

<https://doi.org/10.51234/aben.21.e08.c10>

ASPECTOS BIOÉTICOS EM IMUNIZAÇÕES

Flávia Regina Souza Ramos^{I,II}

ORCID: 0000-0002-0077-2292

Marta Inez Machado Verdi^{II}

ORCID: 0000-0001-7090-9541

Natan Monsores de Sá^{III}

ORCID: 0000-0002-0293-8460

José Garrofe Dórea^{III}

Maria da Gloria Lima^{III}

ORCID: 0000-0001-6450-9154

^IUniversidade do Estado do Amazonas.
Manaus, AM.

^{II}Universidade Federal de Santa Catarina.
Florianópolis, SP.

^{III}Universidade de Brasília.
Brasília, DF.

Autora Correspondente:

Flávia Regina Souza Ramos
E-mail: flareginaramos@gmail.com



Como citar:

Ramos FRS, Verdi MIM, Sá NM, Dórea JG, Lima MG. Aspectos bioéticos em imunizações. In: Silva TMR, Lima MG, (Orgs.). Estratégias de vacinação contra a COVID-19 no Brasil: capacitação de profissionais e discentes de enfermagem. Brasília, DF: Editora ABEn; 2021. P 92-103. (Série enfermagem e pandemias, 6). <https://doi.org/10.51234/aben.21.e08.c10>

Revisora: Nilda Lúcia Nunes Ivo. Enfermeira,
Mestre em Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

O foco principal deste capítulo é discutir a vacinação como direito de cidadania das sociedades atuais. Direito derivado, primeiro, das transformações e necessidades dessa sociedade e, segundo, dos avanços científicos que devem se difundir e beneficiar a todos os humanos. Por consequência, a produção e a oferta de vacina a todos devem ser objeto de política pública. O que se pretende argumentar é que a vacinação se configura como um ato de responsabilidade ético-política, por representar uma demanda de bem comum à qual indivíduos e nações devem se solidarizar.

A bioética fornece o aporte teórico que mobiliza o exercício reflexivo, obviamente orientado por escolhas e elementos de destaque. Considerando a proposta da bioética, partimos de uma experiência localizada e datada – a pandemia de COVID-19, cenário que se mostra concreto e significativo.

A pandemia de COVID-19 tem se mostrado pedagógica de diversas maneiras. A emergência sanitária nos obrigou a rever conceitos fundamentais do campo da epidemiologia e pôs à prova a preparação do sistema de saúde para eventos nos quais o risco sanitário esbarra, especialmente no que se refere ao compromisso da sociedade em garantir mecanismos para salvaguardar as pessoas vulneráveis. As prescrições do campo biomédico colidiram com certas premissas do campo político, impedindo o adequado debate racional acerca de medidas de contenção ou mitigação de um fato sanitário total: a transmissão de um vírus que pressionou toda a capacidade de suporte dos mecanismos de vigilância e da rede de atenção.

O contexto abriu-se para toda sorte de questões bioéticas: dilemas na priorização e alocação de recursos, conflitos de autonomia na relação equipe-paciente, conflitos de competência no interior das equipes de saúde, desacordos na definição de critérios de acesso a cuidados de saúde,



disputas por competência quanto ao locus da autoridade sanitária, limites para a adoção de medidas passivas e uso *off-label* de medicamentos são exemplos de como a pandemia impôs uma emergência que também se caracteriza como uma crise ética.

O risco sanitário nos fez lembrar que somos vulneráveis, ainda que resilientes, quando nos deparamos com a ameaça de uma entidade molecular 40 vezes menor que nossa menor célula, capaz de interromper a normalidade dos nossos cotidianos. Minúsculo em tamanho, potente em efeitos e previsto por cientistas há algumas décadas, o coronavírus SARS-CoV-2 testou os sistemas de vigilância epidemiológica de todo o mundo. Apesar da sensibilidade para rapidamente detectar o vírus emergente, a contenção da epidemia mostrou-se muito difícil, especialmente porque para interromper sua cadeia de transmissão é preciso mobilizar um fator complexo: o comportamento das pessoas.

Num cenário de desastre, a capacidade de mobilizar recursos no mundo é diversa. Nesses processos, há seis “mundos em colisão”: o político, o clínico, o técnico, o comercial, o legal/regulatório e o pessoal⁽¹⁾. Governos, aparelhos sociais, orçamentos, tecnologias, todos se põem numa rede de interações, disputas e escolhas. As disputas discursivas (por exemplo, aquilo que a mídia trata ou aquilo que os políticos argumentam) rapidamente caminham para uma política de números, na qual as taxas, os valores, as cifras têm maior premência e ganham o imaginário coletivo⁽²⁾. Mas a pandemia afeta pessoas, suas famílias e suas comunidades.

O pragmatismo sanitário determina que a subjetivação da pandemia se dê no campo da higiene, sendo as pessoas orientadas a lavar as mãos antes de comer, tirar os sapatos ao chegar em casa ou cobrir a boca ao tossir. A higiene individual se comuta ao processo higienizante coletivo por meio das medidas de distanciamento social ou do uso de máscaras de qualidade. A **pedagogia da prevenção** se estabelece como medida ética básica e, numa sociedade tecnológica, tais medidas requerem uma mediação igualmente tecnológica.

Evidências, eficácia, ensaios clínicos, custo-efetividade, entre outros termos saíram das análises rigorosas dos especialistas e disseminaram-se na cobertura jornalística e nas redes sociais. Esse é outro aspecto pedagógico da pandemia: a ciência tem usos sociais que escapam aos cientistas e nos lembra a utilidade de exercitar uma **pedagogia da precaução**, implicada em uma leitura de nossas circunstâncias. Parafraseando Carl Sagan⁽³⁾, vivemos numa sociedade dependente da ciência e da tecnologia, mas que não sabe quase nada sobre os fundamentos científicos de sua produção. Para o autor, quando a ciência se encontra com a política e com a religião, ao mesmo tempo em que a ética e ou a bioética são postas de lado, a mistura, invariavelmente, é explosiva. Isso foi presenciado no Brasil, quando bandeiras de prós e contras para toda sorte de medidas e tratamentos foram hasteadas, inclusive para práticas e tecnologias comprovadamente ineficazes. A precaução foi erodida pelos interesses e pelas opiniões. O enfrentamento da pandemia se tornou um meio, de fazer política ou de criar polêmicas, e não um fim, de resguardar pessoas e de impedir mortes evitáveis.

Anunciada a mirada sobre o cenário – da perspectiva da pedagogia da prevenção e da precaução -, podemos tratar do próprio sentido da prevenção, como virtude antecipatória e, portanto, capaz de problematizar os equívocos de falsas antinomias, escolhas fatais e manipulações ideológicas. Nesses limites se colocam conflitos, como se obstáculos intransponíveis fossem, a impedir a negociação de interesses em torno do justo e do que deve prevalecer como bem comum. Como veremos, deste ponto voltaremos a cruzar a ponte de princípios já afirmados, da integralidade, da universalidade e da justiça. E, exatamente porque, ao fim e ao cabo, se trata de reafirmar princípios é que cumpre exercitar a Bioética como um modo de debater a vacinação no Brasil.

Muitas questões bioéticas podem ser postas e as escolhas incluem aspectos sobre a proteção das pessoas, sob a égide do domínio tecnológico e de racionalidades políticas de governo. O desafio da pedagogia da proteção, de produzir e distribuir vacinas, amplifica-se no cuidado aos doentes graves e em outro difícil exercício - da pedagogia da prudência. É real a incompatibilidade entre proteger e cuidar? Quem deve ser protegido e em que ordem de prioridade? Quem são os vulneráveis? O que define as prioridades de vacinação quando os recursos são escassos? Que assimetrias devem ser consideradas e como elas são tratadas nos Planos de Operacionalização da Vacinação? O que se mostra presente e que ausências gritam nas políticas e planos?

A tarefa bioética de propor questionamentos críticos e capazes de redirecionar enfrentamentos se mostra extremamente necessária. Nesse sentido, o último tópico do capítulo não poderia deixar de traçar desafios mais cotidianos do trabalho em saúde e em Enfermagem. A intrínseca relação entre técnica e ética precisa ser discutida, evitando as armadilhas da culpabilização, da omissão diante de graves problemas ou, tampouco, de ingênuas soluções. A gestão e todas as ações técnicas e relacionais abrangidas sob o ato de vacinar exigem uma séria análise e comprometimento de diferentes atores.

BIOÉTICA E PREVENÇÃO – REFLEXÕES SOBRE A VIRTUDE ANTECIPATÓRIA E A UNIVERSALIDADE DAS MEDIDAS PREVENTIVAS

A pandemia da COVID-19 impôs a necessidade de se pensar e implementar estratégias de prevenção com algumas particularidades, dentre outras: o resgate de experiências de epidemias anteriores; a implementação de medidas que simultaneamente estão em investigação; a urgência temporal em função da alta transmissibilidade e morbimortalidade da doença. Nesse sentido, a prevenção de doenças se expressa como um modelo sanitário que reúne elementos teóricos, culturais e técnicos com o propósito de responder às demandas de saúde, superando a ideia de uma simples medida técnica. Ou seja, trata-se de uma construção social resultante de relações de disputas e de acordos entre os diferentes atores e segmentos da sociedade num determinado momento histórico⁽⁴⁾.

Esse caráter fica evidente na análise dos processos político-ideológicos que envolveram as decisões em torno da vacinação contra a COVID-19 no Brasil. Enquanto a maioria dos governantes mundiais buscou garantir medidas preventivas para conter a disseminação da epidemia e proteger sua população, a atuação do Ministério da Saúde (MS) brasileiro se caracterizou pela omissão e negacionismo das evidências científicas, resultando naquilo que cientistas têm caracterizado como a maior tragédia brasileira, depois da mortandade dos povos indígenas nativos e africanos escravizados.

A primeira questão a se considerar no universo ético da prevenção é seu objeto: a doença como conceito ou construção mental, que difere do adoecer como experiência de vida. Considerando ambos os aspectos, 'prevenir' assume o significado de evitar, tomar precaução para impedir que algo aconteça⁽⁵⁾. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno e seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos.

Desde o clássico da Medicina Preventiva, a prevenção "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença"⁽⁶⁾. As medidas preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Esse modelo da História Natural da Doença⁽⁶⁾, além de buscar explicar a evolução do processo de adoecer, apontou para um conjunto de medidas de intervenção em cada momento ou, como tradicionalmente conhecido, nas três etapas da prevenção: primária, secundária e terciária. Os fatores sociais, culturais, econômicos, ambientais acabaram por se concentrar na ideia de meio ambiente e, apesar de amplamente utilizado, a insuficiência explicativa desse modelo é alvo de fortes críticas.

Ao se reportar à ética da prevenção, o bioeticista italiano Giovanni Berlinguer⁽⁷⁾ inicia apontando alguns equívocos comuns. O primeiro é a falsa ideia da antinomia entre prevenção e cura, que precisa ser superada, uma vez que o cuidado exige uma noção integradora das diferentes medidas interventivas; o segundo trata da dissonância entre o valor prático da prevenção e sua negação na prática, a exemplo de um discurso de valorização das vacinas e uma ação de baixíssimo investimento em ciência e tecnologia, e mesmo na saúde; o terceiro equívoco banal está em confundir dois campos diferentes e os objetivos da prevenção: de um lado, medidas preventivas que se propõem a evitar o surgimento das doenças a partir da melhoria das condições de vida e hábitos dos indivíduos, e, de outro lado, medidas preventivas efetivas de proteção, como é o caso das vacinas.

O universo das vacinas contra a COVID-19, embora muito recente, já acumulou inúmeros questionamentos para o debate ético: o acesso é igualitário? Como priorizar pessoas vulnerabilizadas num contexto de desigualdades? Como considerar critérios para distribuição das vacinas em contexto de escassez de recursos? Como considerar simultaneamente a necessidade de acelerar os processos e manter a prudência quanto à proteção e segurança das pessoas?

Berlinguer⁽⁷⁾ apoia a reflexão sobre essas e outras questões, a partir do que denomina de três motivações éticas para as estratégias preventivas: a) a virtude antecipatória; b) o princípio de universalidade; e c) a atenuação dos conflitos.

Sobre a virtude antecipatória da prevenção é importante ressaltar a parte da “pré-visão” de um desfecho relacionado à doença com base na teoria do risco. Ou seja, a partir de dados epidemiológicos e de modelos matemáticos, são criadas possibilidades diversas de desfecho da situação, a depender dos diferentes fatores intervenientes. E é justamente essa “pré-visão” que materializa a virtude antecipatória da prevenção, no sentido de barrar a instalação da doença, evitar danos ou o prolongamento do sofrimento.

Na pandemia da COVID-19, as medidas preventivas, tanto de caráter individual como coletivo, se apresentaram como as grandes possibilidades de intervenção. Assim, foram incorporadas à vida cotidiana medidas como o uso de máscaras, a higienização das mãos com álcool em gel, o isolamento físico-social, bem como a administração de vacinas. Qualquer uma das ações preventivas envolve, simultaneamente, o exercício da autonomia e liberdade de escolha individual, regido, entretanto, pela responsabilidade coletiva com a saúde de todos. Berlinguer⁽⁷⁾ chama a atenção para o fato de que nem mesmo essa autonomia pode valer como regra geral. Para esse autor, “A prevenção tende a permitir a realização de um programa vital, inscrito no código genético, enfrentando tempestivamente as doenças que possam alterá-lo ou interrompê-lo prematuramente”⁽⁷⁾. Estratégias preventivas tendem a corrigir essa condição de ameaça, daí serem eticamente fundamentadas como ação humana que busca assegurar o cumprimento do ciclo vital de cada indivíduo e, ao mesmo tempo, garantir um processo de empoderamento, que contribua para a construção dos agentes morais.

A segunda motivação ética da prevenção trata do princípio da universalidade. Consiste no fato da prevenção ter o potencial de, como direito à saúde, estar acessível e beneficiar a todas as classes e grupos sociais e, do ponto de vista da cidadania, ser extensível a todas as nações do mundo, como no caso da vacinação. Berlinguer⁽⁷⁾ enfatiza que justamente são as ações preventivas que possibilitam atenuar e até eliminar as desigualdades de partida.

“O único modo de enfrentar simultaneamente o volume da despesa e a desigualdade da proteção à saúde é a prevenção... esta elimina na raiz uma das desigualdades mais relevantes, repleta de consequências no plano pessoal: a desigualdade entre uma pessoa acometida por uma doença e uma pessoa que permanece com boa saúde. Toda a medicina tem certamente por meta a saúde, mas somente a prevenção tem como característica intrínseca e como meta específica a igualdade de cada cidadão no campo da saúde”⁽⁷⁾.

Por fim, a terceira motivação ética relevante no campo da prevenção diz respeito ao princípio da atenuação dos conflitos. Atenuar conflitos não se refere à eliminação de contrastes, nem entre interesses, nem entre legítimos valores humanos que são dificilmente conciliáveis entre si. Entretanto, é preciso evidenciar que conflitos, se não eliminados, podem ser reduzidos ou atenuados. Dentre os frequentes conflitos observados no âmbito da gestão em saúde, podemos citar aquele que, falaciosamente, opõe as medidas preventivas e as ações de assistência à saúde. O princípio da integralidade da assistência busca superar a fragmentação, resultando na articulação entre os diferentes níveis de ações, seja de promoção da saúde, seja na prevenção de doenças ou nas ações curativas ou de reabilitação. Do mesmo modo, não cabe opor ações preventivas (dedicadas a doenças preveníveis, portanto, ao futuro) e ações terapêuticas necessárias no agora. Na experiência da COVID-19, significa colocar no mesmo patamar de importância e de modo integral as ações preventivas comportamentais, como o uso de máscaras, de álcool em gel e distanciamento social, as ações preventivas de imunização e a assistência diagnóstica, terapêutica e de reabilitação no percurso da doença.

A BIOÉTICA COMO UM MODO DE DEBATER A VACINAÇÃO NO BRASIL

Após introduzida a pedagogia da prevenção e da precaução como alvo da reflexão, cabe também situar a posição das pessoas no cenário, que são e, paradoxalmente, nunca poderão ser reduzidas a mero objeto da intervenção. Se a proteção das pessoas na pandemia é apenas um fator na mentalidade das políticas de governo, as ações de enfrentamento passam a fazer parte do poder calculado e se tornam um dispositivo de controle. Consequentemente, é requerido dos “epidemiocidadãos” que vivem nesse território que passem a operar com tais cálculos (quando dedicamos nosso tempo com a conferência de taxas e estatísticas sobre a pandemia). Alguns estudiosos dos fenômenos sanitários denominam esse fenômeno de governamentalidade. Foucault⁽⁸⁾ enuncia o termo como

“o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança”⁽⁸⁾.

A política pública dos números requer algum tipo de posicionamento das pessoas. Contar os mortos, os doentes, os recuperados, implica reduzir o incomensurável (toda vida importa) ao esvaziamento das subjetividades (os valores agregados suprimem as biografias). O cálculo epidemiológico permite o adequado planejamento de ações que podem evitar mais mortes ou proteger mais vidas. Mas, para se tomar decisões éticas a respeito das evidências sobre melhores tecnologias ou condutas, aquelas que implicam as melhores escolhas, com as melhores consequências para o maior número de pessoas, deve-se incluir uma dimensão de solidariedade ou de outras dimensões éticas ou biopsicossociais que ressignifiquem o poder das medidas estatísticas adotadas.

Essa pequena digressão ética permite retomar a questão da vacinação contra a COVID-19. Os recursos para tratar os doentes são escassos. Ainda não há medicamentos que sejam capazes de impedir a progressão da infecção. As equipes de saúde dos hospitais estão no limite, após mais de um ano de trabalho em condições adversas. E os conflitos ao redor das medidas sanitárias coletivas, como o uso de máscaras e a vacinação, têm sido amplificados por redes sociais. O fator humano, principalmente num contexto de biopolítica negativa, no qual as medidas epidemiológicas (as taxas) são utilizadas de forma controversa para angariar capital político, acabou por se tornar um fator adverso. Alguns leitores até podem pensar que essa não é uma novidade, afinal, já tivemos uma Revolta das Vacinas. No entanto, a densidade tecnológica, a complexidade dos processos e a instantaneidade das informações verteram o processo de avaliação de tecnologias em saúde em espetáculo midiático, capaz até de mobilizar torcidas, tal qual um jogo de futebol. Basta lembrar que uma das sessões de avaliação de vacinas, realizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), foi transmitida nacionalmente pela TV em pleno fim de semana.

A produção de vacinas, hoje, envolve processos biotecnológicos complexos, que passam por engenharia genética e práticas de produção industrial bem mais sofisticadas que as do tempo de Oswaldo Cruz. A complexidade não necessariamente é simétrica ao tempo necessário para a fabricação desses produtos. Das técnicas de biologia molecular já bem estabelecidas, da infraestrutura de centros de pesquisa e universidades para manipular material genético do vírus, da capacidade de “engenheirar” produtos e de criar processos de produção em escala, o complexo industrial da saúde no Brasil acomodou parte desses processos de fabricação hoje protegidos por patentes. O Instituto Butantan e a Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz) mobilizaram suas plantas de produção numa transferência de tecnologia com várias restrições. Obviamente, as grandes corporações farmacêuticas produtoras de vacinas não atuam por filantropia, ainda que o resultado final possa ser o bem comum. O monopólio de produção e as disputas mercadológicas certamente resultarão em aumento de lucros e são uma espécie de controle superveniente aos próprios países e seus governos. Por

isso, figuras públicas começam a aventar a possibilidade de quebrar patentes e produzir as vacinas de forma irrestrita. Mas a quebra das patentes e a disseminação das informações técnicas não implicam a capacidade de produzir vacinas em larga escala. No caso brasileiro, certamente seriam necessários investimentos para implantar boas práticas de produção.

Por outro lado, o domínio das técnicas de fabricação de vacinas não prescinde da necessidade de se realizar ensaios clínicos complexos, a fim de definir margens de segurança e de protocolos clínicos. Novamente, o acúmulo de reflexões e de orientações fornecidas por bioeticistas pode ajudar. A realização de um ensaio clínico é uma tarefa cheia de dilemas, que vão da definição de desfechos do estudo até as formas de recrutamento de participantes. Felizmente, o Brasil conta com a robustez da Anvisa e a experiência do sistema CEP-Conep para garantir a proteção da população. Mas é importante reconhecer que estamos em uma situação de desastre sanitário e que, ainda que haja acúmulo de expertise e de tecnologia, todas as vacinas contra a COVID-19 são experimentais.

Certos documentos internacionais advogam que todas as pesquisas em situações de catástrofe, cenário em que se enquadra a epidemia, considerada como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), devem ser relevantes para as pessoas afetadas e impossíveis de se conduzir em situações que não sejam de desastre⁽⁹⁾. A adoção acrítica desse tipo de postura geraria uma série de excepcionalidades e o risco de se enveredar por uma ladeira escorregadia, isto é, situação que acabe servindo de justificativa para toda e qualquer prática clínica que vise mitigar a doença, o que já se tem mostrado problemático. Cuidar de pacientes graves é um duro exercício de **pedagogia da prudência** – o mote *primum non nocere*, conhecido como princípio da não maleficência, ainda é regra válida nesses contextos. O Brasil tem diretrizes de pesquisa clínica que garantem um mínimo de proteção. As vacinas aqui distribuídas encontram-se na fase 2 ou 3 de pesquisa clínica, com autorização de amplo uso decorrente da emergência sanitária. Há, também, cerca de 20 estudos sendo conduzidos em vários centros brasileiros⁽¹⁰⁾, dos cerca de 600 estudos em todo mundo.

Se as vacinas são experimentais, além dos mecanismos de proteção ética deve haver algum mecanismo regulatório de proteção das pessoas que a receberão. Em janeiro de 2021, foi estabelecido um “Plano de monitoramento de eventos adversos de medicamentos e vacinas pós-autorização de uso emergencial: diretrizes e estratégias de farmacovigilância para o enfrentamento da COVID-19”⁽¹¹⁾, que estabelece as diretrizes e as estratégias para a tomada de decisão regulatória das equipes de farmacovigilância, utilizando como suporte o Sistema de Notificação e Investigação de Produtos em Vigilância Sanitária, em diálogo com o Programa Nacional de Imunização, com as Boas Práticas de Farmacovigilância da Anvisa e com uma série de recomendações de organismos internacionais. O caráter experimental das vacinas requer a permanente e proativa vigilância de eventos adversos, principalmente em função da larga escala de aplicação. Monitorar as reações adversas durante os processos de imunização é uma forma de gerar evidências de mundo real, que permitirão a adequada avaliação da ação programática de vacinação.

Por fim, a chegada das vacinas nos deixa o exercício de **pedagogia da proteção**. A maioria das pessoas talvez ache que se vacinar é uma escolha individual, restrita à autonomia. Mas as vacinas têm um curioso efeito ambivalente: quanto mais pessoas se vacinam, mais pessoas se protegem. Há estudos interessantes, alguns se utilizando da Teoria dos Jogos, que demonstram como a cooperação e a solidariedade contribuem para o sucesso das campanhas de vacinação. A ação individual de se vacinar visa a um bem coletivo, isto é, a mitigação de uma doença transmissível por meio da interrupção da cadeia de transmissão. Quanto mais pessoas se vacinam em uma determinada região (cobertura vacinal), menor o risco individual de adoecer ou morrer. O indivíduo se protege e ingressa em uma ação coletiva para o bem de todos; é recompensado pelo aumento gradativo de sua proteção individual e, na medida direta da adesão de mais pessoas ao processo, pela imunidade de grupo.

O fator humano se torna novamente interveniente no sucesso dessas ações. Há um crescimento de posturas antivacina que se baseiam na construção de um antagonismo entre os custos individuais de se vacinar (autonomia) versus os benefícios coletivos dispersos (beneficência). O somatório dessas forças individuais

acaba minando o planejamento das ações de vacinação, comprometendo a saúde e o bem-estar de toda a população. Infelizmente, há um efeito de borda nessas ações: os não-vacinantes se beneficiam do esforço coletivo de vacinação, escapam dos riscos assumidos de efeitos adversos e geram evidências anedóticas de que a vacina não tem efeito ou que não é necessário se vacinar, às vezes assumindo discursos estapafúrdios de que “a doença não existe” ou que é uma “doencinha” ou que o histórico individual lhe protege, o que aumenta a recusa dos desistentes. Para sorte desses últimos, a distribuição equitativa do bem comum acaba por alcançá-los. Mas, em sociedades justas, essa omissão (ou trapaça) constitui crime sanitário passível de sanção.

Outro efeito da **pedagogia da proteção** é a necessidade de identificação dos vulneráveis, isto é, da população-alvo para a vacinação. Algumas correntes de pensamento em bioética advogam que os governantes ou a máquina estatal têm o dever de proteger todos os membros da sociedade. As vacinas contra a COVID-19 são um recurso escasso, o que implicou estabelecer um conjunto de critérios para sua aplicação, sendo escolhido o cálculo de sobrerisco (SR). Num primeiro momento, a doença afetou com intensidade a população idosa, que apresentou taxas elevadas de hospitalização e de mortalidade, com SR=2 para pessoas maiores de 60 anos, com aumento progressivo até um SR=18 entre idosos com 90 anos ou mais. Ainda que não seja um grupo homogêneo quanto aos aspectos biopsicossociais, esse segmento da população possui uma fragilidade orgânica presumida. A aplicação da política dos números, pela avaliação de segmentos da população mais suscetíveis e com maior risco de morrer, acabou por direcionar os esforços de vacinação, o que efetivamente reduziu os óbitos na população idosa.

Em seguida, os esforços de vacinação foram direcionados aos profissionais de saúde e essa escolha gerou um impasse: seriam vacinados todos os profissionais ou somente aqueles que estavam expostos a um nível maior de risco, por estarem engajados no cuidado às pessoas que adoeceram por COVID-19? Tornou-se consenso que os profissionais de saúde, principalmente as equipes de enfermagem e as intensivistas, estavam sofrendo maior impacto da doença. Na sequência, a vacinação se ampliou para toda a equipe assistencial. Algumas ações de corporações profissionais pressionaram os governos a vacinar seus afiliados, alegando risco individual e para suas atividades econômicas. Há uma questão de ética deontológica como pano de fundo para nossa crítica a essa postura, que pode ser lida a partir da ideia de que uma norma só é justa quando todos podem querer que ela seja seguida por qualquer pessoa em situações semelhantes.

As assimetrias nas situações em que se deve escolher a quem destinar um recurso escasso são incômodas. Por esse motivo, o estabelecimento de critérios a priori podem ajudar a reduzir as sensações de iniquidade ou de injustiça por parte daqueles que não conseguiram acessar o recurso. No caso brasileiro, a sequência de escolhas que determinaram o perfil de vacinação pode ser observada no “Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a COVID-19”⁽¹²⁾:

“Considerando que não há uniformidade na ocorrência de COVID-19 na população, sendo identificado, até o momento, que o agravamento e óbito estão relacionados especialmente à características sociodemográficas; preexistência de comorbidades, tais como: doença renal crônica, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial grave, pneumopatias crônicas graves, anemia falciforme, câncer, obesidade mórbida (IMC≥40); síndrome de Down; além de idade superior a 60 anos e indivíduos imunossuprimidos”⁽¹²⁾.

O documento incluiu um termo que tem gerado celeuma: *preexistência de comorbidades*. Na verdade, o termo é utilizado equivocadamente, uma vez que pretende identificar doença ou condição pregressa ou preexistente ou de base. O termo comorbidade tem uso específico em epidemiologia e na clínica, significando a associação de duas ou mais doenças que apareceram e cursam de modo simultâneo. O termo tem gerado dúvidas e uma corrida por laudos médicos que permitam localizar as pessoas que possuem (ou que não possuem, mas conseguiram um laudo) tais condições. É preciso lembrar que evidências acerca dos efeitos da COVID-19 têm surgido a todo instante e o plano de vacinação, elaborado em um determinado recorte temporal, precisa ser constantemente atualizado, à medida que novas e robustas informações são produzidas.

Ações dessa natureza são condições para se garantir equidade e não somente igualdade no acesso às vacinas. Felizmente, essa ação está prevista no Plano e ele tem sido objeto de atualizações.

Também é preciso refletir sobre as ausências e presenças no Plano. Um exercício interessante é fazer a leitura da tabela disponível no documento do MS ou da Secretaria de Saúde de uma região específica. Os perfis de candidatos à vacinação são justificados pelos riscos à luz das evidências, mas outros podem ser resultado de gestão política ou corporativa. A ausência de consenso sobre qual critério seria o mais adequado ou o mais justo, diante da oferta limitada da vacina e do risco elevado de adoecimento, gera uma competição entre grupos ou indivíduos. Além disso, as diferenças e velocidade das publicações com dados sobre os ensaios clínicos e eventos adversos das vacinas têm gerado outro curioso (e perigoso) fenômeno: o da escolha do rótulo da vacina (ironicamente chamados de *sommelier* de vacina) em função de xenofobia ou de militância ideológica. Essa militância tem repercutido inclusive na prática profissional, com a ocorrência de outro fenômeno: o do êmbolo imóvel ou falsa aplicação. Uma possível objeção de consciência seria justificativa plausível para impedir que outra pessoa, que voluntária e autonomamente procurou o serviço de vacinação, não receba a sua esperada vacina? Essa é uma infração ética e sanitária que precisa ser pensada sob os referenciais da bioética, não apenas jurídicos.

Devemos recordar que as vacinas evitaram e evitam mortes e, em conjunto com saneamento básico e com a melhoria no acesso a serviços de saúde e direitos básicos, tiveram um grande impacto na redução da mortalidade, especialmente a infantil, no Brasil. Com a redução das causas evitáveis de morte, deu-se visibilidade e condições de diagnóstico e cuidado a alterações morfológicas ou neurológicas. As crianças com doenças raras possuem vulnerabilidades biológicas, clínicas e sociais que são únicas, inspirando cuidados. Há benefícios relatados e, também, restrições e cuidados para vacinação de crianças e adultos com doenças raras, assim como pacientes imunocomprometidos. Tal destaque chama a atenção para outra questão bioética: crianças não estão incluídas no processo de vacinação. As recomendações de aplicação se restringem aos adultos. Ainda, em função das características dessa doença e da avaliação do perfil epidemiológico, têm sido priorizados os segmentos da população nos quais houve mais óbito ou nos quais a doença foi mais grave, como já afirmado.

Essa situação permite algumas ilações: (a) uma vez que as vacinas ainda não têm comprovação de segurança para crianças (com doenças raras ou não), deve-se aguardar a publicação de novos resultados; (b) há risco aumentado de adoecimento grave por COVID-19 em algumas condições genéticas, raras ou não, relatadas em estudos clínicos, como é o caso da Síndrome de Down e da anemia falciforme; isso significa que adultos com tais condições devem e têm sido incluídos na lista de priorização; (c) as crianças e adultos com doenças raras são cuidadas por familiares, que podem adoecer e transmitir a doença, o que seria minimizado caso fossem vacinados; (d) algumas das pessoas com doenças raras estão em *home care*, recebendo a visita de profissionais de saúde, que também deveriam ser incluídos nas listas de priorização.

No atual momento, a vacina é um recurso escasso e deve ser administrada prioritariamente nos profissionais de saúde atuantes no enfrentamento da pandemia, estendendo-se, em seguida, aos demais grupos prioritários. O cadastro para vacinação de cuidadores familiares e de adultos com doenças raras com risco de doença grave por coronavírus pode se configurar, inclusive, numa oportunidade de produzir um censo para doenças raras no Brasil. Por fim, cabe lembrar que a maioria das crianças com doenças raras não receberá vacina e, neste momento, a forma solidária e cidadã de proteger esse grupo vulnerável é vaciná-lo. A pandemia reduziu o acesso aos tratamentos correntes e a qualidade de vida, já combatida pelo quadro clínico e social, ainda que o antifrágil Sistema Único de Saúde - SUS tenha reinventado caminhos para cuidar desse grupo. Vacinar-se é um exercício de solidariedade para com essas pessoas.

Seria impossível esgotar toda a diversidade de temas bioéticos que o contexto da vacinação emergencial estabelece. Entretanto, tem se tornado cada vez mais evidente que há assimetrias globais na distribuição de vacinas, ainda que parte dos ensaios clínicos aconteça em alguns países pobres e sem condições econômicas para adquirir vacinas para toda a sua população. São questões de macro bioética que precisam ser avaliadas à luz de evidências,

mas que repetem o padrão colonial da indústria farmacêutica, por exemplo, a proposição de ensaios clínicos com placebos, quando já há vacinas efetivas ou a facilitação de compra/venda excedentária de doses para países desenvolvidos. Aos países pobres, cabe aderir aos consórcios propostos pela OMS e outros órgãos internacionais. Quer seja em âmbito local ou em âmbito internacional, a discussão bioética nunca foi tão necessária.

NOVOS DESAFIOS E RESPONSABILIDADES DO TRABALHO DA ENFERMAGEM NO PROCESSO DE VACINAÇÃO

A partir das reflexões até aqui oferecidas, numa perspectiva bioética mais geral, chega-se ao momento de apontar alguns desafios éticos contemporâneos para o trabalho da enfermagem, no que se refere à vacinação contra a COVID-19. Isso pressupõe considerar as diferentes dimensões do processo de trabalho desses profissionais, a saber, o cuidado, a gestão do cuidado e a educação em saúde, além da dimensão investigativa necessária às profissões da saúde. Tais dimensões, embora tenham ações autônomas configurando processos específicos de trabalho, estão substancialmente imbricadas no seu desenvolvimento, expressas em práticas cotidianas interdependentes⁽¹³⁾. Ou seja, o processo de trabalho do cuidado de enfermagem se articula e depende diretamente das ações de gestão do cuidado, bem como incorpora inevitavelmente a dimensão educativa no seu desenvolvimento.

Compreender a vacinação como processo requer pensá-la para além de um simples ato de aplicação de uma vacina, pois isso envolve desde a pesquisa que produz novo conhecimento, novo imunobiológico, novas técnicas, como também todo o planejamento e organização das ações de vacinação. Para pensar os desafios enfrentados no processo de trabalho da enfermagem na vacinação, tomamos como referência os níveis contextuais que D'Amour e Oandasan⁽¹⁴⁾ indicam para se pensar em práticas colaborativas e interprofissionais: contexto micro, espaço onde se estabelecem os vínculos entre os agentes, com os atributos pessoais, sejam usuários, sejam profissionais; contexto meso que privilegia as relações, as formas de interações e comunicações desenvolvidas no âmbito organizacional entre instituições e organizações envolvidos no processo; contexto macro, onde se dá a inter-relação entre os sistemas político, socioeconômico e cultural.

Os desafios que a enfermagem enfrenta cotidianamente no seu trabalho de vacinação certamente se intensificaram na rotina de vacinação contra a COVID-19. Embora essa experiência seja ainda muito recente, muitos obstáculos e dificuldades se apresentaram, cujos desdobramentos tiveram forte potencial para gerar problemas éticos importantes, que passamos a discutir.

No contexto micro do processo de trabalho da enfermagem na vacinação, onde se dá o encontro entre profissional e usuário para efetivar o ato de vacinar, foram recorrentes os problemas relacionados a erros no armazenamento, na preparação, na administração do imunobiológico e nas orientações aos usuários. Na rotina dos trabalhadores da sala de vacinação, há problemas técnicos referentes à perda técnica ou física de imunobiológicos. Teixeira *et al.*⁽¹⁵⁾ reiteram o caráter evitável dessas perdas, uma vez que elas são decorrentes do descumprimento de alguma normativa ou de procedimentos incorretos, embora denúncias ainda não esclarecidas reportem o volume insuficiente para o número de doses anunciado no frasco, assim como insumos inadequados (seringas e agulhas). Destacam-se, por exemplo, quebra de frasco, procedimentos inadequados no acondicionamento e refrigeração, falta de energia elétrica, falha no transporte. Falhas técnicas resultantes de problemas complexos se referem à troca de marca de vacinas no momento da segunda dose, assim como erros de dosagem e de aplicação. Essas falhas sinalizam para possível falta de capacitação e, também, de desatenção e negligência dos trabalhadores, embora sejam diretamente relacionadas à gestão do serviço de vacinação, que deve se responsabilizar por prover a competência e os recursos suficientes e adequados para o desempenho das atividades. Não podemos deixar de apontar também os efeitos do desmonte e as insuficiências do SUS, para a efetividade do princípio da integralidade à saúde, em face das medidas de “desfinanciamento” com a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016⁽¹⁶⁾, que congela os gastos públicos por 20 anos, e a Portaria GM n. 2.436/2017, do Ministério da Saúde, que estabelece novas diretrizes para a organização da Atenção Básica, com repercussões nas práticas e no trabalho dos profissionais de saúde⁽¹⁷⁾.

Esse conjunto de problemas, embora costumeiramente atribuído à técnica, exemplifica bem a estreita relação da técnica e da ética, ou de competências técnicas e éticas, na medida em que integra mútuas relações entre: responsabilidades individuais dos profissionais; responsabilidades institucionais e de gestão; condições de trabalho e de proteção individual; possibilidade de erro/iatrogenia e ausência de justificativa moral para não assumir o erro; dano potencial e muitas vezes oculto do erro, entre outros.

Já os problemas éticos mais veiculados foram aqueles relacionados à falsa administração da dose, ocultando a seringa do usuário supostamente vacinado. Para além da atitude imoral do trabalhador que coloca em risco a pessoa vacinada, do ponto de vista civil se configura como ação dolosa à vítima e à sociedade, uma vez que o ato impacta a imunidade individual e coletiva.

No caso da vacinação da COVID-19, a questão macro do negacionismo científico e de interpretações político-ideológicas têm resultado em posicionamentos e decisões individuais de não vacinação. Isso coloca em evidência um debate em torno da ideia da vacina em tempos de epidemia como um bem comum de caráter compulsório. Assim, o interesse coletivo se sobrepõe ao interesse individual, onde a rígida restrição das liberdades individuais se torna legítima ao considerar o “princípio da proteção do ‘corpo social’ contra as ameaças de indivíduos e grupos que possam prejudicá-lo”⁽¹⁸⁾. Adiciona-se a tal obrigação moral de cidadania o dever profissional de contribuir para medidas sanitárias de bem comum, que devem estar acima de posições pessoais, impedindo de, por exemplo, propagar opiniões ou fazer campanha antivacina.

No âmbito do contexto meso, as relações institucionais durante a pandemia configuraram os principais desafios éticos por visibilizar os conflitos político-ideológicos presentes no funcionamento do SUS. Precisamos enfatizar que o SUS é um sistema interfederativo, em que o princípio da descentralização é fundamental para se garantir a articulação entre a gestão dos sistemas estaduais e municipais com a esfera federal. Dentre os sérios prejuízos que esses conflitos acarretaram ao Programa Nacional de Vacinação da COVID-19, se destaca a incompetente ou autoboicotada aquisição de vacinas pelo governo federal (instância que detém os recursos financeiros para tal), mobilizando estados e municípios para a compra de vacinas. Essa situação coloca em pauta tanto a omissão e negligência do MS quanto o necessário compromisso ético e social de estados e municípios para com a população do território sob sua responsabilidade sanitária.

Para além desse conflito interfederativo (contexto macro), no âmbito da gestão das ações de vigilância epidemiológica envolvendo o monitoramento da vacinação, outros desafios se colocaram. A extensão e a capilarização territorial das ações de vacinação se devem à eficiente implantação e gestão de um programa nacional que, desde 1973, garantiu acesso às vacinas e qualidade no sistema de vigilância da cobertura vacinal em todo o território nacional. Entretanto, a deficiente gestão federal na vacinação tensionou a gestão territorial do processo de vacinação. Num cenário de escassez de vacinas, mudanças normativas abruptas provocaram instabilidade no processo, descontentamento e desconfiança da população, desgaste dos trabalhadores e imobilização dos gestores.

Nesses casos, amplia-se a responsabilidade dos profissionais que, em qualquer esfera de governo ou tipo de serviço, deve primar pelo embasamento científico de sua prática, atentar-se para a rápida atualização, própria e da equipe com que atua, e pautar-se pela máxima cautela na divulgação de informações e orientações aos usuários. Na situação presente, ficou evidente que opinião não é base para informação e pode atentar contra princípios, como o da honestidade, veracidade e responsabilidade.

Por fim, é importante considerar, como apontam Lessa e Schramm⁽¹⁸⁾, a formação de uma tendência cultural em torno do poder preventivo das vacinas, provocado pela articulação entre a evolução da biotecnologia preventiva e o crescente rol de problemas tratáveis e preveníveis por meio de imunização. Os autores advertem que tal panaceia se encontra no centro das relações de poder travadas entre Estado, indústria farmacêutica e cidadãos. Considerando o âmbito das relações de poder, as atuais políticas de vacinação podem ser pensadas como potenciais práticas de controle da vida humana exercidas pelo Estado no sentido de enfrentar e combater a pandemia. Porém, é preciso atentar para os diversos interesses em jogo, com um volume imenso de recursos financeiros envolvidos e práticas comerciais dominantes do âmbito privado.

Em realidade, o paradigma sanitário vigente faz surgir a cada ano novas vacinas, na esperança de se controlar as epidemias e pandemias. Mas os novos produtos, com alto valor agregado, implicam preços elevados e, em consequência, lucros também ampliados, despertando a atenção de grandes transnacionais que estão se organizando em poucos cartéis. Isso torna o mercado de vacinas altamente lucrativo e oligopolizado⁽¹⁸⁾, anunciando crescentes desafios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ciência aponta para um cenário de futuro no qual as epidemias e pandemias podem se tornar cada vez mais frequentes e a estratégia da vacinação assumirá ainda mais um crucial papel de prevenção. Os desafios a serem enfrentados referem-se aos conflitos da realidade concreta das iniquidades sociais, agravadas pela omissão ou necropolítica do Estado, quando a vulnerabilidade geral se transforma em vulneração crescente. No atual e em futuros contextos, uma política nacional de vacinação se reveste de valores políticos, sociais e econômicos, mas também de valores morais, como a solidariedade, a responsabilidade individual e coletiva e a justiça social.

A responsabilidade sanitária se constrói coletivamente, com as pessoas nos diferentes lugares da vida social e profissional, com o Estado e diferentes setores, mediante políticas públicas coordenadas, de forma a prevalecer o bem comum e a reafirmar a saúde como direito e a atenção integral à população. A capacidade política depende de uma comunicação que considere o princípio da autonomia e o respeito à diversidade cultural, intermediando as contradições e diferenças sociais e os diversos interesses ideológicos e de mercado em jogo, que colocam em risco a proteção das pessoas.

Os trabalhadores de enfermagem - enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, têm um papel importante na produção do trabalho coletivo em saúde e inegável protagonismo no processo de vacinação no SUS. Os profissionais da área da saúde, em geral, têm sofrido os efeitos do desmonte do SUS, onde a atividade trabalho se desenvolve em contextos sanitários precarizados, não protegidos e verticalizados, os quais podem implicar maior risco de erros profissionais. Os dilemas éticos profissionais no contexto da vacinação precisam ser analisados, problematizados e investigados sob as perspectivas deontológica, social, política, sanitária e laboral, cultural e bioética.

A bioética tem o compromisso de identificar respostas aos problemas de saúde, considerando nosso contexto brasileiro, com interesses paradoxais, desigualdades sociais e as complexidades presentes no processo de vacinas/vacinação. É fundamental estabelecer a confiança da população quanto à credibilidade das vacinas como um bem comum e coletivo, que transcende o interesse individual, com a devida responsabilidade do Estado. Assim, voltamos a atenção sobre a dimensão do protagonismo do trabalho dos profissionais de enfermagem, que se faz coletivo, interprofissional e pluridisciplinar, na condução e implementação do processo vacinal, em conformidade com diretrizes da Política Nacional de Imunização/SUS. Para o enfrentamento dos desafios éticos presentes nas vacinas e na atenção integral à saúde, é essencial que os profissionais de enfermagem sejam identificados com o escopo de sua profissão, para atuar como um ator social, com capacidade técnica, política, social e ética, com repercussões importantes para transformar relações e ações de saúde, de modo a fortalecer a proteção do direito à saúde.

AGRADECIMENTOS E FOMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) por meio do Programa de Professor Visitante Sênior Norte (PVS/N); Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, por meio da Bolsa de Pesquisador (PQ). Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIM)

REFERÊNCIAS

1. Greenhalgh T. *How to Implement Evidence-Based Healthcare*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2017. 280 p.
2. Rose N. Governing by numbers: Figuring out democracy. *Accounting, Organ Soc.* 1991;16(7):673–92. [https://doi.org/10.1016/0361-3682\(91\)90019-B](https://doi.org/10.1016/0361-3682(91)90019-B)
3. Sagan C. *O mundo assombrado pelos demônios: a ciência vista como uma vela no escuro*. São Paulo: Editora Companhia das Letras; 2006. 512 p.
4. Verdi M, Caponi S. Reflexões sobre promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto Contexto Enferm.* 2005;14(1):82–8. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000100011>
5. Aulete C. *Aulete Digital. Dicionário contemporâneo da língua portuguesa: Dicionário Caldas Aulete, vs online* [Internet]. 2021 [cited 2021 May 10]. Available from: <https://www.aulete.com.br/>
6. Leavell H, Clark EG. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
7. Berlinguer G. Bioética da prevenção. *Rev Bioética* [Internet]. 1994[cited 2021 May 10];2(2):117–22. Available from: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/457
8. Foucault M. *Segurança, Território, População*. São Paulo: Martins Fontes; 2008. 590 p.
9. O'Mathúna DP, Gordijn B, Clarke M. *Disaster Bioethics: Normative Issues When Nothing is Normal V.2*. Dublin: Springer International Publishing, 2014. 228 p.
10. National Library of Medicine (US). *Clinicaltrials.gov. National Library of Medicine* [Internet]. 2021[cited 2021 May 10]. Available from: <https://clinicaltrials.gov/ct2/results?term=vaccine&cond=covid&cntry=BR>
11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Plano de monitoramento de eventos adversos de medicamentos e vacinas pós-autorização de uso emergencial: diretrizes e estratégias de farmacovigilância para o enfrentamento da COVID-19* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021[cited 2021 May 10]. 26 p. Available from: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/fiscalizacao-e-monitoramento/farmacovigilancia/outras-publicacoes/dire5plano_farmacovigilancia_vacina_covid-19-v7.pdf
12. Ministério de Saúde (BR). *Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a Covid-19* [Internet]. 5 ed. Brasília, 2021 [cited 2021 May 10]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/23/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19-de-2021>
13. Leopardi MT, Gelbcke F, Ramos FRS. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? *Texto Contexto Enferm.* 2001;10(1):32–49.
14. D'Amour D, Oandasan Y. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care.* 2005;19(suppl-1):8–20. <https://doi.org/10.1080/13561820500081604>
15. Teixeira VB, Abreu HSC, Silva HCDA, Messias CM, Barboza BFS, Silva MRB. Os desafios do profissional de enfermagem para uma cobertura vacinal eficaz. *Nursing* [Internet]. 2019[cited 2021 May 10]; 22(251): 2862–67. Available from: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/251/pg47.pdf>
16. Presidência da República (BR). *Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências* [Internet]. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 15 dez. 2016[cited 2021 May 10]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm
17. Ministério da Saúde (BR). *Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017[cited 2021 May 10]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
18. Lessa SC, Schramm FR. Proteção individual versus proteção coletiva: análise bioética do programa nacional de vacinação infantil em massa. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(1):115–24. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.14882013>