.1080/03605310490500527)

WHO-OPAS – WORLD HEALTH ORGANIZATION - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Ações críticas para preparação, prontidão e resposta à COVID-19**. 2020. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52210/OPASWBRACOVID1920067\\_p or.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52210/OPASWBRACOVID1920067_p or.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Anniversary of smallpox eradication**. Genebra, May 8th 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/05/08/default-calendar/commemorating-the-40th-anniversary-of-smallpox-eradication>

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constituição da Organização Mundial de Saúde – OMS-WHO, 1948**. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da USP, 2020. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Contribuidores**. 2019. Disponível em: <http://open.who.int/2018-19/contributors/contributor>

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **COVID-19**. Diretrizes de planejamento operacional e plataforma de parceiros para apoiar a preparação e a resposta do país à COVID-19. 2020. Disponível em: <https://openwho.org/courses/UNCT-COVID19-preparacao-e-resposta-PT?locale=pt-BR>

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **History**. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/about/who-we-are/history>

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11**: Implementation or Transition Guide. 2019. Disponível em: [https://icd.who.int/docs/ICD-11%20Implementation%20or%20Transition%20Guide\\_v105.pdf](https://icd.who.int/docs/ICD-11%20Implementation%20or%20Transition%20Guide_v105.pdf)

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Newsletter 2021**. Disponível em: <https://www.who.int/about/partnerships/expert-advisory-panels-and-committees>

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Pandemia de doença por coronavírus (COVID-19) / Orientação técnica**. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sobre quem**. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/about>

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Social stigma associated with Covid-19: a guide to preventing and addressing social stigma**. 2020. Disponível em: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid19-stigma-guide.pdf?sfvrsn=226180f4\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid19-stigma-guide.pdf?sfvrsn=226180f4_2)

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Stakeholders, partes interessadas**. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/about/who-we-are/stakeholders>

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Vaccine hesitancy: a growing challenge for immunization programmes**. August 18th 2015. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/18-08-2015-vaccine-hesitancy-a-growing-challenge-for-immunization-programmes>

YANG, Pingping. **Promising practices for pandemic planning: agencies build partnerships to dispense emergency medications**. Cidrap - Center for Infectious Disease Research and Policy, April 6, 2009. Disponível em: <https://www.cidrap.umn.edu/search?keywords=MEDICATIONS>

ZANELLA, Diego Carlos. Humanidades e ciência: uma leitura a partir da bioética de Van Rensselaer (V. R.) Potter. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 22, n. 65, p. 473-480, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622016.0914. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KMG8Dc6tmhdYdtWTwy88jPP/?lang=pt>

ZANELLA, Diego Carlos; SGANZERLA, Anor; PESSINI, Leoci (*in memoriam*). A bioética global de V. R. Potter. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. 22, 2019, Resenha 2019, 22:e02081, p. 1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/asoc/a/4fprx7pMp9jskL9xMYSsWbd/?format=pdf&lang=pt>

ZINSSER, H. **Rats, lice and history**. New York: Black Dog & Leventhal Publishers, 1935.

## ANEXO

### **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos – DUBDH Unesco – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura**

**Tradução e revisão final sob a responsabilidade da Cátedra Unesco de Bioética  
da Universidade de Brasília (UnB) e da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB)**

**Tradução: Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado.**

**Revisão: Volnei Garrafa.**

**Out. 2005.**

**Disponível em:**

**[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_univ\\_bioetica\\_dir\\_hum.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf)**

#### **Apresentação**

Entre os dias 6 e 8 de abril e, posteriormente, entre 20 e 24 de junho de 2005, foram realizadas em Paris, França, na sede da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura - UNESCO, respectivamente, a Primeira e Segunda Reunião dos Peritos Governamentais de diferentes países membros daquele organismo para definir o texto final da futura Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. O Brasil foi representado pela Delegação oficial do país na UNESCO chefiada pelo Embaixador Antonio Augusto Dayrell de Lima, secundado pelo Ministro Luiz Alberto Figueiredo Machado e pelo Secretário Álvaro Luiz Vereda de Oliveira. Na ocasião, tive a honra de assessorar a representação brasileira como Delegado Oficial no Evento, designado pelo Presidente da República por meio de ato oficial.

Estas reuniões contaram com a participação de mais de 90 países e se caracterizaram, desde o início, por um grande divisor de posições entre os países ricos e pobres. As nações desenvolvidas, defendiam um documento que restringisse a bioética aos tópicos **biomédico** e **biotecnológicos**. O Brasil teve papel decisivo na ampliação do texto para os campos **sanitário**, **social** e **ambiental**. Com o apoio inestimável de todas as demais delegações latino-americanas presentes, secundadas pelos países africanos e pela Índia, o teor final da Declaração pode ser considerado como uma grande vitória das nações em desenvolvimento. Essa minuta da Declaração, cuidadosamente construída pelos países-membro das Nações Unidas foi, posteriormente, em 19 de outubro de 2005, levado à 33ª Sessão da Conferência Geral da UNESCO realizada também em Paris, onde foi aprovada por aclamação pela unanimidade dos 191 países componentes da Organização.

Pelo conteúdo da Declaração se pode perceber com clareza o acerto da bioética brasileira, por meio das ações desenvolvidas nos últimos anos pela SBB, quando a entidade decidiu aproximar decisivamente suas ações ao campo da saúde pública e à agenda social. A definição do tema oficial do Sexto Congresso Mundial de Bioética, realizado em Brasília, em 2002, já prenunciava uma significativa ampliação conceitual para a disciplina: *Bioética, Poder e Injustiça*.

O teor da Declaração muda profundamente agenda da bioética do Século XXI, democratizando-a e tornando-a mais aplicada e comprometida com as populações vulneráveis, as mais necessitadas. O Brasil e a América Latina mostraram ao mundo uma participação acadêmica, atualizada e ao mesmo tempo militante nos temas da bioética, com resultados práticos e concretos, como é o caso da presente Declaração, mais um instrumento à disposição da democracia no sentido do aperfeiçoamento da cidadania e dos direitos humanos universais.

**Volnei Garrafa**  
**Professor titular e coordenador da**  
**Cátedra UNESCO de Bioética da UnB**

## DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS <sup>1</sup>

Tradução e revisão final sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília (UnB) e da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB).

Tradução: Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado Revisão: Volnei Garrafa

A Conferência Geral,

**Consciente** da capacidade única dos seres humanos de refletir sobre sua própria existência e sobre o seu meio ambiente; de perceber a injustiça; de evitar o perigo; de assumir responsabilidade; de buscar cooperação e de demonstrar o sentido moral que dá expressão a princípios éticos,

**Refletindo** sobre os rápidos avanços na ciência e na tecnologia, que progressivamente afetam nossa compreensão da vida e a vida em si, resultando em uma forte exigência de uma resposta global para as implicações éticas de tais desenvolvimentos,

**Reconhecendo** que questões éticas suscitadas pelos rápidos avanços na ciência e suas aplicações tecnológicas devem ser examinadas com o devido respeito à dignidade da pessoa humana e no cumprimento e respeito universais pelos direitos humanos e liberdades fundamentais,

**Deliberando** ser necessário e oportuno que a comunidade internacional declare princípios universais que proporcionarão uma base para a resposta da humanidade aos sempre crescentes dilemas e controvérsias que a ciência e a tecnologia apresentam à espécie humana e ao meio ambiente,

**Recordando** a Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 10 de Dezembro de 1948, a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos, adotada pela Conferência Geral da UNESCO, em 11 de Novembro de 1997 e a Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos, adotada pela Conferência Geral da UNESCO em 16 de Outubro de 2003,

**Recordando** o Pacto Internacional das Nações Unidas sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, de 16 de Dezembro de 1966, a Convenção Internacional das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, de 21 de Dezembro de 1965, a Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, de 18 de Dezembro de 1979, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, de 20 de Novembro de 1989, a Convenção das Nações Unidas sobre a Diversidade Biológica, de 5 de Junho de 1992, os Parâmetros Normativos sobre a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Incapacidades, adotados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1993, a Convenção de OIT (n.º 169) referente a Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes, de 27 de Junho de 1989, o Tratado Internacional sobre Recursos Genéticos Vegetais para a Alimentação e a Agricultura, adotado pela Conferência da FAO em 3 de Novembro de 2001 e que entrou em vigor em 29 de Junho de 2004, a Recomendação da UNESCO sobre a Importância dos Pesquisadores Científicos, de 20 de Novembro de 1974, a Declaração da UNESCO sobre Raça e Preconceito Racial, de 27 de Novembro de

---

<sup>1</sup> Adotada por aclamação em 19 de outubro de 2005 pela 33ª. Sessão da Conferência Geral da UNESCO

1978, a Declaração da UNESCO sobre as Responsabilidades das Gerações Presentes para com as Gerações Futuras, de 12 de Novembro de 1997, a Declaração Universal da UNESCO sobre a Diversidade Cultural, de 2 de Novembro de 2001, o Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS) anexo ao Acordo de Marraqueche, que estabelece a Organização Mundial do Comércio, que entrou em vigor em 1 de Janeiro de 1995, a Declaração de Doha sobre o Acordo de TRIPS e a Saúde Pública, de 14 de Novembro de 2001, e outros instrumentos internacionais relevantes adotados pela Organização das Nações Unidas e pelas agências especializadas do sistema da Organização das Nações Unidas, em particular a Organização para a Alimentação e a Agricultura da Organização das Nações Unidas (FAO) e a Organização Mundial da Saúde (OMS),

**Observando, ainda,** instrumentos internacionais e regionais no campo da bioética, incluindo a Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano com respeito às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre Direitos Humanos e Biomedicina do Conselho da Europa, adotada em 1997 e que entrou em vigor em 1999 e seus protocolos adicionais, bem como legislação e regulamentações nacionais no campo da bioética, códigos internacionais e regionais de conduta, diretrizes e outros textos no campo da bioética, tais como a Declaração de Helsinque, da Associação Médica Mundial, sobre Princípios Éticos para a Pesquisa Biomédica Envolvendo Sujeitos Humanos, adotada em 1964 e emendada em 1975, 1989, 1993, 1996, 2000 e 2002, e as Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos, do Conselho para Organizações Internacionais de Ciências Médicas, adotadas em 1982 e emendadas em 1993 e 2002;

**Reconhecendo** que a presente Declaração deve ser interpretada de modo consistente com a legislação doméstica e o direito internacional, em conformidade com as regras sobre direitos humanos;

**Tendo presente** a Constituição da UNESCO, adotada em 16 de Novembro de 1945,

**Considerando** o papel da UNESCO na identificação de princípios universais baseados em valores éticos compartilhados para o desenvolvimento científico e tecnológico e a transformação social, de modo a identificar os desafios emergentes em ciência e tecnologia, levando em conta a responsabilidade da geração presente para com as gerações futuras e que as questões da bioética, que necessariamente possuem uma dimensão internacional, devem ser tratadas como um todo, inspirando-se nos princípios já estabelecidos pela Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos e pela Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos e levando em conta não somente o atual contexto científico, mas também desenvolvimentos futuros,

**Consciente** de que os seres humanos são parte integrante da biosfera, com um papel importante na proteção um do outro e das demais formas de vida, em particular dos animais,

**Reconhecendo,** com base na liberdade da ciência e da pesquisa, que os desenvolvimentos científicos e tecnológicos têm sido e podem ser de grande benefício para a humanidade *inter alia* no aumento da expectativa e na melhoria da qualidade de vida, e enfatizando que tais desenvolvimentos devem sempre buscar promover o bem-estar dos indivíduos, famílias, grupos ou comunidades e da humanidade como um todo no reconhecimento da dignidade da pessoa humana e no respeito universal e observância dos direitos humanos e das liberdades fundamentais,

**Reconhecendo** que a saúde não depende unicamente dos desenvolvimentos decorrentes das pesquisas científicas e tecnológicas, mas também de fatores psico-sociais e culturais,

**Reconhecendo, ainda,** que decisões sobre questões éticas na medicina, nas ciências da vida e nas tecnologias associadas podem ter impacto sobre indivíduos, famílias, grupos ou comunidades e sobre a humanidade como um todo,

**Tendo presente** que a diversidade cultural, como fonte de intercâmbio, inovação e criatividade, é necessária aos seres humanos e, nesse sentido, constitui patrimônio comum da humanidade, enfatizando, contudo, que esta não pode ser invocada à custa dos direitos humanos e das liberdades fundamentais,

**Tendo igualmente presente** que a identidade de um indivíduo inclui dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais,

**Reconhecendo** que condutas científicas e tecnológicas antiéticas já produziram impacto específico em comunidades indígenas e locais,

**Convencida** de que a sensibilidade moral e a reflexão ética devem ser parte integrante do processo de desenvolvimento científico e tecnológico e de que a bioética deve desempenhar um papel predominante nas escolhas que precisam ser feitas sobre as questões que emergem de tal desenvolvimento,

**Considerando** o desejo de desenvolver novos enfoques relacionados à responsabilidade social de modo a assegurar que o progresso da ciência e da tecnologia contribua para a justiça, a equidade e para o interesse da humanidade,

**Reconhecendo** que conceder atenção à posição das mulheres é uma forma importante de avaliar as realidades sociais e alcançar equidade,

**Dando ênfase** à necessidade de reforçar a cooperação internacional no campo da bioética, levando particularmente em consideração as necessidades específicas dos países em desenvolvimento, das comunidades indígenas e das populações vulneráveis,

**Considerando** que todos os seres humanos, sem distinção, devem se beneficiar dos mesmos elevados padrões éticos na medicina e nas pesquisas em ciências da vida,

**Proclama** os princípios a seguir e **adota** a presente Declaração.

## DISPOSIÇÕES GERAIS

### Artigo 1 – Escopo

- a)** A Declaração trata das questões éticas relacionadas à medicina, às ciências da vida e às tecnologias associadas quando aplicadas aos seres humanos, levando em conta suas dimensões sociais, legais e ambientais.
- b)** A presente Declaração é dirigida aos Estados. Quando apropriado e pertinente, ela também oferece orientação para decisões ou práticas de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas públicas e privadas.

### Artigo 2 – Objetivos

Os objetivos desta Declaração são:

- (i)** prover uma estrutura universal de princípios e procedimentos para orientar os Estados na formulação de sua legislação, políticas ou outros instrumentos no campo da bioética;
- (ii)** orientar as ações de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas públicas e privadas;
- (iii)** promover o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, assegurando o respeito pela vida dos seres humanos e pelas liberdades fundamentais, de forma consistente com a legislação internacional de direitos humanos;
- (iv)** reconhecer a importância da liberdade da pesquisa científica e os benefícios resultantes dos desenvolvimentos científicos e tecnológicos, evidenciando, ao mesmo tempo, a necessidade de que tais pesquisas e desenvolvimentos ocorram conforme os princípios éticos dispostos nesta Declaração e respeitem a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais;
- (v)** promover o diálogo multidisciplinar e pluralístico sobre questões bioéticas entre todos os interessados e na sociedade como um todo;
- (vi)** promover o acesso equitativo aos desenvolvimentos médicos, científicos e tecnológicos, assim como a maior difusão possível e o rápido compartilhamento de conhecimento relativo a tais desenvolvimentos e a participação nos benefícios, com particular atenção às necessidades de países em desenvolvimento;
- (vii)** salvaguardar e promover os interesses das gerações presentes e futuras; e
- (viii)** ressaltar a importância da biodiversidade e sua conservação como uma preocupação comum da humanidade.

## PRINCÍPIOS

Conforme a presente Declaração, nas decisões tomadas ou práticas desenvolvidas por aqueles a quem ela é dirigida, devem ser respeitados os princípios a seguir.

### Artigo 3 – Dignidade Humana e Direitos Humanos

- a)** A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade.
- b)** Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade.

### Artigo 4 – Benefício e Dano

Os benefícios diretos e indiretos a pacientes, sujeitos de pesquisa e outros indivíduos afetados devem ser maximizados e qualquer dano possível a tais indivíduos deve ser minimizado, quando se trate da aplicação e do avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e tecnologias associadas.

## Artigo 5 – Autonomia e Responsabilidade Individual

Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia.

## Artigo 6 – Consentimento

- a)** Qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e poder ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito.
- b)** A pesquisa científica só deve ser realizada com o prévio, livre, expresso e esclarecido consentimento do indivíduo envolvido. A informação deve ser adequada, fornecida de uma forma compreensível e incluir os procedimentos para a retirada do consentimento. O consentimento pode ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer hora e por qualquer razão, sem acarretar qualquer desvantagem ou preconceito. Exceções a este princípio somente devem ocorrer quando em conformidade com os padrões éticos e legais adotados pelos Estados, consistentes com as provisões da presente Declaração, particularmente com o Artigo 27 e com os direitos humanos.
- c)** Em casos específicos de pesquisas desenvolvidas em um grupo de indivíduos ou comunidade, um consentimento adicional dos representantes legais do grupo ou comunidade envolvida pode ser buscado. Em nenhum caso, o consentimento coletivo da comunidade ou o consentimento de um líder da comunidade ou outra autoridade deve substituir o consentimento informado individual.

## Artigo 7 – Indivíduos sem a Capacidade para Consentir

Em conformidade com a legislação, proteção especial deve ser dada a indivíduos sem a capacidade para fornecer consentimento:

- a)** a autorização para pesquisa e prática médica deve ser obtida no melhor interesse do indivíduo envolvido e de acordo com a legislação nacional. Não obstante, o indivíduo afetado deve ser envolvido, na medida do possível, tanto no processo de decisão sobre consentimento assim como sua retirada;
- b)** a pesquisa só deve ser realizada para o benefício direto à saúde do indivíduo envolvido, estando sujeita à autorização e às condições de proteção prescritas pela legislação e caso não haja nenhuma alternativa de pesquisa de eficácia comparável que possa incluir sujeitos de pesquisa com capacidade para fornecer consentimento. Pesquisas sem potencial benefício direto à saúde só devem ser realizadas excepcionalmente, com a maior restrição, expondo o indivíduo apenas a risco e desconforto mínimos e quando se espera que a pesquisa contribua com o benefício à saúde de outros indivíduos na mesma categoria, sendo sujeitas às condições prescritas por lei e compatíveis com a proteção dos direitos humanos do indivíduo. A recusa de tais indivíduos em participar de pesquisas deve ser respeitada.

## Artigo 8 – Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual

A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de

vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada.

#### Artigo 9 – Privacidade e Confidencialidade

A privacidade dos indivíduos envolvidos e a confidencialidade de suas informações devem ser respeitadas. Com esforço máximo possível de proteção, tais informações não devem ser usadas ou reveladas para outros propósitos que não aqueles para os quais foram coletadas ou consentidas, em consonância com o direito internacional, em particular com a legislação internacional sobre direitos humanos.

#### Artigo 10 – Igualdade, Justiça e Equidade

A igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa.

#### Artigo 11 – Não-Discriminação e Não-Estigmatização

Nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais.

#### Artigo 12 – Respeito pela Diversidade Cultural e pelo Pluralismo

A importância da diversidade cultural e do pluralismo deve receber a devida consideração. Todavia, tais considerações não devem ser invocadas para violar a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais nem os princípios dispostos nesta Declaração, ou para limitar seu escopo.

#### Artigo 13 – Solidariedade e Cooperação

A solidariedade entre os seres humanos e cooperação internacional para este fim devem ser estimuladas.

#### Artigo 14 – Responsabilidade Social e Saúde

- a)** A promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade.
- b)** Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar:
  - (i)** o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano;
  - (ii)** o acesso a nutrição adequada e água de boa qualidade;
  - (iii)** a melhoria das condições de vida e do meio ambiente;
  - (iv)** a eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo; e
  - (v)** a redução da pobreza e do analfabetismo.

## Artigo 15 – Compartilhamento de Benefícios

- a)** Os benefícios resultantes de qualquer pesquisa científica e suas aplicações devem ser compartilhados com a sociedade como um todo e, no âmbito da comunidade internacional, em especial com países em desenvolvimento. Para dar efeito a esse princípio, os benefícios podem assumir quaisquer das seguintes formas:
- (i)** ajuda especial e sustentável e reconhecimento aos indivíduos e grupos que tenham participado de uma pesquisa;
  - (ii)** acesso a cuidados de saúde de qualidade;
  - (iii)** oferta de novas modalidades diagnósticas e terapêuticas ou de produtos resultantes da pesquisa;
  - (iv)** apoio a serviços de saúde;
  - (v)** acesso ao conhecimento científico e tecnológico;
  - (vi)** facilidades para geração de capacidade em pesquisa; e
  - (vii)** outras formas de benefício coerentes com os princípios dispostos na presente Declaração.
- b)** Os benefícios não devem constituir indução inadequada para estimular a participação em pesquisa.

## Artigo 16 – Proteção das Gerações Futuras

O impacto das ciências da vida sobre gerações futuras, incluindo sobre sua constituição genética, deve ser devidamente considerado.

## Artigo 17 – Proteção do Meio Ambiente, da Biosfera e da Biodiversidade

Devida atenção deve ser dada à inter-relação de seres humanos com outras formas de vida, à importância do acesso e utilização adequada de recursos biológicos e genéticos, ao respeito pelo conhecimento tradicional e ao papel dos seres humanos na proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade.

### **APLICAÇÃO DOS PRINCÍPIOS**

## Artigo 18 – Tomada de Decisão e o Tratamento de Questões Bioéticas

- a)** Devem ser promovidos o profissionalismo, a honestidade, a integridade e a transparência na tomada de decisões, em particular na explicitação de todos os conflitos de interesse e no devido compartilhamento do conhecimento. Todo esforço deve ser feito para a utilização do melhor conhecimento científico e metodologia disponíveis no tratamento e constante revisão das questões bioéticas.
- b)** Os indivíduos e profissionais envolvidos e a sociedade como um todo devem estar incluídos regularmente num processo comum de diálogo.
- c)** Deve-se promover oportunidades para o debate público pluralista, buscando-se a manifestação de todas as opiniões relevantes.

### Artigo 19 – Comitês de Ética

Comitês de ética independentes, multidisciplinares e pluralistas devem ser instituídos, mantidos e apoiados em nível adequado com o fim de:

- (i)** avaliar questões éticas, legais, científicas e sociais relevantes relacionadas a projetos de pesquisa envolvendo seres humanos;
- (ii)** prestar aconselhamento sobre problemas éticos em situações clínicas;
- (iii)** avaliar os desenvolvimentos científicos e tecnológicos, formular recomendações e contribuir para a elaboração de diretrizes sobre temas inseridos no âmbito da presente Declaração; e
- (iv)** promover o debate, a educação, a conscientização do público e o engajamento com a bioética.

### Artigo 20 – Avaliação e Gerenciamento de Riscos

Deve-se promover a avaliação e o gerenciamento adequado de riscos relacionados à medicina, às ciências da vida e às tecnologias associadas.

### Artigo 21 – Práticas Transnacionais

- a)** Os Estados, as instituições públicas e privadas, e os profissionais associados a atividades transnacionais devem empreender esforços para assegurar que qualquer atividade no escopo da presente Declaração que seja desenvolvida, financiada ou conduzida de algum modo, no todo ou em parte, em diferentes Estados, seja coerente com os princípios da presente Declaração.

- b)** Quando a pesquisa for empreendida ou conduzida em um ou mais Estados [Estado(s) hospedeiro(s)] e financiada por fonte de outro Estado, tal pesquisa deve ser objeto de um nível adequado de revisão ética no(s) Estado(s) hospedeiro(s) e no Estado no qual o financiador está localizado. Esta revisão deve ser baseada em padrões éticos e legais consistentes com os princípios estabelecidos na presente Declaração.
- c)** Pesquisa transnacional em saúde deve responder às necessidades dos países hospedeiros e deve ser reconhecida sua importância na contribuição para a redução de problemas de saúde globais urgentes.
- d)** Na negociação de acordos para pesquisa, devem ser estabelecidos os termos da colaboração e a concordância sobre os benefícios da pesquisa com igual participação de todas as partes na negociação.
- e)** Os Estados devem tomar medidas adequadas, em níveis nacional e internacional, para combater o bioterrorismo e o tráfico ilícito de órgãos, tecidos, amostras, recursos genéticos e materiais genéticos.

## **PROMOÇÃO DA DECLARAÇÃO**

### Artigo 22 – Papel dos Estados

- a)** Os Estados devem tomar todas as medidas adequadas de caráter legislativo, administrativo ou de qualquer outra natureza, de modo a implementar os princípios estabelecidos na presente Declaração e em conformidade com o direito internacional e com os direitos humanos. Tais medidas devem ser apoiadas por ações nas esferas da educação, formação e informação ao público.
- b)** Os Estados devem estimular o estabelecimento de comitês de ética independentes, multidisciplinares e pluralistas, conforme o disposto no Artigo 19.

### Artigo 23 – Informação, Formação e Educação em Bioética

- a)** De modo a promover os princípios estabelecidos na presente Declaração e alcançar uma melhor compreensão das implicações éticas dos avanços científicos e tecnológicos, em especial para os jovens, os Estados devem envidar esforços para promover a formação e educação em bioética em todos os níveis, bem como estimular programas de disseminação de informação e conhecimento sobre bioética.
- b)** Os Estados devem estimular a participação de organizações intergovernamentais, internacionais e regionais e de organizações não governamentais internacionais, regionais e nacionais neste esforço.

### Artigo 24 – Cooperação Internacional

- a)** Os Estados devem promover a disseminação internacional da informação científica e estimular a livre circulação e o compartilhamento do conhecimento científico e tecnológico.
- b)** Ao abrigo da cooperação internacional, os Estados devem promover a cooperação cultural e científica e estabelecer acordos bilaterais e multilaterais que possibilitem aos países em desenvolvimento construir capacidade de participação na geração e compartilhamento do conhecimento científico, do *know-how* relacionado e dos benefícios decorrentes.

- c) Os Estados devem respeitar e promover a solidariedade entre Estados, bem como entre indivíduos, famílias, grupos e comunidades, com atenção especial para aqueles tornados vulneráveis por doença ou incapacidade ou por outras condições individuais, sociais ou ambientais e aqueles indivíduos com maior limitação de recursos.

#### Artigo 25 – Ação de Acompanhamento pela UNESCO

- a) A UNESCO promoverá e disseminará os princípios da presente Declaração. Para tanto, a UNESCO buscará apoio e assistência do Comitê Intergovernamental de Bioética (IGBC) e do Comitê Internacional de Bioética (IBC).
- b) A UNESCO reafirmará seu compromisso em tratar de bioética e em promover a colaboração entre o IGBC e o IBC.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

#### Artigo 26 – Inter-relação e Complementaridade dos Princípios

A presente Declaração deve ser considerada em sua totalidade e seus princípios devem ser compreendidos como complementares e inter-relacionados. Cada princípio deve ser interpretado no contexto dos demais, de forma pertinente e adequada a cada circunstância.

#### Artigo 27 – Limitações à Aplicação dos Princípios

Se a aplicação dos princípios da presente Declaração tiver que ser limitada, tal limitação deve ocorrer em conformidade com a legislação, incluindo a legislação referente aos interesses de segurança pública para a investigação, constatação e acusação por crimes, para a proteção da saúde pública ou para a proteção dos direitos e liberdades de terceiros. Quaisquer dessas legislações devem ser consistentes com a legislação internacional sobre direitos humanos.

#### Artigo 28 – Recusa a Atos Contrários aos Direitos Humanos, às Liberdades Fundamentais e Dignidade Humana

Nada nesta Declaração pode ser interpretado como podendo ser invocado por qualquer Estado, grupo ou indivíduo, para justificar envolvimento em qualquer atividade ou prática de atos contrários aos direitos humanos, às liberdades fundamentais e à dignidade humana.