

Bioética, cooperação internacional, solidariedade e compartilhamento de benefícios: do HIV/AIDS à COVID-19

Bioética, cooperación internacional, solidaridad y aprovechamiento compartido de beneficios: del HIV/AIDS a la COVID-19

Bioethics, international cooperation, solidarity and benefit sharing: from HIV/AIDS to COVID-19

Volnei Garrafa¹
Monique Pyrrho²

Resumo

O objetivo do trabalho é analisar o direito de acesso aos benefícios do desenvolvimento científico-tecnológico, tendo as vacinas contra a COVID-19 como referência de estudo. O texto se sustenta metodologicamente em artigos da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (DUBDH) que tem relação direta com a situação proposta. O estudo inicia com a apresentação da DUBDH e breve histórico de seus pressupostos básicos. Com base nos Artigos 21 e 24 que tratam respectivamente das Práticas Transnacionais e Cooperação Internacional, a reflexão indica mudanças significativas recentes com relação à *universalidade do acesso à saúde*, substituída nas instâncias da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Banco Mundial pela proposta de *cobertura universal à saúde*, com significado e alcance bastante diversos. A partir do Artigo 13 da DUBDH, que trata da Solidariedade e Cooperação, o texto defende o conceito de *solidariedade cooperativa*, fundamentado na concepção clássica bilateral de solidariedade como ajuda de países poderosos a outros mais necessitados, embora essa possibilidade seja com frequência substituída por situações da chamada *solidariedade exploratória*. Finalmente, com base no Artigo 15, que trata do Compartilhamento de Benefícios – central para o presente estudo – é apresentada uma análise comparativa entre: a) fatos históricos relacionados com a permissão para quebra de patentes no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC) que possibilitaram acesso amplo às terapias antirretrovirais para controle do HIV/AIDS; e b) fatos que passaram a acontecer a partir de 2020 com a pandemia de COVID-19 com relação ao direito do acesso às vacinas.

Palavras-chave

Bioética. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Cooperação Internacional. Solidariedade. Compartilhamento de Benefícios.

Abstract

This paper aims to analyze the right to access the benefits of scientific and technological development, using the vaccines against COVID-19 as a study case. The text is methodologically supported by articles in the UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (DBHR) that have a direct relationship with the proposed situation. The

¹ PhD; Professor Titular, Centro Internacional de Bioética e Humanidades, Programa de Pós-graduação em Bioética/Cátedra Unesco de Bioética, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4656-2485>. E-mail: garrafavolnei@gmail.com

² PhD; Professora Adjunta, Centro Internacional de Bioética e Humanidades, Programa de Pós-graduação em Bioética/Cátedra Unesco de Bioética, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1000-6361>. E-mail: pyrrho.monique@gmail.com

study begins with the presentation of the DUBDH and a brief history of its basic assumptions. Based on Articles 21 and 24, which deal respectively with Transnational Practices and International Cooperation, the reflection indicates recent significant changes in relation to the *universality of access to health*, replaced in the instances of the World Health Organization (WHO) and World Bank for the proposal of *universal health coverage*, with a very different meaning and scope. Based on Article 13 of the DUBDH, which deals with Solidarity and Cooperation, the text defends the concept of *cooperative solidarity*, based on the classic bilateral conception of solidarity as help from rich countries to others most in need, although this possibility is with frequency replaced by situations of the so-called *exploratory solidarity*. Finally, based on Article 15, which deals with Sharing of Benefits – central to the present study – a comparative analysis is presented between: a) historical facts related to the permission to break patents within the scope of the World Trade Organization (WTO) that enabled broad access to antiretroviral therapies to control HIV/AIDS; and b) facts that have happened since 2020 with the COVID-19 pandemic regarding the right of access to vaccines.

Keywords

Bioethics. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. International Cooperation. Solidarity. Sharing of Benefits.

Resumen

El objetivo del trabajo es analizar el derecho de acceso a los beneficios del desarrollo científico y tecnológico, utilizando vacunas contra COVID-19 como referencia del estudio. El texto se apoya metodológicamente en artículos de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (DUBDH) que tienen una relación directa con la situación propuesta. El estudio comienza con la presentación de la DUBDH y un breve histórico de sus supuestos básicos. Con base en los artículos 21 y 24, que tratan respectivamente de Prácticas Transnacionales y Cooperación Internacional, la reflexión señala cambios significativos recientes en relación a la *universalidad de acceso a la salud*, reemplazada en las instancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Banco Mundial por la propuesta de *cobertura universal de salud*, con un significado y alcance muy diferente. Con base en el artículo 13 de la DUBDH, que trata de Solidaridad y Cooperación, el texto defiende el concepto de *solidaridad cooperativa*, partiendo de la clásica concepción bilateral de la solidaridad como ayuda de los países ricos a otros más necesitados, aunque esta posibilidad es sustituida con frecuencia por situaciones de la llamada *solidaridad exploratoria*. Finalmente, con base en el artículo 15, que trata del Aprovechamiento Compartido de los Beneficios – fundamental para el presente estudio – se presenta un análisis comparativo entre: a) hechos históricos relacionados con el permiso para romper patentes en el ámbito de la Organización Mundial del Comercio (OMC) que permitió un amplio acceso a terapias antirretrovirales para controlar el VIH/SIDA; y b) hechos ocurridos desde 2020 con la pandemia de COVID-19 en relación al derecho de acceso a las vacunas.

Palabras clave

Bioética. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Cooperación Internacional. Solidaridad. Aprovechamiento Compartido de los Beneficios.

Introdução

Tomando a bioética como referência teórica, o presente trabalho tem como propósito central discutir o direito de países, comunidades e pessoas de ter acesso aos benefícios do desenvolvimento científico-tecnológico, tendo as vacinas contra a COVID-19 como

referência de estudo. Nesse sentido, o texto toma como base argumentativa central alguns artigos específicos constantes da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (DUBDH) (1) que guardam relação direta com o tema proposto.

A estrutura do trabalho começa com a apresentação da DUBDH, incluindo breve histórico sobre a mesma e seus pressupostos básicos. Em seguida, com base nos seus Artigos 21 e 24 que tratam, respectivamente, das Práticas Transnacionais e da Cooperação Internacional, o estudo adentra na questão da cooperação propriamente dita, mostrando algumas mudanças significativas mais recentes na condução da temática global da universalidade do acesso à saúde, substituída na instância da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Banco Mundial pela proposta de *cobertura universal*, que tem significado e alcance bastante diferentes.

Em sequência, a partir do Artigo 13 da Declaração, que trata da Solidariedade e Cooperação, é apresentado o conceito de *solidariedade cooperativa*, que reforça o conceito clássico de solidariedade como ajuda em contextos de interações bilaterais entre quem proporciona algo e quem recebe, embora essa possibilidade seja com alguma frequência substituída por situações da chamada *solidariedade exploratória*.

Finalmente, com base no Artigo 15 da DUBDH, que trata do Compartilhamento de Benefícios – central para o presente estudo –, é apresentada uma análise comparativa entre: a) fatos históricos registrados nas duas últimas décadas do século passado e início do atual, relacionados com a permissão para quebra de patentes no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC) que possibilitou acesso às terapias antirretrovirais para controle do HIV/AIDS; e b) fatos que passaram a acontecer a partir de 2020 com a pandemia de COVID-19 no que se refere ao direito ao acesso universal às vacinas relacionadas com a doença.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) da UNESCO: a saúde como um direito humano

A UNESCO – organismo internacional com sede em Paris, responsável pelos temas relacionados com a educação, a ciência e a cultura no contexto da Organização das Nações Unidas (ONU) – criou nos anos 1990 dois comitês que uniram esforços na construção de declarações direcionadas a temas éticos com vistas ao futuro, e identificados com a vida, o viver humano e a sobrevivência do planeta na transição do século 20 para o século 21. Esses comitês foram denominados, respectivamente, Comitê Internacional de Bioética (CIB) e Comitê Intergovernamental Internacional de Bioética (CIGB), o primeiro composto por 36

pesquisadores e estudiosos e o segundo pelo igual número de agentes representantes de governos que compõem a comunidade de países junto à UNESCO.

O primeiro desses documentos, homologado em 1997 na 29ª sessão da Conferência Geral Anual da UNESCO, foi a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos que, entre outros temas, estabeleceu didaticamente a diferença entre *descoberta* e *invenção*, justificando a proibição do patenteamento do genoma humano por se tratarem – as descobertas – de algo que já existe na natureza, ao passo que a invenção caracteriza algo intencionalmente produzido pelo humano a partir de intervenção (por exemplo, científicas) em estruturas originariamente naturais (2). Em continuidade, em 2003, homologou-se a segunda produção dos dois comitês: a Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos, na 32ª sessão da Conferência Geral da Organização a qual, fundamentalmente, definiu o direito das pessoas à privacidade no trato de seus dados genéticos (3). E logo a seguir, em 2005, por ocasião da 33ª sessão da mesma Conferência, foi homologada, com o voto unânime de todos os 191 países membros da UNESCO, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, referencial para o desenvolvimento do presente estudo.

A DUBDH é composta de um preâmbulo e mais 28 artigos, entre os quais 15 deles – entre seus artigos 3 e 17 – correspondem a *princípios*. Segundo a maioria das interpretações no contexto do Direito Internacional, essas Declarações não têm poder precípua de lei, sendo seus conteúdos considerados como *normas não vinculantes* as quais, embora sem poder formal-legal, exercem substantiva influência na construção de novas legislações e direcionamentos jurídicos nos Estados-membros das Nações Unidas.

Segundo Gros-Espiell (4), os três textos declarativos acima referidos formam um conjunto temático único, fundamentados em princípios comuns e que têm contribuído de modo significativo para o desenvolvimento e avanços do Direito Internacional, relacionando-o definitivamente à bioética e aos Direitos Humanos, sem prejuízo de sua vinculação com o Direito interno de cada nação. Segundo o autor, essas três declarações, e no nosso caso especialmente na de bioética a qual incorpora alguns dos mais importantes princípios que governam toda a construção e conceituação dessa área do conhecimento no século 21, estão dirigidas à Humanidade em seu conjunto.

A bioética exercida a partir desse viés epistemologicamente ampliado, mas essencialmente orgânico, passa a ser entendida como um território politicamente democrático do conhecimento teórico-metodológico, pautada no respeito à pluralidade moral

e política, igualitária, não-discriminatória, profundamente humana e socialmente comprometida com as populações mais necessitadas. Ancorada naturalmente na ética filosófica tradicional, não se esgota no simplismo de aplicações tecnológicas diretas, mas se estrutura com base no respeito ao conhecimento científico.

A DUBDH – ainda que não possa ser juridicamente considerada como um *tratado*, com todas suas decorrências legais, e partindo de uma concepção moderna e progressista – foi concebida com um caráter generalista universal, representando uma expressão consensualmente construída pela comunidade internacional de nações (4). Por essa razão é que existe a possibilidade de que suas proposições possam ser episodicamente complementadas e ampliadas, especialmente frente a situações catastróficas e de eminente perigo de vida para grandes contingentes populacionais, com a utilização de dispositivos específicos com os quais seu concurso possa contribuir.

Sem dúvida, o atual contexto pandêmico representa uma dessas situações e justificaria a retomada das discussões internacionais em torno da saúde como um direito universal. Apesar de presente em diferentes instâncias e documentos internacionais, a pauta da saúde como um direito humano universal é um assunto que levanta globalmente polêmicas políticas e especialmente econômicas (5).

No debate sobre o tema frequentemente são evocados como impeditivos os elevados custos para a garantia de acesso à atenção sanitária à significativos contingentes de habitantes. Na ausência de tal garantia, no entanto, expressiva parcela da população mundial é historicamente excluída de cuidados em saúde, em função de sistemas neoliberais injustos que tornam a saúde um benefício acessível somente a quem pode pagar (6). A identificação incontestada da saúde como um direito humano tornaria os Estados responsáveis por sua garantia, sob a égide do direito internacional. Para Evans (7), esse é o motivo pelo qual o liberalismo resiste conferir ao direito humano à saúde o mesmo status que dispensa aos direitos civis e políticos.

O direito ao acesso a medidas públicas consensuadas politicamente e a insumos protetores da saúde está, assim, no epicentro do debate e da relação do binômio bioética-direitos humanos. É indispensável reforçar – nos dias atuais mais do que nunca – essa relação, especialmente no que se refere a sua proximidade com o princípio do respeito à dignidade humana, o qual ilumina, com sua força conceitual, a busca de mecanismos concretos de respeito, proteção e inclusão social. Tudo isso, no seu conjunto, faz parte do contexto maior do significado que Paulo Freire dá à ideia de libertação – do qual se tratará

mais adiante –, amplificando o sentido expresso no Artigo 1º. da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, o qual refere que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos” e “estão dotados de razão e consciência” (8).

Com base na DUBDH, a bioética proposta pela UNESCO para o século 21 não centraliza seus esforços em aspectos predominantemente biotecnocientíficos ou nas pesquisas clínicas e/ou de outra natureza relacionadas com as chamadas ciências da vida, por mais importantes que estas sejam. Pelo contrário, o componente social contido na Declaração é decisivo no que se refere à efetivação de uma nova agenda bioética que incorpore situações como aquelas expressas no seu Artigo 14 (*Responsabilidade social e saúde*): acesso a cuidados de saúde, a medicamentos essenciais, à nutrição e água de boa qualidade; melhoria das condições de vida e do meio ambiente; eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo; redução da pobreza e do analfabetismo; entre outros.

Com essa nova roupagem, a DUBDH recuperou o sentido original dado à bioética pelo seu criador, Van Ressenlaer Potter, nos idos de 1970-71 (9,10), que destinava ao *bios* da sua construção semântica um sentido mais amplo de *vida* e não um sentido mais reduzido, restrito ao campo biomédico.

Como se pode perceber em uma vista geral, os artigos e conteúdos aqui elencados e que fazem parte da DUBDH introduzem e anunciam de modo harmônico o que, finalmente, está expresso no seu Artigo 26, que trata da inter-relação e complementaridade existente entre seus 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. (3)

A cooperação internacional em saúde: crítica a partir da bioética

O tema da cooperação ocupa um capítulo importante no contexto de instituições internacionais que tratam de questões tecnocientíficas do campo da saúde, sendo peça central no debate aqui proposto e que se refere ao acesso das pessoas e nações – especialmente aquelas mais vulneráveis – aos benefícios dos avanços logrados.

No contexto da bioética o termo cooperação guarda proximidade com a solidariedade. Tanto isso é verdade que o Artigo 13 da DUBDH – *Solidariedade e Cooperação* – incorpora conjuntamente as duas expressões com a seguinte leitura: “A solidariedade entre os seres

humanos e cooperação internacional para esse fim devem ser estimuladas” (3). Para efeitos didáticos do presente estudo, trataremos os dois separada e sequencialmente neste e no próximo tópico, embora ambos se complementem.

Desde o primeiro item do *Prólogo* da Declaração, a cooperação entre os seres humanos é reconhecida como uma “expressão moral da própria ética” (3), o que não deixa de consistir, também, em uma forma de solidariedade, como se verá mais adiante. A cooperação internacional em bioética, por sua vez, é justificada no Artigo 15 que trata especialmente das pesquisas com seres humanos, pelo compromisso em considerar:

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 os países em desenvolvimento. (3)

Enquanto no Artigo 13 a solidariedade figura como o valor moral de legitimação para as práticas de cooperação internacional, o Artigo 15 registra exemplos para a efetivação do compartilhamento de benefícios a partir das investigações desenvolvidas no campo da ciência, onde se incluiu o caso das vacinas anti-COVID-19.

Com a linguagem diversa, mas na essência levantando questões similares, as recomendações emanadas da DUBDH estão muito próximas aos compromissos já expressos em 1947 pela Organização das Nações Unidas por ocasião da aprovação da Constituição da OMS. O preâmbulo do referido documento, composto por nove princípios, se refere à saúde como um direito humano fundamental, reforçando o compromisso dos Estados em “... cooperar entre si e com os demais para promover e proteger a saúde de todos os povos” (11).

Alguns anos depois, em 1978, por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela OMS no Cazaquistão, na antiga União Soviética, a temática da cooperação para a saúde de todos foi retomada. A reunião, na qual foi criado o conhecido slogan *Saúde para todos no ano 2000*, resultou na Declaração de Alma-Ata. No documento, a Conferência reafirmou enfaticamente que a saúde é um direito humano fundamental e que a desigualdade no estado de saúde entre os povos é ultrajante e inaceitável, constituindo, portanto, preocupação comum de todos os países. Dessa maneira, a Declaração defendeu a “redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos” e a implantação de iniciativas de

atenção primária de saúde “... num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional” (11).

A complementaridade de princípios, internamente prevista na DUBDH, e a harmonia com outros documentos, como a Constituição da OMS e a carta de Alma-Ata, derivam de um pressuposto comum: o reconhecimento da saúde como direito é decorrente do respeito à dignidade humana. As iniquidades em saúde são, portanto, uma preocupação comum a todos os países a serem endereçadas de maneira cooperativa, em nome da solidariedade.

Esse é o fundamento da reflexão aqui proposta, que argumenta pelo direito ao acesso universal dos mais de oito bilhões de habitantes do planeta às vacinas contra a COVID-19. Nesse sentido, é oportuno também mencionar os Artigos 21 (Práticas transnacionais) e 24 (Cooperação internacional) da DUBDH. Mais especificamente, vale retomar o Artigo 21, que trata das práticas transnacionais quando registra que pesquisas com elas relacionadas “devem responder às necessidades dos países hospedeiros e deve ser reconhecida sua importância na contribuição para a redução de problemas de saúde globais urgentes” (3). Ou seja, a Declaração faz menção expressamente ao contexto observado em pesquisas biomédicas, com a finalidade de desenvolver vacinas e tratamentos para o combate à pandemia de COVID-19, e a recomendação é clara: é preciso atender a necessidade dos países periféricos que hospedaram os estudos.

Contudo, é aqui que emerge o ponto de inflexão central de presente estudo. Em sentido diverso do que foi exposto pela UNESCO, se está percebendo em 2020-2021 um fenômeno semelhante ao ocorrido por ocasião das distorções verificadas em 2009 com a epidemia de H1N1, ou seja: alguns países poderosos, com alto poder aquisitivo, compram (e estocam...) vacinas e medicamentos em grandes proporções, enquanto outros, menos aquinhoados, têm que se sujeitar a meses de espera, com grandes contingentes de pessoas se infectando e sucumbindo à epidemia de COVID-19.

Na época da H1N1 alguns países como a Noruega chegaram a adquirir o dobro das necessidades do país em vacinas (12). Fatos como esse trazem à superfície a contradição entre a interpretação do acesso à saúde como um direito humano universal ou como um bem de consumo a ser adquirido no mercado por pessoas, organismos ou países com posses para tal.

O que se depreende de todo esse contexto é que, se por um lado as Nações Unidas, por meio da UNESCO em suas Declarações, vêm defendendo de modo firme e claro a linha conceitual da universalização, por outro, seu braço da OMS, em parceria com o Banco

Mundial e algumas entidades chamadas *filantrópicas*, vem tratando de propor outro direcionamento – bastante diverso – para a questão.

Mais recentemente, mudando a linha de pensamento até aqui expressa a partir da UNESCO, a OMS, em parceria com o Banco Mundial e com beneplácito da própria ONU, embora as duas organizações sejam teoricamente coirmãs, vem trabalhando uma nova proposta para as ações internacionais no campo da saúde no contexto global, substituindo a defesa do **Acesso Universal à Saúde** – relacionado ao conceito de saúde global e que incorpora a saúde aos direitos humanos – pela expressão **Cobertura Universal de Saúde**, em inglês conhecida pela sigla UHC (*Universal Health Coverage*).

A sutil diferença entre *acesso* e *cobertura*, é indispensável registrar, é bem mais profunda do que se possa imaginar a um olhar menos acurado. Uma análise cuidadosa dessa situação constatou que a OMS vem se remodelando há cerca de uma década, deixando de lado a noção de saúde como direito humano, que anteriormente defendeu em documentos como a Declaração de Alma-Ata. A Agência trata mais recentemente de construir globalmente o desafio de diminuir a grande distância que separa a realidade das leis do campo concreto das políticas internacionais intergovernamentais, anteriormente consolidadas pelo viés discutível da racionalização dos custos da atenção (13).

A proposta da UHC é basicamente composta por sistemas de financiamento de apólices de seguro que cobrem pacotes limitados de serviços fornecidos por instituições com ou sem finalidades lucrativas (14), especialmente empresas e corporações de capital internacional. Nas palavras da OMS e do Banco Mundial: “UHC significa que todas as pessoas recebam os serviços de saúde essenciais e de qualidade que necessitam, sem serem expostas a dificuldades financeiras” (15).

A UHC, assim, constitui um ambicioso plano com aspirações globais com o propósito de propor políticas de saúde para países de renda média e baixa (16), pois, ao contrário dos países com renda alta, nesses países não é possível alcançar um acesso pleno aos cuidados em saúde, mas, no máximo, uma *cobertura* de pacotes e serviços básicos para a população.

Essas ideias não são originais e remontam aos anos 1980 quando corporações internacionais, especialmente o Banco Mundial, já demonstravam preocupação em alcançar o que denominavam de financiamento sustentável e eficiente para a saúde mediante a redução dos gastos públicos, mas sempre em favor do aumento da participação do capital privado e das chamadas parcerias público/privada (17). Em 2012, a Assembleia Geral da ONU acabou endossando essa perspectiva da UHC como *pilar* para o desenvolvimento

sustentável e a segurança global. E, finalmente, em dezembro de 2014, a Fundação Rockefeller, o Banco Mundial e a OMS acabaram por lançar conjuntamente o que foi denominado de *coalizão global* para “acelerar o acesso à UHC” (18).

Chama a atenção que, nos anos imediatamente anteriores a essa guinada de condução conceitual pela OMS, na primeira década do novo milênio, a organização tinha convocado um grupo de especialistas de notório saber global, com Amartya Sen e Giovanni Berlinguer entre eles, que após exaustivo trabalho produziu um denso documento intitulado *Determinantes Sociais de Saúde* no qual o direito humano à saúde ocupa papel central. Nesse texto, o direito ao acesso à saúde vem relacionado às inequidades que o sistema econômico internacional, neoliberal, desigual e injusto produz (19). O que mais se destacou desse documento foi a convicção de que a saúde, vista como um direito humano no campo da saúde global, tem o potencial de fazer com que os Estados possam reestruturar suas instituições e seus programas de cooperação internacional (20).

A guinada verificada nas posturas da OMS nos anos seguintes, portanto, representa um grande retrocesso no contexto da ideia-força da *saúde como um direito humano universal*, na medida em que nega os pilares da gratuidade e da integralidade dos serviços públicos. Tais movimentações locais e globais passaram a refletir nos anos mais recentes uma forte tensão entre a compreensão do acesso à saúde como um direito humano inalienável sob responsabilidade do Estado *versus* sua compreensão como mais um bem de consumo disponibilizado pelo mercado (21).

Torna-se evidente, assim, que a UHC consiste em uma proposta programática de privatização e terceirização dos sistemas públicos de saúde ao mercado internacional. A própria definição da UHC proposta pela OMS, apesar de se mostrar aparentemente concorde com a interpretação da saúde como um direito inalienável ao se mostrar preocupada com que o usuário não fique *exposto à dificuldade financeira*, inclui proposições da Fundação Rockefeller e do Banco Mundial baseadas na ideia de seguros e serviços subsidiados oferecidos pelo setor privado (22).

Em última instância, trata-se de uma proposta elaborada a partir da ótica dos países desenvolvidos que refletem interesses de grupos econômicos e corporações globais, incluindo fundações filantrópicas, como as Fundações Gates, Kaiser, Rockefeller e outras. Toda essa configuração, que de certo modo divide o mundo em países centrais e periféricos a partir da aparentemente sutil diferença entre *Atenção Universal à Saúde (Universal Health*

Care) e *Cobertura Universal à Saúde (Universal Health Coverage)*, está relacionada, no entanto, a uma abordagem falaciosa que naturaliza e aprofunda as desigualdades (21).

Interesses econômicos e políticos, encobertos por uma espessa neblina e que se ancoram em princípios travestidos de palavras como *ajuda*, *solidariedade* e *cooperação*, requerem da bioética um especial e atento olhar crítico. As recentes discussões levadas a efeito na ONU sobre o papel das corporações filantrópicas ilustram bem esse quadro. O documento produzido para servir de base para as discussões da nova agenda do desenvolvimento nas Nações Unidas afirmava que “as fundações e entidades filantrópicas podem correr riscos, mostrar que uma ideia funciona e criar novos mercados antes onde não existiam” (22).

Neste ponto da análise, torna-se indispensável que – pelo menos comparativamente – se recorra aos conceitos emanados da UNESCO com relação à cooperação internacional, expostos no Artigo 24 da DUBDH:

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. (3)

Na mesma linha de ideias, o artigo reforça mais adiante que:

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 incapacidades ou por outras condições individuais, sociais ou ambientais e aqueles indivíduos com maior limitação de recursos. (3)

Como se percebe, trata-se de um enfoque bastante diverso daquele que vem sendo trabalhado pela OMS e Banco Mundial com referência à prática da cooperação internacional. É neste contexto que se revela bastante oportuno discutir a essência do significado do termo *solidariedade*, que no âmbito da bioética pode resultar em duas formas bem diversas: a *solidariedade cooperativa*, que objetiva genuinamente a alteridade, o olhar e ajuda ao outro, àquele indivíduo, coletividade ou nação necessitada; e a *solidariedade exploratória*, na qual o sujeito que proporciona o suposto benefício é mais beneficiado que o próprio usuário que recebe a ação o qual, assim, transforma-se em mero objeto passivo de quem patrocina a suposta *ajuda*.

Segundo Fox e Meier (20), caso tivessem sido globalmente incorporadas as propostas contidas no documento sobre os *Determinantes Sociais de Saúde*, grandes injustiças como a inequidade em saúde – resultado em grande parte de um sistema internacional neoliberal que produz pobreza e desconsidera o direito à saúde, educação e trabalho de milhões de pessoas – poderiam ter sido assumidas e superadas pelos seus responsáveis diretos. Para esses autores, a perspectiva oferecida a partir de saúde como direito humano pode possibilitar aos Estados mais necessitados a exigência de cooperação real ao invés de *rogar por caridade*.

Como se pode depreender, a forma como a OMS encontrou para superar os desafios postos pela noção por ela mesma proposta de interpretar a saúde como um direito humano, foi caminhando em sentido contrário da sua própria criação, ou seja, desconectando a saúde dos direitos humanos e associando-a a condicionantes financeiros (13). Às críticas que surgiram neste sentido, a OMS contestou afirmando que a proposta de cobertura universal seria um passo anterior e necessário para o alcance do direito que “alguns denominavam de acesso” (23).

Nesta linha de reflexão, será analisado mais adiante que – frente a quadros globalmente alarmantes como a pandemia de COVID-19 – seria desejável instituições como a OMC se pautarem preferencialmente nos princípios da DUBDH ao invés preferir os ditames da OMS e do Banco Mundial, especialmente aqueles relacionados com a solidariedade e cooperação (Artigo 13) e o compartilhamento de benefícios (Artigo 15), no sentido de defender o acesso universal de todos os países e habitantes do planeta – ricos e pobres – ao benefício das vacinas.

Solidariedade cooperativa

No desenvolvimento histórico do mundo a palavra solidariedade teve diferentes interpretações, dependendo da época. De um modo geral, contudo, sua essência contempla ações mútuas desenvolvidas entre pessoas, coletividades e mesmo países, com interesses compartilhados, onde os envolvidos acabam tendo alguma relação de interdependência. Tais interpretações provavelmente derivam de Aristóteles, que colocava os fundamentos da solidariedade (embora usasse outros termos na sua época...) em posição antagônica ao individualismo, onde a primeira se refere ao conjunto para que a vida em grupo se torne melhor, enquanto na segunda o indivíduo preza pelo seu próprio eu, enxergando a sociedade com olhar inverso (24).

Nos dias atuais, apesar das relações societárias de certo modo se desenvolverem próximas a essa interface histórica, não é este tipo de solidariedade que vem acontecendo na prática concreta. Pelo contrário, a solidariedade expressa no Artigo 13 da DUBDH propõe um olhar diferente – horizontal e ao mesmo tempo bilateral – entre pessoas ou coletividades que estão em situações histórico-sociais diferentes, onde há possibilidade de uns apoiarem os outros de modo desinteressado, sem preocupação ou atenção a algum retorno material ou de qualquer outra natureza. E quando esta solidariedade se dá entre diferentes países, onde um mais forte e organizado apoia o mais fraco sem interesses outros que não sejam de realmente ajudar diante de uma situação de fragilidade temporária ou permanente, estamos diante de um quadro verdadeiro, real, de cooperação. Todavia, infelizmente existem relatos constantes, especialmente em tempos mais recentes, onde ações humanitárias de solidariedade oferecidas por determinadas nações apenas se prestaram a diferentes formas de exploração e vantagens ao longo do tempo, fragilizando ainda mais aqueles povos necessitados aos quais pretensamente se dispuseram a *auxiliar*.

Até as últimas décadas do século XX a solidariedade ainda era vista como uma atividade marcadamente individual ou de grupos, e raramente de iniciativa pública de governos. O estabelecimento de sua relação com o tema da *cooperação*, contudo, passou a proporcionar a possibilidade de novos enfoques, ampliados e bilaterais, além de mais comprometidos socialmente, que passaram a servir de ferramenta conceitual capacitada a contribuir no sentido de diminuir as agudas desigualdades constatadas entre pessoas e povos no mundo contemporâneo.

A solidariedade é hoje um tema crescentemente lembrado, seja por organismos internacionais, pela mídia, por empresas, fundações autodenominadas de filantrópicas e mesmo por governos. Muitos países já chegaram a incluí-la nas suas Cartas Constitucionais, entendendo-a como um princípio social relacionado com a construção de sociedades mais livres e justas. Alguns textos constitucionais, como o brasileiro, sugerem mudanças sociais a partir de formas solidárias de participação, com o Estado trabalhando em conjunto com a sociedade no objetivo de criar novos valores voltados aos próprios cidadãos e à cidadania (24).

Neste contexto, um grupo social solidário passa a ser visto como parte de uma organização sociopolítico-cultural que respeita e estimula a igualdade e a justiça social. A relação Estado/Sociedade passa a se configurar por valores iguais, caracterizando-se uma relação de efetiva cooperação e não mais de desigualdade. As decisões são construídas

com base na justiça, gerando mais coesão social. Tal modelo pode gerar bons resultados porque contribui para diminuir os índices de pobreza, violência e injustiça, gerando maior credibilidade e segurança, além de garantir melhor qualidade de vida. Esse tipo de solidariedade, que se delinea a partir de direitos iguais, com responsabilidades também bilaterais compartilhadas é o que se pode chamar de cooperativa (25).

A construção de uma ética solidária, como é possível inferir, pode partir de diferentes motivações – com destaque especial no presente estudo para esse tipo de solidariedade, verdadeiramente cooperativa, ou seja, para aquelas iniciativas de preferência públicas, que tenham o real intuito de diminuir as diferenças e melhorar a qualidade de vida entre os diversos segmentos sociais. Neste caso é indispensável para sua interpretação adequada, que se tenha uma visão crítica diferencial entre a simples compaixão e o utilitarismo como comportamentos sociais distintos, mas ao mesmo tempo complementares, que fortalecem a luta pela emancipação das classes vulneráveis por meio de ações caritativas ou filantrópicas, mas que – igualmente – podem estar determinando a dominação por parte dos mais favorecidos tendo a mesma solidariedade como estratégia (26).

Para Paulo Freire (27), o exercício genuíno da solidariedade exige um mínimo de autenticidade dos seus agentes, passando necessariamente pela conquista da democracia e do respeito à pluralidade de ideias e culturas. Para ele a solidariedade, mais do que um ato ou ação isolada, é um compromisso inalienável de cada pessoa, de cada ser humano e dos próprios Estados para com as pessoas mais necessitadas, objetivando que saiam da situação de exclusão e marginalidade em que se encontram.

Levando a presente reflexão para o campo dos acordos de solidariedade e cooperação frequentemente firmados entre diferentes países, para que estes possam ser chamados de éticos é indispensável que as atividades se configurem por práticas realmente cooperativas e não do tipo exploratório, onde as nações mais poderosas acabam sendo as beneficiadas.

Esse raciocínio pode ser perfeitamente aplicado às pesquisas com seres humanos, quando é comum a realização de estudos clínicos multicêntricos com novos medicamentos em nações periféricas onde a doença estudada tem um mínimo (ou nenhum...) impacto epidemiológico, servindo unilateralmente aos interesses da empresa patrocinadora que tem sede em alguma nação desenvolvida. Ou, no caso atual das vacinas anti-COVID-19, em que grandes conglomerados farmacêuticos internacionais, servindo-se do desespero das pessoas e em nome da solidariedade internacional (neste caso, exploratória...), conseguem

a *custo zero* batalhões de voluntários nos países pobres para o desenvolvimento das diferentes etapas clínicas dos estudos. No final, em significativa parte das vezes, mesmo estes *sujeitos de pesquisa* sequer são beneficiados pela garantia de acesso às referidas vacinas, que acabam custando altíssimas quantias para seus governos. Enquanto isso, os países ricos, com seus recursos disponíveis, estão habilitados a comprar grandes quantidades do insumo e assim se antecipar em meses ou anos em imunizar seus habitantes, prevenindo a perda de milhares de vidas de seus concidadãos.

Neste sentido, o Artigo 15 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, que será discutido em sequência e que complementa o Artigo 13 ora em debate, pode ser destacado como referencial normativo para a realização de pesquisas cooperativas e solidárias que resultam em justo *compartilhamento de benefícios*, evitando a exploração. O conteúdo do referido artigo postula que os benefícios derivados das pesquisas devem ser compartilhados com toda a comunidade internacional, especialmente com os países mais pobres, ainda que o desenvolvimento dos bens tenha ocorrido somente nos países mais ricos. Para a consolidação de um sistema internacional de pesquisas solidárias, cooperativas e não exploratórias foi sugerida a criação de um fundo de financiamento internacional destinado ao suporte e aplicação de pesquisas e políticas públicas nos países e comunidades mais pobres (28). Ou seja, uma proposta pautada em bases realmente horizontais, solidárias e verdadeiramente cooperativas onde, além dos insumos levados aos países que necessitam, o país-mãe do processo repassa conhecimentos e tecnologia que possam contribuir na emancipação do parceiro menos aquinhoado.

O compartilhamento de benefícios e o direito universal de acesso aos bens decorrentes do desenvolvimento científico-tecnológico: do HIV/AIDS à COVID-19

Entre outros aspectos, dois chamam especialmente a atenção no Artigo 15 da DUBDH referente ao compartilhamento dos benefícios e que guardam relação com a temática aqui tratada: o direito das pessoas ao “acesso ao conhecimento científico e tecnológico”; e à “oferta de novas modalidades diagnósticas e terapêuticas ou de produtos resultantes da pesquisa” (3).

Desde o final do século XX as discussões sobre *medicamentos como um bem público mundial* vêm sendo abordadas com frequência em revistas científicas e na imprensa em geral. German Velásquez, que coordenou o *Drug Action Program* da OMS até o início dos anos 2000, já defendia fortemente na época que as regras do comércio mundial não

poderiam impedir que uma parte considerável da sociedade tivesse acesso a medicamentos e vacinas (29). Para adequada compreensão do assunto é necessário resgatar que desde a criação da OMC, em 1995, o custo dos medicamentos tem sido cada vez mais influenciado na arena internacional pelo chamado Acordo TRIPS – *Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* –, um acordo comercial sobre direitos de propriedade intelectual (patentes) relacionado ao comércio em todos os setores de atividades.

Foram necessários três anos para que a área de saúde despertasse para o tema no contexto internacional, a partir da publicação de um relatório pela OMS indicando as possíveis consequências deletérias desse acordo sobre o acesso aos medicamentos, especialmente para os chamados países em desenvolvimento (30) os quais, para efeitos do presente artigo, são denominados de periféricos ou pobres em contraposição aos países centrais/ricos.

Assim, serão aqui tomados como referência dois episódios específicos que envolveram a OMC em dois momentos históricos diversos, tendo como tema de debate o acesso dos países periféricos/pobres a medicamentos e vacinas. O primeiro deles se estendeu entre os anos 2000 e 2002 quando se criou, no âmbito desse foro, um forte contencioso entre Brasil e Estados Unidos (EUA), ocasião em que o governo brasileiro se opôs fortemente à indústria farmacêutica, especialmente aos laboratórios estadunidenses, demandando o direito a *passar por cima* – *override* – da exclusividade de comercialização e/ou produção de medicamentos usados no tratamento de HIV/AIDS, utilizando o argumento de que o bem-estar público, especialmente frente a problemas que envolvessem a vida de significativos contingentes populacionais, deveria prevalecer sobre o lucro (31). Em outras palavras, o Brasil defendia o direito dos países periféricos de quebrar os direitos de propriedade intelectual – as patentes – de, no caso, medicamentos antirretrovirais relacionados ao combate ao HIV/AIDS.

A partir da conhecida posição estadunidense de postura frontalmente contrária a essa prática em defesa de suas empresas, travou-se forte embate diplomático-comercial entre os dois países. A posição brasileira partiu da sua Lei nº 9.279, de 1996, que regula os direitos e obrigações relativos à propriedade industrial, a qual possibilita o uso de *licença compulsória* em casos de urgência na saúde pública (31). O processo foi longo e tortuoso; aqui se tratará apenas de resumir a essência dos debates. Inicialmente, após tentar sem sucesso demover o Brasil da iniciativa, os EUA apresentaram queixa formal à OMC contra

a prática pretendida, formalizando um pedido de reunião do órgão oficial da OMC que trata da *solução de controvérsias*, argumentando que se tratava de uma violação do Acordo TRIPS. Finalmente, em julho de 2001, após mais de um ano de reuniões, negociações e consultas, os países alcançaram um acordo e os Estados Unidos terminaram por admitir a possibilidade da quebra de patentes pelos países em desenvolvimento frente às situações sanitárias acima especificadas (32).

Segundo Oliveira e Moreno (31), a vitória do Brasil nesse contencioso deveu-se a diversos fatores, entre os quais e de maior importância estava a utilização da premissa de caráter humanitário de que o bem público deve prevalecer sobre o lucro, posição que legitimou sua estratégia de defesa. Além disso, essa linha de argumentação obteve imediatamente a simpatia da maioria das nações que estavam também envolvidos na negociação, especialmente a África do Sul, país que como o Brasil não dispunha de situação econômica capaz de fazer frente à produção gratuita de antirretrovirais para toda sua população necessitada. Outros países, incluindo a Índia – detentora de tecnologia avançada na produção de genéricos e medicamentos de modo geral – também abraçaram a mesma linha argumentativa, assim como vários organismos e entidades internacionais de diferentes naturezas e por razões também humanitárias, como a própria ONU por meio do seu Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS), a OMS, os Médicos Sem Fronteiras e outras instituições.

É indispensável reforçar que, paralelamente ao imbróglio Brasil/Estados Unidos, exatamente no mesmo período 39 empresas farmacêuticas internacionais estavam demandando judicialmente o governo da África do Sul com o objetivo de combater uma lei local específica sobre medicamentos, também criada e igualmente inspirada nas recomendações da OMS (29). O conjunto desses fatos fartamente denunciado pela imprensa mundial na ocasião acabou por indignar a opinião pública, redundando em intensa campanha de apoio à posição sul-africana, gerando longas discussões que contribuíram ao desenvolvimento de novos fatos na sequência do ano 2001.

Embora aparentemente resolvido o contencioso Brasil/EEUU, a visibilidade do assunto permaneceu viva, reforçando discussões em torno da necessidade do Acordo TRIPS ser revisto a partir da ótica dos países ricos, especialmente o modo como a propriedade intelectual deveria passar a ser encarada daquele momento em diante. Como consequência disso tudo, em novembro de 2001 foi convocada uma Conferência Ministerial da OMC em Doha, no Qatar, que teve como objeto central a discussão dos pontos sobre os

quais pairavam discórdias no Acordo TRIPS, oportunidade em que foi produzido o documento *Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health* que abordou os pontos mais controversos do acordo (31).

Essa Declaração reconheceu os problemas de saúde pública prioritários dos países periféricos, especialmente com relação às epidemias de HIV/AIDS, tuberculose e malária, reforçando que o Acordo TRIPS não deveria impedir um país de promover políticas para garantir o acesso de sua população a medicamentos. Nela, ficou garantido o direito de cada país-membro determinar o significado de *situação de emergência* e definidos os casos em que – desde que o TRIPS seja respeitado – a licença compulsória pode ser declarada. O documento reafirmou, ainda, a importância da saúde pública, reforçando a necessidade de proteção à propriedade intelectual para que novos medicamentos pudessem ser desenvolvidos (33).

A concordância dos EEUU com essa resolução teve fortes razões que a justificaram. Pouco tempo antes da reunião de Doha, após os atentados terroristas de 11 de setembro, haviam sido encontradas amostras de uma bactéria letal conhecida pelo potencial de uso como arma biológica – o antrax - em Nova York, Flórida e Washington, o que gerou alta procura pelo antibiótico Ciprofloxacina (conhecido como Cipro), medicamento eletivo no controle do problema (34,35). Acontece que a patente desse medicamento nos EEUU era propriedade da empresa alemã Bayer. Em outubro de 2001 o comprimido de 500 mg custava ao governo estadunidense o preço de 1,83 dólares a unidade e no atacado era vendido por 4,67 dólares, enquanto a versão genérica do laboratório FDC, à venda na Índia, custava apenas 0,06 dólares no varejo (36). Importante registrar que o mesmo Cipro da Bayer era vendido no varejo das farmácias indianas por apenas 0,13 dólares, ou seja, 36 vezes mais barato que no comércio atacadista estadunidense. Com a necessidade de aumentar sua reserva de medicamento pela suspeita de que se tratava de *mais um ataque dos terroristas árabes* (fato posteriormente desmentido) e não querendo negociar com o laboratório indiano para não entrar em contradição flagrante com seu histórico de postura internacional nesse campo, os EEUU negociaram duramente com a Bayer logrando forte diminuição no seu preço.

Em resumo, mesmo que jamais tenham sido quebradas as patentes do Ciprofloxacina da Bayer, as declarações dos EEUU abriram uma espécie de precedente, uma vez que depois de terem declarado que se fosse necessário recorreriam à licença compulsória (ação que haviam condenado no contencioso com o Brasil...), não estariam moralmente habilitados

a coagir os demais países a não proceder igualmente em situações similares. Portanto, foram essas as razões que justificaram a concordância episódica estadunidense com uma maior liberalização na produção de medicamentos compulsoriamente licenciados.

O segundo episódio mencionado no início do presente tópico e que agora passa a ser abordado, se refere ao fato que, em outubro de 2020, quase 20 anos após a histórica reunião de Doha, Índia e África do Sul levaram à OMC um novo pedido de liberação de patentes de produtos farmacêuticos, agora relacionados com a COVID-19. Dos cerca de 160 países que compõem a entidade, 99 anunciaram apoio ao projeto; o Brasil, contraditoriamente ao seu combativo histórico nesse cenário, votou contra (37). Nessa oportunidade, uma vez mais os EEUU puxaram a fila dos países contrários à medida, independentemente da dramaticidade das situações que vinham sendo relatadas por todo o planeta com o aumento diário de mortes, usando o mesmo recurso de tempos atrás: o direito à propriedade intelectual (38).

Em maio de 2020, por ocasião da Assembleia Anual da OMS realizada em Genebra – seis meses antes da disponibilização de qualquer uma das vacinas hoje existentes contra a COVID-19 – os 194 países-membros aprovaram uma resolução que apoiava a possibilidade da quebra de patentes de futuras vacinas ou medicamentos para a COVID-19, atendendo a uma demanda dos países mais pobres para que fosse garantido o acesso global igualitário a futuros tratamentos. Apesar de não terem bloqueado a aprovação da resolução, os EEUU, que naquela oportunidade ameaçaram abandonar a OMS, emitiram um comunicado à parte rejeitando todos os trechos que ameaçassem os direitos referentes à propriedade intelectual.

O texto da Resolução emitida pelos países-membros da OMS requeria o acesso “universal, rápido e equitativo” e a “distribuição justa” (39) dos produtos e tecnologias médicas necessárias para o combate à COVID-19. Para reforçar a possibilidade da quebra de patentes de vacinas ou tratamentos, a resolução referiu a Declaração da OMC de 2001, cuja interpretação, como foi visto anteriormente, justifica o chamado licenciamento compulsório de vacinas e remédios em emergências de saúde. Nesse sentido, é necessário registrar que a reivindicação dos países periféricos na Assembleia tem relação direta com o teor do Artigo 15 da DUBDH referente ao compartilhamento dos benefícios, guardando estreita relação com a temática aqui tratada: o direito ao *acesso ao conhecimento científico e tecnológico*; e à *oferta de novas modalidades diagnósticas e terapêuticas ou de produtos resultantes da pesquisa*.

De acordo com um comunicado da delegação estadunidense em Genebra, a referência à possibilidade de quebra de patentes fez com que os EEUU ficassem de fora dessa parte do texto. Segundo o governo estadunidense, o envio de uma mensagem equivocada como aquela desestimularia o desenvolvimento de pesquisas inovadoras no campo biomédico das vacinas, ação essencial na busca por soluções contra a COVID-19. Ao lado de outros países com indústrias farmacêuticas fortes, como o Japão e a Suíça, os EEUU defenderam que o documento deveria centrar no reforço ao papel estratégico da propriedade intelectual no campo da inovação científica. O acesso a vacinas ou medicamentos requerido na Resolução da OMS, segundo eles, poderia acontecer de outras formas, por exemplo, por meio de ações voluntárias de parte dos organismos ou empresas interessadas, por meio, por exemplo, de parcerias, doações e outras atividades afins à solidariedade.

Naquele momento, contudo, vários governos de países periféricos manifestaram seu temor que essas mudanças fossem insuficientes para garantir acesso a futuras – e provavelmente caras – vacinas. Por outro lado, China e França posicionaram-se ao lado desses países, afirmando que qualquer vacina que venha a ser descoberta deveria ser tratada como *um bem público*, ou seja, que estivesse disponível para todas as pessoas, sem significar propriedade exclusiva de um país ou empresa.

O panorama geral da situação nesse período 2020-21 com relação à disponibilidade, à compra, distribuição e acesso às vacinas contra a COVID-19, portanto, é similar àquele que aconteceu há duas décadas com os antirretrovirais. Ou seja: a exemplo do que aconteceu em 2009 com as vacinas e medicamentos contra a H1N1, uma vez mais os países ricos, detentores do conhecimento, tecnologia e recursos para a fabricação de novos insumos biomédicos, avançam ávidos ao mercado com objetivo de deixar seus cidadãos – especialmente os mais bem aquinhoados – em segurança sanitária.

Concomitantemente ao transcurso da pandemia que já ceifou alguns milhões de vidas por todo mundo, a revista *Forbes*, publicação especializada em negócios e economia, atualizou as fortunas e os lucros dos 664 bilionários do planeta – entre eles, colocados no topo da lista, respectivamente, encontram-se os donos da Amazon, Google e Uber – registrando que juntos os três conglomerados aumentaram suas riquezas em 1,3 trilhões de dólares durante a pandemia (40). Tendo como referência esses números relacionados com crescente concentração de renda a nível mundial, é possível avaliar que o gigantesco esforço empreendido por organismos internacionais como a UNESCO, a OMC e a própria

OMS, infelizmente ainda é insuficiente no sentido do alcance de um real impacto humanitário global para melhorar o acesso das pessoas mais necessitadas ao usufruto dos benefícios do desenvolvimento científico e tecnológico.

Considerações finais

No campo da pesquisa em saúde, a cooperação transcende os motivos ordinários de uma ação conjunta, motivada por interesses comuns. Mais do que isso, a cooperação, tal como retratada na DUBDH, e em outros documentos anteriores, como a Constituição da OMS e a Carta de Alma-Ata, assenta-se na compreensão da saúde como direito com o corolário do respeito à dignidade humana.

A cooperação solidária decorre, portanto, com o devido auxílio, toda a vez em que a saúde como direito encontra-se ameaçada. Na cooperação, as partes colaboram visando o que não alcançariam isoladamente, sendo o justo e desejável o compartilhamento dos benefícios finais. Com relação especificamente às vacinas, o nexó entre solidariedade e cooperação fica ainda mais evidente. Isso porque a imunização só alcança seu real efeito protetivo enquanto ação sanitária coletiva.

No caso da pandemia de COVID-19 e das vacinas, a cooperação interessa por dois objetivos: o primeiro desses objetivos é o desenvolvimento de vacinas seguras, ou seja, com vacinas que tenham passado por todas as fases pré-clínicas e clínicas, algo que, com relação à temática aqui analisada, já foi feito à custa de riscos para populações em muitos países periféricos.

O segundo objetivo é justamente o alcance de imunidade ao patógeno, que só pode ser atingido por um processo democrático de imunização em massa e irrestrito. Esse objetivo ainda não está suficientemente claro para muitos países devido a anacrônicos ideais nacionalistas que funcionam em descompasso com o próprio conceito de pandemia. Vacinar as populações de países periféricos não é somente justo por representar um compartilhamento de benefícios em troca da colaboração. Vacinar as populações de todos os países e principalmente dos países periféricos/pobres é uma etapa necessária para que se alcance a imunidade, controlando assim a pandemia.

Apoiar estratégias egoístas nacionalistas, bem como fechar os olhos para situações como a que se passa no Brasil e já ameaça países latino-americanos vizinhos, possibilita e estimula a livre circulação dos vírus. A resultante final de esquecer da solidariedade e focar-se em interesses econômicos e ou nacionalistas, deixando a população de outros países

abandonada à própria sorte, não é poupar os concidadãos, enquanto os outros países atingem, mais arduamente e à custa de milhares de mortes negligenciadas, a chamada imunidade de rebanho. A irrestrita transmissão e circulação do vírus acabou promovendo condições para mutações e seleção de cepas ainda mais transmissíveis, muitas vezes com capacidade de reinfecção de indivíduos previamente afetados.

O que a presente emergência sanitária mundial tornou cristalino é que a saúde global é interligada e interdependente, e que o mundo é tão saudável quanto a sua mais desassistida população. A exploração predatória de recursos ambientais e do trabalho humano coloca populações empobrecidas em contato com ecossistemas degradados e em desequilíbrio. Os desejos de maximização de lucros neoliberais acabam por produzir efeitos de adoecimento, normalmente abandonados às periferias.

Parte da perplexidade com que se assiste a devastação causada pela pandemia de COVID-19 se deve às consequências agora globais, do que sempre se aceitou como efeito de adoecimento na periferia do sistema. Em tempos globalizados, os vírus viajam em aviões, não respeitam fronteiras; e, ainda que a acumulação de capital tenha contribuído para uma distribuição também injusta dos efeitos de morbimortalidade da doença, a ameaça paira sobre todos.

As iniquidades precisam ser combatidas, o acesso à saúde, incluindo medicamentos e vacinas, precisa ser garantido como direito universal de todas as pessoas que vivem no planeta. Não somente porque isso representa algo justo, mas, simplesmente porque é necessário! A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO aponta que as dimensões de toda a questão tratada no presente ensaio, sejam elas éticas, sociais, ambientais e de acesso à saúde, estão interligadas. Novamente a bioética mostra sua vocação de ponte para o futuro – como escreveu Potter nos seus primórdios (10), há exatos 50 anos – apontando caminhos de sobrevivência para a espécie.

A degradação ambiental coloca vidas socialmente negligenciadas em contato com novos patógenos. Alertas científicos identificam já há duas décadas o decorrente início de uma era de grandes pandemias. A solidariedade, o compartilhamento de benefícios, a quebra das patentes dos medicamentos e vacinas contra a COVID-19, o uso mais consciente de recursos ambientais, a distribuição mais igual de renda e acesso a garantias básicas como a saúde são necessárias, imperiosas, porque são justas, e urgentes. Caminho para nossa própria sobrevivência.

Referências

1. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos. Paris; 1997.
2. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Declaração Internacional sobre os dados Genéticos Humanos. Paris; 2003.
3. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 2005 [citado em 20 nov. 2020]. Disponível em: http://bioetica.catedraunesco.unb.br/?page_id=250
4. Gros-Espiell H. La Declaración Universal sobre Bioética y derechos Humanos de La UNESCO y la Declaración de Santo Domingo sobre Bioética y Derechos Humanos. Revista Brasileira de Bioética. 2007;3(1):07-13.
5. Reubi D. The promise of human rights for global health: A programmed deception? A commentary on Schrecker, Chapman, Labonté and De Vogli;2010. Advancing health equity in the global market place: How human rights can help. Social Science & Medicine. 2011; 73(5):625-628.
6. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, Wasserheit JN. Towards a common definition of global health. Lancet. 2009; 373(9679):1993-1995.
7. Evans T. A human right to health? Third World Quarterly. 2002; 23(2):197-215.
8. Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Genebra; 1948 [citado em 20 nov. 2020]. Disponível em: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
9. Potter VR. Bioethics: the science of survival. Perspectives in Biology and Medicine. 1970;14:127-153.
10. Potter VR. Bioethics: bridge to the future. New Jersey, USA: Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs; 1971.
11. Santana JP, Garrafa V. Cooperação em saúde na perspectiva bioética. Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 8(1):129-136.
12. Solbakk J. Can we trust the public health authorities? Vaccine skepticism can no longer be rejected as a conspiracy theory. Oslo: Diario, Morgenbladet; 18 junio 2010.
13. Manchola-Castillo C, Garrafa V, Cunha T, Hellmann F. El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos. Ciência & Saúde Coletiva. 2017; 22(7):2151-2160.

14. Van Olmen J, Marchal B, Van Damme W, Kegels G, Hill PS. Health systems frameworks in their political context: framing divergent agendas. *BMC Public Health*. 2012;12:774.
15. Organização Mundial da Saúde (OMS). Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. Framework, measures and targets. Geneva: OMS; 2014. WHO/HIS/HIA/14.1.
16. Stuckler D, Basu S, McKee M. Global health philanthropy and institutional relationships: how should conflicts of interest be addressed? *PLoS Medicine*. 2011;8(4):e1001020.
17. Nuruzzaman M. Health policy reforms and the poor in the global South. Canadian Presented at the Political Science Association Annual Conference, London, Ontario, Canada; 2005.
18. Rockefeller Foundation, Word Bank, World Health Organization. 500+ Organizations Launch Global Coalition to Accelerate Access to Universal Health Coverage. December 12, 2014 [citado em 4 abr. 2017]. Disponível em: http://www.who.int/universal_health_coverage/universal-health-coverage-access-pr-20141212.pdf?ua=1
19. Noronha JC. Universal health coverage: how to mix concepts, confuse objectives, and abandon principles. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29(5):847–849.
20. Fox AM, Meier BM. Health As Freedom: Addressing Social Determinants Of Global Health Inequities Through The Human Right To Development. *Bioethics*. 2009; 23(2):112-122.
21. Garrafa V, Cunha TR, Manchola C. Access to healthcare - a central question within Brazilian bioethics. *Cambridge Quarterly Healthcare Ethics*. 2018; 27: 431-439.
22. Yudhoyono SB, Sirleaf EJ, Cameron D, coordinators. High-Level Panel of Eminent Persons on the Post2015 Development Agenda. A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies Through Sustainable Development. The Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post2015 Development Agenda. New York: United Nations; 2013.
23. Evans DB, Hsu J, Boerma T. Universal health coverage and universal access (editorial). *Bull World Health Organ*. 2013;91(8):546-546A.
24. Garrafa V. Solidarity and Cooperation In: Ten Have H, Gordijn B. (eds.). *Compendium and Atlas of Global Bioethics*. New York, London: Springer Dordrecht Heidelberg; 2013. p. 169-186.
25. Rocha RS. O princípio da solidariedade: uma abordagem sociológica. *Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Uberlândia - UFU*. 2011;39(1):229-243.
26. Caponi S. Da compaixão à solidariedade – uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.

27. Freire P. *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra; 2002.
28. Garrafa V, Solbakk JH, Vidal S, Lorenzo C. Between the needy and the greedy: the quest for a just and fair ethics of clinical research. *Journal of Medical Ethics*. 2010;36(8):500-504.
29. Velasquez G. Unhealthy profits – drugs should be a common good. *Le Monde Diplomatique - English edition* ; July 2003.
30. Velásquez G, Boulet P. Mondialisation et accès aux médicaments. Perspectives sur l'accord ADPIC de l'OMC. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1999.
31. Oliveira MF, Moreno FV. Negociações comerciais internacionais e democracia: o contencioso Brasil x EUA das patentes farmacêuticas na OMC. Dados. Instituto de Estudos Sociais e Políticos (IESP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). 2007; 50(1):189-220. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/10590>
32. World Trade Organization (WTO). Notification of Mutually Agreed Solution on DSS199. Brazil – Measures Affecting Patent Protection. 2001 [citado em 15 jan. 2021]. Disponível em: <https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/SS/directdoc.aspx?filename=q:/IP/D/23A1.pdf&Open=True>
33. World Trade Organization (WTO). Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health. 2001 [citado em 15 mar. 2021]. Disponível em: https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm
34. Office of the United States Trade Representative (USTR). TRIPS and Health Emergencies. 2001a [citado em 15 mar. 2021]. Disponível em: https://ustr.gov/archive/Document_Library/Press_Releases/2001/November/TRIPs_Health_Emergencies.html
35. Office of the United States Trade Representative (USTR). United States and Brazil Agree to Use Newly Created Consultative Mechanism to Promote Cooperation on HIV/AIDS and Address WTO Patent Dispute. Washington D.C.; 25/06/2001.
36. Singh K. Anthrax, Drug Transnationals and TRIPS. *Foreign Policy in Focus*, 01/04/2021. [citado em 15 mar. 2021]. Disponível em: https://ips-dc.org/anthrax_drug_transnationals_and_trips/
37. OMC volta a discutir suspensão de patentes de vacinas contra Covid-19 e Brasil mantém posição contrária. Rio de Janeiro: O Globo; 09/03/2021.
38. U.S. Mission Geneva. U.S. explanation of position “COVID-19 response” Resolution. Washington, May 19th 2020 [citado em 15 mar. 2021]. Disponível em: <https://geneva.usmission.gov/2020/05/19/explanation-of-position-covid-19-response-resolution/>



39. World Health Organization (WHO). Resolution WHA73.1 on Covid Response. Geneva, Switzerland, May 19th 2020. [citado em 15 mar. 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-en.pdf

40. Carvalhaes C. Trabalhadores, uni-vos. São Paulo: Carta Capital, 10/03/2021;1147:46-49.

Colaboradores

Todos os autores contribuíram com a concepção, elaboração, redação, revisão e aprovação do artigo.

Submetido em: 18/03/21
Aprovado em: 29/07/21

Como citar este artigo

Garrafa V, Pyrrho M. Bioética, cooperação internacional, solidariedade e compartilhamento de benefícios: do HIV/AIDS à COVID-19. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2021 jul./set.;10(3):101-126.

<https://doi.org/10.17566/ciads.v10i3.786>