

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE DIREITO
DIREITO NOTURNO

Edilayne do Nascimento Moraes dos Santos

O dilema da COVID: A Vulnerabilidade e Autonomia da pessoa privada de liberdade

Juiz de Fora
2022

Edilayne do Nascimento Moraes dos Santos

O dilema da COVID: A Vulnerabilidade e Autonomia da pessoa privada de liberdade

Dissertação apresentada a Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel. Área de concentração: Direito.

Orientador: Prof^ª Dr^ª Maria José Guedes Gondim de Almeida

Juiz de Fora

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Santos, Edilayne do Nascimento Moraes dos .
O dilema da COVID : A Vulnerabilidade e Autonomia da pessoa privada de liberdade / Edilayne do Nascimento Moraes dos Santos. -- 2022.
67 f.

Orientadora: Maria José Guedes Gondim Almeida
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Direito, 2022.

1. Autonomia. 2. Vulnerabilidade. 3. Bioética. 4. COVID. 5. Pessoas privadas de liberdade. I. Almeida, Maria José Guedes Gondim, orient. II. Título.

Edilayne do Nascimento Moraes dos Santos

O dilema da COVID: A Vulnerabilidade e Autonomia da pessoa privada de liberdade

Dissertação apresentada a Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel. Área de concentração Direito, submetida a seguinte banca examinadora:

Aprovada em ____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria José Guedes Gondim Almeida - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Bruno Stigert de Sousa
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. João Becon de Almeida Neto
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico este trabalho ao Pai, sem Ele nada
poderia fazer.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me ajudado até aqui, durante toda a minha vida acadêmica e pessoal, sendo que, sem Ele, eu não alcançaria o que alcancei, nem seria o que sou.

Agradeço também a minha orientadora, a professora Maria José, que além de me ensinar, me inspirou a buscar entendimentos que até o momento eu não me atentava, sendo a força motriz que me levou a abrir minha concepção de mundo e servindo como um divisor entre aquilo que eu pensava e o que penso hoje. Além disso, apesar de toda as suas ocupações acadêmicas e profissionais, conseguiu me dedicar seu tempo nessa empreitada, me ajudando a consumir o mais importante sobre esse tema.

Agradeço a minha família, que detém todo meu amor e que sempre me apoiou, esteve comigo em todos os momentos, sonhou meus sonhos comigo e me ajudou nos momentos de luta. Ao meu pai, Edinaldo, por confiar em mim e me inspirar a querer crescer. A minha mãe, Mariza, por ser meu exemplo de vida e minha inspiração como mulher e como cristã. A minha irmã, Dayane, por me amar, mesmo que seja da sua forma, e me ajudar, servindo de suporte para mim em diversos momentos, me ouvindo e aliviando o fardo. Agregadamente agradeço ao Sebastião, que Deus enviou para somar, sendo agora parte integrante da nossa família e assumindo uma figura de amigo, pai, pastor e professor.

Agradeço as minhas amigas e aos meus amigos, que sempre me ajudaram e me acompanharam, não permitindo que as lutas fossem demasiadamente pesadas. Em especial, agradeço a Bruna, minha eterna dupla de faculdade, a Stéfany, amiga que o colégio me deu e que me acompanha até hoje, a Amanda, minha amiga fiel que sempre esteve comigo, nos momentos bons e difíceis, a Monique, minha dupla que Deus me deu, que sempre me acode e me sustenta.

Por último, mas não menos importante, agradeço a Universidade Federal de Juiz de Fora, a Faculdade de Direito e a todo seu corpo acadêmico por serem inexprimíveis em seu ofício de orientar, instruir e ensinar. Agradeço também a todos os professores que me acompanham em minha empreitada, desde o jardim da infância até o ensino superior, tendo todos contribuído para esse caminho. Em especial, gostaria de deixar um agradecimento a professora Monica Mendonça, que acreditou em mim mesmo quando a maioria não acreditava quando eu tinha apenas 10 anos e me impulsionou a alcançar meus sonhos e objetivos.

“Faço amplo uso de meus ouvidos e sigo o que é bom daquilo que ouvi; faço amplo uso dos meus olhos e retenho na minha mente o que vi” (CONFÚCIO, 2012, p. 15)

RESUMO

Este trabalho de conclusão trata dos conceitos da bioética aplicados as pessoas privadas de liberdade frente aos impactos provocados pela pandemia do COVID-19. Para abordar esse tema, buscou-se, primeiramente, apresentar os conceitos e trabalhá-los de forma conectada e multidisciplinar, abordando os problemas inerentes a essa perspectiva e fomentando o debate acerca do objeto. Para tanto, realizou-se uma análise qualitativa da doutrina, de obras e artigos, e dos diplomas legais, a luz da Constituição Federal, das leis específicas e legislações internacionais, concluindo com a pesquisa bibliográfica. O objetivo foi demonstrar a essencialidade da defesa da autonomia e da dignidade da pessoa humana da pessoa privada de liberdade, frente a sua vulnerabilidade e condição de encarcerado. O resultado foi embasado nas obras do filósofo Michel Foucault e da professora Adriana Maluf.

Palavras-chave: Autonomia. Vulnerabilidade. Bioética. COVID. Pessoas privadas de liberdade.

ABSTRACT

This term paper deals with bioethics concepts applied to persons deprived of freedom in the face of the impacts caused by the COVID-19 crisis. To address this issue, I first sought to show the concepts and work with them in a connected and multidisciplinary way, addressing the problems inherent to this perspective and fostering the debate about the object. But for this, I took place a qualitative review of the doctrine, the literary works, articles and the legislation, in view of Federal Constitution, specific laws and international treaties, and finally a bibliographic research. My goal was to demonstrate the essentiality of defense the autonomy and dignity of the human person, mainly of the person deprived of freedom, in front of your vulnerability and incarcerated condition. The result was based on the works of the philosopher Michel Foucault and the teacher Adriana Maluf.

Keywords: Autonomy. Vulnerability. Bioethics. COVID. Persons deprived of freedom.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
LEP	Lei de Execução Penal
ONU	Organização das Nações Unidas
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
SUS	Sistema Único de Saúde
SISDEPEN	Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
LGBTQI+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer e Intersexo e mais.
SARS-COV	Síndrome respiratória aguda grave provocado pelo Coronavírus
COVID	Doença por coronavírus

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	DIREITOS HUMANOS E FUNDAMENTAIS	13
2.1	Direitos Humanos e sua percepção no cenário internacional	13
2.2	Direitos fundamentais e sociais na Constituição de 1988	14
3	DIREITOS À SAÚDE	17
3.1	Conceito de saúde	17
3.2	Direito a saúde no ordenamento jurídico brasileiro	18
3.3	Princípios do direito à saúde.....	20
3.4	Papel do Estado e seus problemas na prestação do direito à saúde	22
4	BIOÉTICA	23
4.1	Bioética como direito fundamental	23
4.2	Definição de bioética.....	24
4.3	Princípios da bioética	25
4.3.1	Autonomia	25
4.3.2	Beneficência.....	27
4.3.3	Não-maleficência	28
4.3.4	Justiça	29
4.4	A vulnerabilidade como princípio para a bioética	30
4.5	Positivação da bioética no cenário internacional e nacional	32
5	ACESSO À SAÚDE DO PRESO	35
5.1	O Sistema prisional e a evolução do punir	35
5.2	A saúde do preso à luz da lei de execução penal	37
5.3	Os problemas do cárcere e a vulnerabilidade do preso	39
5.4	O cerceamento dos direitos de liberdade e sua influência na autonomia do preso.....	42
6	A PANDEMIA E SEUS IMPACTOS NOS PRESÍDIOS	44
6.1	A pandemia no cárcere e o agravamento das condições insalubres.....	45
6.2	O descaso com os funcionários do sistema prisional e o terror do labor	47
6.3	A distribuição da vacina e a sugestão de “Cobaia Humana”.....	49
6.4	A vulnerabilidade como princípio para a bioética	49
6.5	Positivação da bioética no cenário internacional e nacional	51
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	BIBLIOGRAFIA	56

1 INTRODUÇÃO

O avanço da ciência tecnológica e dos estudos da biociência não conseguiram conter o caos causado pelos efeitos de um vírus já existente. Desde o final de 2019, a variante do coronavírus, denominada de SARS-CoV-2¹, trouxe instabilidade e medo, atingindo as esferas médicas, laboratoriais, econômicas e políticas de todo o globo terrestre. Com uma doença altamente contagiosa, de manifestações predominantemente respiratórias e da qual pouco era sabido até então, levou a contaminação em 210 países ainda no primeiro trimestre de 2020. No Brasil, apesar do temor ocasionado pelos fatos narrados em outros países, o primeiro caso surgiu em fevereiro de 2020, o que culminou logo no dia 12 de março do mesmo ano com a primeira morte confirmada, levando ao decreto da Câmara dos Deputados, em 18 de março de 2020, reconhecendo o estado de calamidade pública no país (MATTA, 2021, p. 28).

Diante dessa perspectiva, a vulnerabilidade de alguns grupos outrora já explícita se intensificou principalmente devido as medidas sanitárias recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como forma de prevenção ao contágio e controle da situação pandêmica. Um desses grupos extremamente hipossuficiente é o da população carcerária que, mesmo antes da pandemia, já sofria com o esgotado recurso a ele destinado e as poucas condições de cuidados médicos, o que foi intensificado com a crise hospitalar, cerceando mais ainda seus cuidados e demonstrando a deficiência do sistema. Além da crise nos cuidados médicos, a falta de profissionais em ambientes de isolamento e as condições insalubres dos presídios também culminaram em um “caos dentro do caos” criado pelo vírus, agravando a contaminação nesses ambientes. Ademais, as medidas de isolamento foram um ponto a mais do suplício vivenciado, vez que, com a privação da liberdade, a visita tornou-se o único meio de contato com o mundo externo aos muros das prisões, o que, devido a sua restrição, contribuiu para o adoecimento mental e psicológico dos encarcerados.

Préviamente ao início da pandemia, a população carcerária no Brasil, em todos os seus regimes, já somavam um total de 773.151 pessoas privadas de liberdade, sendo que 33% desse número ainda é considerado preso provisório, uma vez que ainda não teve sua sentença decretada, número alto que contribui para o aumento da superlotação do sistema carcerário no país, que no ano de 2020 já apresentava um déficit de 312.125 vagas, totalizando uma superlotação de mais de 160% da capacidade dos presídios (MARTINS, 2020). Esses

¹ Vírus da família coronavírus, grupo de distintos elementos que se assemelham pelo formato e consequências, que ao infectar o ser humano provoca a doença denominada COVID-19, denominado de novo coronavírus devido a pouca informação detida sobre tal pela ciência.

números foram um fator obstáculo no combate a Covid-19 dentro dos estabelecimentos, o que resultou na morte de aproximadamente 334 pessoas, incluindo presos e servidores, até março de 2021, com um ano de pandemia decretada no país, número alto ainda confrontando com o número de confirmados de contaminações, 67.262, em um ambiente de baixa circulação de pessoas e produtos. As condições insalubres dos ambientes e a superpopulação, contribuíram com a crescente contaminação, acrescidas a carência de funcionários especializados no tratamento, o que favoreceu o número de alto óbitos, inclusive de agentes.²

Com o foco na saúde, muito se buscou a falar sobre a posição do paciente frente ao tratamento do novo vírus, uma vez que, o pouco de conhecimento pela comunidade científica gerara inseguranças em diversos segmentos da sociedade. A vulnerabilidade do paciente é baseada no estado natural do ser humano como alguém vulnerável, passando de um “ser” para um “estar” vulnerável devido a uma característica específica (HOSSNE, 2009, p. 41). Já a visão de Schramm (2006, p. 188), parte para uma concepção da situação de fato da vulnerabilidade, não apenas uma mera potencialidade inerente a condição humana. Ao se tratar de uma população carcerária em um período de crise sanitária, percebe-se uma dupla vulnerabilidade, de um lado a vulnerabilidade pela condição de ser paciente e de outro lado a vulnerabilidade pela condição de ser um prisioneiro a critério da vigilância constante. Este último critério torna-se mister no estudo da autonomia do preso, uma vez que o debate da tomada de decisão de um paciente, de um modo geral, já é conturbado, logo encontrar esse princípio dentro de uma instituição, que tem por finalidade cercear o direito de liberdade é de sobremodo difícil. Não obstante, outros ideais da bioética devem ser apurados, como o princípio da não-maleficência e beneficência, já que, mesmo com o histórico problemático, é dever ético de um médico se responsabilizar em evitar danos a um paciente e atendê-lo da melhor maneira possível, sem nenhuma forma de discriminação, conforme expressa o Código de Ética Médica³ e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem⁴.

2 Dados retirados do website do Governo Federal (GOVERNO DO BRASIL, 2020) e do Portal do Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2021), com informações fornecidas a data da redação deste texto.

3 O atual Código de Ética Médica foi redigido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Um dos princípios basilares da ética médica, trazida logo em seus capítulos iniciais como fundamental, é o tratamento sem discriminação com total foco na beneficência do ser humano, zelando pelo perfeito exercício e buscando o máximo de conhecimento possível.

4 O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem foi um documento que sofreu diversas alterações conforme as determinações do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) com a resolução nº 564/2017, sendo considerado como um dos alicerces das práticas dos profissionais da saúde, baseado nos princípios universais da prestação do serviço com qualidade, da dignidade da pessoa humana e da não maleficência.

Com isso, visa-se demonstrar, de forma geral, a relação entre a aplicabilidade dos princípios da bioética nos estabelecimentos de execução penal, exclusivamente nos presídios e penitenciárias, no tocante as medidas de prevenção e de tratamento do vírus da Covid-19. Para tanto é necessário destacar a importância dos direitos humanos e fundamentais principalmente na ascensão dos princípios bioéticos, tais como a beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça, assim como o novo papel da bioética no diagrama jurídico atual. Dessa forma, deve-se ressaltar a vulnerabilidade já existente na população carcerária e a carência de autonomia devido a restrição do direito à liberdade, principalmente no tocante a sua saúde enquanto detento em um estabelecimento restritivo de liberdade, finalizando com o impacto da pandemia para essa população e os agentes que ali atuam.

Portanto, visando cumprir com todos esses objetivos, ora propostos, esse estudo será dividido em três partes. Na primeira parte, apresentará os direitos humanos, fundamentais e sua relação com a bioética, assim como um pequeno friso sobre a evolução ideológica do seu conceito e uma exposição dos princípios básicos da bioética e sua aplicação no mundo fático. Sendo, portando, finalizado com a importância da ideia de vulnerabilidade e a positivação da bioética no atual ordenamento jurídico brasileiro. Dessa forma, será repartido de modo a explanar sobre o direito a saúde e a bioética, a luz da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) dos direitos humanos internacionais e das convenções de bioética e biodireito.

Já a segunda parte aduzirá mais especificamente a população carcerária e a sua vulnerabilidade. Para isso será feito uma exposição sobre a situação dos cárceres no Brasil, os seus direitos respaldados na Lei de Execução Penal e legislação específica e a saúde dentro dos presídios. Avançando, será destacado a vulnerabilidade dessa população, assim como a carência de autonomia devido a restrição de direitos. E por fim, tratar-se-á dos problemas pré-existentes do cárcere na realidade brasileira, com foco nos pensamentos de Michel Foucault a respeito dos métodos punitivos e realidade das prisões, de sua obra *Vigiar e Punir*, de 1975, e Loïc Wacquant com seus conceitos de *"Punishing the poor"*.

A derradeira parte é focada nos impactos da pandemia do COVID-19 sobre a população carcerária e os agentes que atuam dentro dos estabelecimentos penais, ressaltando como se deu o tratamento de pessoas contaminadas diante das dificuldades de acesso a saúde dentro dos cárceres. Por fim será frisado como as medidas de prevenção de contaminação impactou da vida daqueles que já eram privados de liberdade, concluindo com a importância da aplicação dos princípios da bioética mesmo em momentos de calamidade pública.

Quanto a metodologia aplicada pode ser definida como descritiva, uma vez que busca avaliar um problema já existente com fonte em uma revisão bibliográfica de artigos e

ensaios acadêmicos além de obras de autores já reconhecidos como Norberto Bobbio e Michel Foucault, além de especialistas na área de bioética como Maria Helena Diniz, Guy Durant e Adriana Maluf. Além disso, trata-se de uma abordagem qualitativa uma vez que o critério de identificação não é a análise de dados outrora coletados e conceitos já apresentados, com foco em sua correlação, semântica e aplicação na realidade. Já no tocante ao método utilizado condiz com o dedutivo, visto que se aplica a generalidade dos princípios bioéticos e da realidade das prisões para alcançar a aplicação desses ideais aos encarcerados durante a pandemia. Em síntese, será utilizado a pesquisa bibliográfica, a análise legislativa e o levantamento histórico com a finalidade de constatar o fenômeno ainda atual.

É compartilhado a ideia de que, independentemente da posição do encarcerado na qual responde por um ato ilícito e por isso sofre uma punição, com a evolução da execução penal e da nova ideia do “punir”, é impreterível a defesa dos direitos mínimos inerentes a pessoa humana, tais como a dignidade, saúde e vida, além dos princípios basilares da bioética no tocante ao direito do paciente. Logo não deve ser ferida a autonomia do paciente, ainda que dentro de uma instituição prisional, no que diz respeito a sua saúde, assim como independente de qual seja o paciente, deve ser resguardado a não maleficência e a benevolência, respeitando inclusive a dignidade da pessoa humana e a não discriminação.

2 DIREITOS HUMANOS E FUNDAMENTAIS

Exasperadamente criticado e tratado de forma pejorativa, os Direitos Humanos e as garantias fundamentais ainda norteiam a forma de vida em sociedade. Os Direitos do Homem, conforme expressa Thomas Paine em sua obra “Os Direitos do Homem (*The Rights of Man*)”, podem ser concebidos como “a conjunção dos direitos naturais, que correspondem ao Homem pelo mero fato de existir, e dos direitos civis, vale dizer, aquele conjunto de direitos que correspondem ao Homem pelo fato de ser membro da sociedade” (TAVARES, 2012, p. 493 apud PAINE, 1996).

2.1. *Direitos humanos e sua percepção no cenário internacional*

Com sua primeira influência significativa sendo na Magna Carta da Inglaterra, de 1215, cujo o intuito foi de embargar o poder absoluto monárquico assim como promover garantias de uma minoria e proteção ao clero e nobreza. Inicialmente não foi criada com o objetivo de se estabelecer como uma declaração de direitos de liberdade, sendo apenas uma forma de reforçar o regime feudal existente (ARAKAKI, 2018, p.30, apud BURNS, 1970, p. 445). A partir de então, houve a promulgação da Declaração de 1689, a *Bill of Rights*, que levou ao fim o absoluto poder monárquico na Inglaterra, produzindo então significante restrição ao poder estatal (ARAKAKI, 2018).

A razão obstante vinculada até então levou ao seu real marco de insurgência, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, sendo aprovada pela Assembleia Constituinte da Revolução Francesa como ato de cisão entre o antigo regime altamente centralizado, déspota e desigual, levando a necessidade de uma criação de um sistema de regimentos que atribui ao indivíduo direitos inalienáveis condicionados à sua mera situação de ser humano, extrínsecos à sua condição de pertencer a um grupo específico ou possuir algum poder. (CRUZ, 2012, p.18)

Após a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1945, foi aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1948, a Declaração Universal de Direitos Humanos, documento que positivou na esfera internacional os direitos inerentes ao ser humano, colocando-o sob outro paradigma que condiz com:

a necessidade de seu reconhecimento assim como da dignidade humana como fundamentos da liberdade, justiça e da paz mundial, fazendo prevalecer a liberdade individual, a igualdade ente os seres humanos e o ideal democrático como forma de atingir o progresso econômico social e cultural. (ARAKAKI, 2018, p.137, apud SILVA, 2000)

2.2. Direitos fundamentais e sociais na Constituição

Logo os direitos humanos são os direitos e garantias inerentes a pessoa humana em um nível internacional, de amplitude global. Já os direitos fundamentais podem ser reconhecidos como aqueles atribuídos a pessoa humana quando “reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado” (SARLET, 2021, p.136), sendo, portanto, a positivação dos direitos humanos na ordem constitucional pátria, com maior grau de efetivação particularmente em face da existência de instâncias. Para Ferrajoli “são ‘direitos fundamentais’ todos aqueles direitos subjetivos que dizem respeito universalmente a ‘todos’ os seres humanos enquanto dotados do status de pessoa, ou de cidadão, ou de pessoa capaz de agir”. (FERRAJOLI, 2011, p. 9)

Conforme Manoel Gonçalves Ferreira Filho com esse reconhecimento os direitos ganham proteção e o gozo de serem garantidos pelo Estado conforme sua coercibilidade, devendo ser ao máximo restaurado se violado (FILHO, 2011, p. 49). São direitos que possuem uma natureza poliédrica⁵, com o objetivo exclusivo de proteger o ser humano em sua liberdade, necessidades e preservação (ARAÚJO; NUNES, 2000, p. 71-72). Garantias constitucionais são:

as providências que na Constituição se destinam a manter os poderes públicos no jogo harmônico das suas funções no exercício contrabalançado e simultâneo das suas prerrogativas. Dizemos então garantias constitucionais no mesmo sentido em que os ingleses falam nos freios e contrapesos da Constituição (BARBOSA, 1999, p. 272)

Enquanto a noção de direitos humanos e naturais leva uma ideia de universalidade, sendo condizente indistintamente com todos inerentes a sua forma humana ou natural, os direitos fundamentais, como positivados na Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, em seu artigo 5º, diferentemente podem ser especificados e até restringidos. Mesmo que em sua esmagadora maioria, conforme diz o *caput* do artigo citado, seja indiscriminadamente direcionada para todos, brasileiros e estrangeiros, alguns são inerentes aos brasileiros, como é o caso da ação popular, compondo assim os Direitos do Cidadão (FILHO, 2011, p. 49) ou Direito Fundamental do Cidadão (TAVARES, 2012, p. 500). Para Tavares as noções entre direitos fundamentais e direitos naturais se aproximariam no tocante de que a natureza humana seria portadora de certo número de direitos fundamentais, apesar de

⁵ De acordo com o professor Vidal Serrado Nunes Junior, essa natureza poliédrica se dá devido a prestação em resguardar a liberdade, direitos e garantias individuais, necessidades, direitos econômicos, sociais e culturais, e preservação, direitos à fraternidade e à solidariedade, do ser humano (NUNES JUNIOR, 2001, p. 40)

ser claro que esse rol não é absoluto e pode sofrer variações no decorrer do tempo. (TAVARES, 2012, p. 500)

Nesta toada, é perceptível as denominadas dimensões, criadas pelo jurista Karel Vasak (1983) que correlatam o momento de ênfase de determinados grupos de direitos fundamentais, as quais se sobrepõem, complementando-se com o passar dos anos. Em seu primeiro momento, reforçando o embate contra o poder indiscriminado do Estado, a primeira busca dos direitos humanos foi pela liberdade, dando-se com o primeiro direito que prevê proteção contra a prisão arbitrária, de tal forma que os direitos de primeira dimensão são os individuais e políticos, visando um individualismo protetor e considerando o Estado um inimigo contra o qual o humano deve ser protegido. (TAVARES, 2012, p. 504) Neste caso, é observável os limites do Estado, principalmente em sua função punitiva, sendo uma gênese para a atual percepção da forma de tratamento do sistema penal e de execução penal.

Não obstante, os de segunda dimensão são referentes aos direitos sociais, econômicos e culturais, que buscam a igualdade de oportunidade, partindo da dicotomia entre Estado e ser humano para a obrigatoriedade de a figura estatal zelar pelo bem estar do outro. Dessa forma não se objetiva mais a proteção contra o Estado, mas sobretudo a elaboração de um rol de pretensões exigíveis do próprio, que passa a atuar de forma a satisfazer algumas pretensões do humano, garantindo-lhe o direito de oportunidade iguais mediante políticas públicas. (TAVARES, 2012, p. 504)

Nesta seara encontra-se o direito à saúde como seu acesso básico de forma universal e em igualdade de oportunidades. Por fim a terceira dimensão condiz com os direitos coletivos e difusos ou de solidariedade e fraternidade englobando direitos como consumidor e ambiental. Dessa forma, o Estado deixa de ser antagonista ou garantidor para se tornar um mediador entre o protegido e o agente. (TAVARES, 2012. 504) Partindo da teoria geracional de Vasak, Paulo Bonavides admite uma quarta geração resultante da globalização, do acesso ao conhecimento e das descobertas científicas, caracterizada pelo biodireito e bioética:

Os direitos de quarta geração não somente culminam a objetividade dos direitos das duas gerações anteriores como absorvem – a subjetividade dos direitos individuais, a saber os direitos da primeira geração. Tais direitos sobrevivem, e não apenas sobrevivem, senão que ficam opulentados em sua dimensão principal, objetiva e axiológica, podendo, doravante, irradiar-se com a mais subida eficácia normativa a todos os direitos da sociedade e do ordenamento jurídico. (BONAVIDES, 2001, p. 525)

Por fim, é necessário realizar a distinção entre os dados direitos fundamentais, elencados no rol do artigo 5º da CRFB/88 e os direitos sociais, dispostos nos artigos seguintes. Apesar de fraternos, os direitos sociais possuem uma natureza prestacional do

Estado, atuando de forma positiva, visando melhor condições de vida e equidade, intrinsecamente ligados a igualdade e atuando como a positivação em âmbito interno da segunda geração dos direitos fundamentais. Conforme expressa Sarlet:

os direitos de defesa se identificam por sua natureza preponderantemente negativa, tendo por objeto abstenções do Estado, no sentido de proteger o indivíduo contra ingerências na sua autonomia pessoal, os direitos sociais prestacionais têm por objeto conduta positiva do Estado (ou particulares destinatários da norma), consistente numa prestação de natureza fática. Enquanto a função precípua dos direitos de defesa é a de limitar o poder estatal, os direitos sociais (como direitos a prestações) reclamam uma crescente posição ativa do Estado na esfera econômica e social. Diversamente dos direitos de defesa, mediante os quais se cuida de preservar e proteger determinada posição (conservação de uma situação existente), os direitos sociais de natureza positiva (prestacional) pressupõem seja criada ou colocada à disposição a prestação que constitui seu objeto, já que objetivam a realização da igualdade. (SARLET, 2001, p. 261)

Portanto, devido a essa busca por equidade, os direitos sociais são inerentes as lutas das classes menos favorecidas, como os trabalhadores, demandando uma ação positiva do Estado. Para Bobbio (1992, p. 5), é nesta seara que surge uma função inteiramente interveniente do Estado como garantidor do mínimo equalitário.

3 DIREITO A SAÚDE

Diante das perspectivas dos direitos fundamentais encontra-se a prerrogativa do constitucional do direito à saúde, realmente positivado na CRFB de 1988 em seu artigo 6º, no rol dos direitos sociais fundamentais. Préviamente a discussão de sua efetivação, tem-se a conceituação de saúde, que derroga diversos debates, tendo evoluído de uma mera ausência de comorbidade para um conceito amplo, abrangendo o bem-estar físico, psíquico e social do ser humano, transcendendo a mera relação de enfermo e sarado. Fugindo da premissa aristotélica, de que o bom é a essência e o mal é o acidente de se alcançar o bom, sendo, portanto, mais fácil inferir e contestar o primeiro do que o segundo (ARISTÓTELES, 1985, p. 165), o conceito de saúde sempre esteve no contraste de doença ou mal carnal, sofrendo com a vinculação irrestrita ao estado de “não-doença” como sua conceituação.

3.1. Conceito de saúde

Para a professora Sueli Dallari a evolução do conceito de saúde se deu a partir do pai da Medicina, Hipócrates, filósofo grego que viveu no século IV a.C., que traz referência a “influência da cidade e do tipo de vida de seus habitantes sobre a saúde e afirma que o médico não cometerá erros ao tratar as doenças de determinada localidade quando tiver compreendido adequadamente tais influências”, fazendo em sua vida todo o ensaio sobre doença e sua desmistificação, materializando-a como uma desorganização da unidade homem. Tal ideal inspirou Engels ao se deparar com a afirmativa que a própria cidade é responsável pelo nível de saúde das populações, ideia está fortemente debatida a partir de então. (DALLARI, 1988, p. 58)

Em 1851, Paris sediou a primeira Conferência Sanitária Internacional cujo objetivo foi de harmonizar os dilemas ocasionados pelas quarentenas nas embarcações prestando serviço ao comércio e navegações (OMS, 1958, p. 6). Tal reunião precede a criação da Organização Mundial da Saúde, em 1948, que instaurou a ideia moderna de saúde, buscando atingir um consenso universal entre as nações. Para Legge (2012), conforme expressa Deisy Ventura e Fernanda Perez (2014, p. 47) a OMS ocupa um “lugar único na saúde global, graças à sua visionária carta constitutiva – denominada Constituição, o que é incomum no sistema onusiano – que assegura um enfoque social da saúde, e afirma a saúde como um direito humano”.

A OMS (1946, p. 258) definiu em 1948 o conceito de saúde como não apenas a ausência de doença, mas a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Para Marco

Segre e Flávio Ferraz (1997), que utiliza os conceitos de Maria Cecília Donnangelo (1979), este conceito, apesar de avançada para a época, nada mais é do que uma definição “irreal, ultrapassada e unilateral” (SEGRE-FERRAZ, 1997, p. 539 apud Donnangelo, 1979). Para o autor, a imperfeição da definição se inicia com a precípua utilização da palavra “perfeito” vez que o conceito é inatingível e intangível no mundo real:

Se se trabalhar com um referencial “objetivista”, isto é, com uma avaliação do grau de perfeição, bem-estar ou felicidade de um sujeito externa a ele próprio, estar-se-á automaticamente elevando os termos perfeição, bem-estar ou felicidade a categorias que existem por si mesmas e não estão sujeitas a uma descrição dentro de um contexto que lhes empreste sentido, a partir da linguagem e da experiência íntima do sujeito. Só poder-se-ia assim falar de bem-estar, felicidade ou perfeição para um sujeito que, dentro de suas crenças e valores, desse sentido de tal uso semântico e, portanto, o legitimasse. (SEGRE-FERRAZ, 1997, p. 539)

Utilizando-se de Freud, Segre e Ferraz asseguram que renuncia, ainda que em virtude de um benefício, configura um constante sentimento de “mal-estar”. Essa renúncia é resultado da civilização formada através de uma constituição ou de regimentos a serem seguidos que extrapolam o estado de natureza. Portanto, é contraditório a ideia de uma lei alcançar a o bem-estar, primeiro por sua imaterialidade e segundo por sua inobservância em decorrência de uma restrição. Completa o professor:

A definição de saúde da OMS está ultrapassada por que ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social. Mesmo a expressão “medicina psicossomática”, encontra-se superada, eis que, graças à vivência psicanalítica, percebe-se a inexistência de uma clivagem entre mente e soma, sendo o social também inter-agente, de forma nem sempre muito clara, com os dois aspectos mencionados. (SEGRE-FERRAZ, 1997, p. 540)

Diante disso, corrobora a afirmativa que o conceito de saúde é complexo e ainda faltam meios de lograrem êxito em sua definição. No ordenamento jurídico brasileiro temos saúde não só como a redução do risco de doenças e de outros agravos⁶, mas também a promoção indispensável dos determinantes e condicionantes básicos, como alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

3.2. Direito a saúde no ordenamento jurídico brasileiro

Apesar da preocupação sobre saúde pública no Brasil ser desde a chegada na família real, foi com a República que a proteção da saúde do indivíduo ganhou mais espaço com a

⁶ Ideia está expressa em nossa carta constitucional em seu artigo 196, que traz uma noção fraca e pouco balizadora, inclusive em dissonância com o artigo 3 da lei 8.080/90, que ao ser mais abrangente inclui outros fatores de total importância para a constituição de um estado humano saudável.

com a criação, em 1897, da Diretoria Geral de Saúde Pública – DGSP – e dos institutos específicos de pesquisa. Posteriormente, sob a coordenação de Oswaldo Cruz, em 1903 inicia a reforma sanitária que criou o primeiro código no ano seguinte que previu, inclusive, a desinfecção, o arrasamento de edificações consideradas nocivas, a notificação dos casos de doenças preocupantes, políticas públicas e a inovadora campanha de vacinação obrigatória (MATTA, 2007, p. 33). Apesar das críticas e de ser considerado por muitos um “código torturador” devido sua rigidez nas ações propostas, é inegável o êxito de conseguir avançar bastante no controle e combate de algumas doenças e em seu estudo.

Foi apenas na década de 30, com o governo Vargas, que foi incluso na Constituição o dever do Estado de zelar pela saúde pública, apesar de ser um texto cujo maior enfoque é a população trabalhista (BRASIL, 1934). Com a Lei 378 de 1937 houve a reorganização do Ministério da Educação e Saúde, regulamentando seu exercício e instituindo ações para proteção da maternidade, infância e adolescência (MACEDO, 2016, p. 5). Já na década de 1950, seguindo o estado de Bem-Estar europeu que se deu depois do fim da 2ª Guerra Mundial, surgiu, no Brasil, a teoria desenvolvimentista que derroga a relação pobreza-doença-subdesenvolvimento, fomentando a necessidade de proteção a políticas públicas no tocante a saúde da população como condição de desenvolvimento para a nação (MATTA, 2007, p. 39).

Mas o desenvolvimentismo gerou riqueza e mobilizou recursos, o que levou a mudanças concretas nas cidades e novas demandas para o sistema previdenciário e para a saúde pública. A partir de então, as políticas de saúde configuram-se em um importante instrumento do Estado, não mais apenas pelo controle a ser exercido no espaço de circulação dos produtos e do trabalhador, mas principalmente pelo quantitativo de recursos que passou a mobilizar ã postos de trabalho, indústrias (de medicamentos, de equipamentos), ensino profissional, hospitais, ambulatórios e tantos outros. Estava constituída a base para a expansão do sistema de saúde e para a consolidação de um complexo produtivo, como veremos no tópico a seguir. (MATTA, 2007, p. 40)

Em 1988, a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil inspirou um espírito de redemocratização dos direitos, agindo com mais força na proteção dos direitos humanos e individuais, positivando-os com ideais pétreos inalteráveis. Nesta toada, ocorreu a real e mais impactante positivação do direito à saúde, de forma indiscriminada e universal, como um direito social, que deve ser garantido pelo Estado, assim como as políticas públicas de sua promoção. Também delegou ao Poder Público a prerrogativa de fiscalização, regulamentação e controle, além da necessidade de os serviços públicos de saúde integrarem uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde. A partir de então diversas regulamentações e instituições foram criadas para efetivar essa ideia

legislativa, inclusive a criação da Lei 8.080/90 que dispõe exclusivamente sobre a noção de saúde e suas diretrizes.

3.3. *Princípios do direito à saúde*

Apesar de não ser bem delimitado na doutrina os princípios basilares do direito à saúde, sua constitucionalidade é corroborada sob vista de alguns princípios inerentes a sua atividade. *A priori*, tratando da pessoa que recebe a proteção do direito sanitário temos os princípios do Sistema Único de Saúde, de forma doutrinária, sendo eles a universalidade, a equidade e a integralidade, de tal forma que o indivíduo não possa ser discriminado por características da pessoa, o atendimento prestado deve ser de forma igualitária pelo sistema e de forma completa, do tratamento e da assistência. De igual forma, o atendido tem a seu favor o princípio da transparência, devendo ser fornecida todas as informações sobre sua saúde. De forma organizacional, aludindo aos princípios do garantidor da saúde pública, temos quanto a Lei 8.080/90 o princípio da regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação popular, de tal forma que o serviço de prestação do acesso a saúde deve seguir uma cadeia de instituições a fim de garantir a plena eficácia de acordo com as configurações de cada região, além de se unificar em um único comando a fim de garantir a organização do serviço prestado e equidade entre os membros federativos e, por fim, se permear pela opinião popular (MATTA, 2007, p. 66).

Além dos previstos na Lei 8.080/90, cerceantes do acesso a saúde e do Sistema Único de Saúde, temos alguns princípios que devem ser resguardados na prestação do serviço, tais como o princípio da reserva do possível do Estado, sob o qual os direitos sociais prestacionais estariam sujeitos a capacidade limitada do Estado em sua ótica socioeconômica, levando a ideia de que o atendido deve se ater a aquilo que o atendente pode proporcionar, por vias fáticas. Conforme essa disformidade, o poder estatal ao prestar a política pública deve observar três elementos concreto, a distribuição dos recursos, o número de atingidos, configurando sua necessidade, e a efetividade do serviço, ressaltando a efetividade e visibilidade no caso concreto, devendo respeitar, portanto, o princípio da proporcionalidade e razoabilidade (TROMBETA, 2020).

Desta forma, o princípio da reserva do possível é posto adjacente ao princípio do mínimo existencial consoante com o ideal de dignidade humana, uma vez que o mínimo existencial “compreendido como todo o conjunto de prestações materiais indispensáveis para assegurar a cada pessoa uma vida condigna”, sendo então o conjunto de direitos fundamentais

e sociais indispensáveis para a aceitação de uma vida humana digna (SARLET; ZOCKUN, 2016, p. 127). Logo a plena aplicação do direito à saúde, englobado como um dos pilares para a dignidade humana, deve ser respaldado pela reserva do possível em consonância com o mínimo existencial de um ser, não podendo o Estado alegar total incapacidade orçamentária para a prestação do serviço, obstando nas diretrizes constitucionais.

Por fim, outro princípio que rege a forma de atuação do Estado garantidor brasileiro, como assim se deu em sua Magna Carta, temos a prevenção e precaução no direito a saúde. A prevenção se delimita como a obrigatoriedade de se evitar um mal já conhecido a saúde, através de desenvolvimento científico, bases medicas e ações públicas. Para o juiz Bruno Henrique Santos (2020), o princípio da prevenção estabelece que o dano deve ser evitado afastando a causa, sempre que conhecida o nexo causal entre o agente e dano, fazendo alusão ao texto constitucional que em seu artigo 196 estabelece a garantia de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos” (BRASIL, 1988), assim como o art. 6º, § 1º, da Lei nº 8.080/90 alude a importância de ações capazes de “eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde”. Dessa forma, o Estado assume um dever não só de garantidor do acesso a saúde, também de evitar situações de riscos ou danos à saúde de seus cidadãos. Já a precaução se distingue da prevenção em sua conceituação, uma vez que a precaução impede que sejam comprovados os danos resultantes de uma causa a fim de se iniciar as medidas de prevenção, adotando-se então uma postura cautelar. Para Dallari e Ventura:

De maneira geral, o escopo da precaução é ultrapassar a *prevenção*. Não seria mais preciso que um dano se produzisse, ou se mostrasse iminente, para que um gesto, visando a evitar a produção ou a repetição desse dano, fosse legítimo. Invertendo essa lógica, a precaução baseia-se na experiência em matéria técnica e científica: as vantagens que surgem a curto prazo são, com frequência, seguidas de desvantagens a médio e longo prazo. Logo, é preciso dotar-se dos meios de prever o surgimento de eventuais danos, antes mesmo da certeza da existência de um risco. (DALLARI; VENTURA, 2002, p. 59)

Tais princípios foram de extrema importância no combate a pandemia do COVID-19, uma vez que foi colocado a prova exatamente o dever do Estado em precaver os efeitos, na hora ainda estimados sem uma comprovação científica forte, a fim de evitar um colapso ainda maior do que a crise sanitária vivenciada, assim como foi imposto suas medidas de prevenção, as quais em alguns momentos colidiram com outros direitos fundamentais, como a liberdade de escolha e locomoção. Neste momento em detalhe, como forma de solver a colisão de direitos foi efetuado a ponderação, salientando a importância do cumprimento das

medidas restritivas momentâneas, com embasamento na abrangência dos efeitos na comunidade como um coletivo.

3.4. Papel do estado e seus problemas na prestação do direito à saúde

Dessa forma, o artigo 6º da CRFB/88 assegura o direito a saúde na forma da própria lei, complementado por seu artigo 196 e seguintes. Tratado no capítulo de direitos sociais fundamentais da constituição, a saúde requer um dever prestacional do Estado em estabelecê-la em equidade, dando inclusive maior proteção aos vulneráveis, tanto pela intrínseca condição de ser, como crianças, idosos, gestantes e deficientes, assim como aqueles que se encontram vulneráveis pelo estado em que se encontram, como detentos e presos durante seu cárcere.

Entretanto, o direito à saúde despende diversos fatores inerente a sua devida aplicação. Para alcançar a efetivação é necessário percalçar o direito de acesso a saúde, uma vez que a mera eleição dos seus pontos necessários são saldadas sua eficácia, sendo necessário preencher o caminho para alcançá-lo, o que encontra embargos principalmente no tocante ao dispêndio econômico. Dessa forma ressalta Bartolassi:

Muito embora a barreira jurídica da universalização do direito à saúde tenha sido eliminada por meio da Constituição de 1988 e da Lei 8.080/1990, o país sempre esteve longe da superação das barreiras econômicas sociais e culturais para garantir a universalização do acesso à saúde. (BARTOLASSI, 2018)

Dessa forma elucida Trombeta ao tratar da importância do equilíbrio entre o mínimo existencial e a reserva do legal, com base nos princípios da razoabilidade e legalidade, pelos quais será reprimida as violações aos direitos fundamentais puros. Logo enquanto o mínimo existencial são as diretrizes que asseguram a vida digna, no tocante à saúde, educação, alimentação e bem estar, a reserva do possível condiz com a aplicabilidade da distribuição dos recursos, o número de cidadãos impactados e a plena efetividade, com base na necessidade da prestação pelo Estado. Logo as peculiaridades dos casos concretos distinguem os limites que transporão a obrigação do Estado em seu papel prestacional, sendo as diretrizes e planos orçamentários os limites da prestação do serviço público, ao passo que a necessidade inexprimível do ser humano condiz com o limite mínimo que o serviço deve ser prestado. (TROMBETA, 2020). Dessa forma expressa:

No cenário em que há escassez de recursos, inevitável que tenham que ser feitas escolhas, para que se chegue, com o menor dano possível aos direitos humanos, ao atendimento dos casos mais necessários, para ater-se à dignidade da pessoa humana e da igualdade material, levando em conta a necessidade da coletividade. (TROMBETA, 2020)

4 BIOÉTICA

Inicialmente, o ramo da bioética focou na pesquisa e no procedimento genético, entretanto, na atual conjuntura não se resume apenas a essa realidade. Conforme expressa Pessini e Barchifontaine, a bioética é definida como sendo o “estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, enquanto essa conduta é examinada à luz de valores e princípios morais” (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1996, p. 16). Entretanto para a Ana Célia Santos, o conceito é ainda mais atual no tocante a todas inovações da biomedicina, englobando diversas áreas relacionamento profissional paciente, saúde pública, reprodução humana, saúde mental, sexualidade e gênero, direito de morrer, doação e transplante de órgãos, bem estar e dignidade da pessoa. (SANTOS, 2006, p. 38) Dessa forma, trata a professora Adriana Maluf:

Bioética é o estudo transdisciplinar entre biologia, medicina, filosofia e direito que investiga as condições necessárias para uma administração responsável da vida humana, animal e responsabilidade ambiental. Considera, portanto, questões onde não existe consenso moral como a fertilização in vitro, o aborto, a clonagem, a eutanásia, os transgênicos e as pesquisas com células-tronco, bem como a responsabilidade moral de cientistas em suas pesquisas e suas aplicações. (MALUF, 2020, p. 18)

4.1. Bioética como direito fundamental

Intrinsecamente ligado à ideia de saúde e direitos humanos, a bioética é considerada por diversos autores como a quarta geração dos direitos fundamentais. Para o precursor dessa ideia, Paulo Bonavides:

os direitos da Quarta geração não somente culminam a objetividade dos direitos das duas gerações antecedentes, como absorvem – sem, todavia, removê-la – a subjetividade dos direitos individuais, a saber, os direitos da primeira geração. Tais direitos sobrevivem, e não apenas sobrevivem, senão que ficam opulentados em sua dimensão principal, objetiva e axiológica, podendo, doravante, irradiar-se com a mais subida eficácia normativa a todos os direitos da sociedade e do ordenamento jurídico. (BONAVIDES, 2001, p. 572)

Logo, para o autor a quarta geração é a globalização dos direitos fundamentais auferindo humanização e legitimidade, sendo a derradeira fase da institucionalização do Estado Social. Para o próprio os direitos de quarta geração compreendem apenas a democracia, a informação e o pluralismo. Reconhece primordialmente Norberto Bobbio (1992, p. 06) a proteção contra os “efeitos cada vez mais traumáticos da pesquisa biológica, que permitirá manipulações do patrimônio genético de cada indivíduo”. Carlos Boucault e Nádia Araújo (1999, p. 264) assegura que esses direitos compreendidos como biodireitos envolvem questões pertinentes a ética e biologia, principalmente no tocante a genética.

4.2. Definição de bioética

Segundo a *Encyclopedia of Bioethics*⁷ a bioética não se limita a tradicional alusão à ética médica, estendendo-se a diversos problemas deontológicos provenientes da relação profissional da saúde, paciente e sociedade, desprendendo-se da ideia distópica de bem e mal ou mera teoria universitária, incluindo a facticidade do mundo e suas pormenorizações (GARRAFA, 2006, p. 2). Em síntese traz a professora Maria Helena Diniz enunciando da seguinte forma:

A bioética seria então uma nova disciplina que recorreria às ciências biológicas para melhorar a qualidade de vida do ser humana, permitindo a participação do homem na evolução biológica e preservando a harmonia universal. Seria a ciência que garantiria a sobrevivência na Terra, que está em perigo, em virtude de um descontrolado desconhecimento da tecnologia industrial, do uso indiscriminado de agrotóxicos, de animais em pesquisas ou experiências biológicas e da sempre crescente poluição aquática, atmosférica e sonora (DINIZ, 2002, p. 09)

O primeiro registro do termo bioética se deu em 1971 com a obra de Van Rensselaer Potter, sob o título "*Bioethics: bridge to the future.*"⁸ Anterior a essa citação, entretanto, desde a sua estreia, este termo sofreu diversas adequações, desde “o estudo sistemático da conduta humana no campo das ciências da vida e da saúde, enquanto examinada à luz dos valores e princípios morais” até “o estudo sistemático das dimensões morais (...) das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto multidisciplinar” (RALA, 2005, p.3). Atualmente é compreendida, em *lato sensu*, como uma resposta da ética aplicada em relação as novas tecnologias e procedimentos médicos que afetam o ser humano em suas acepções biológica e moral, e, em *stricto sensu*, a proteção do meio ambiente em si da predação humana. Em uma outra concepção, Adriana Maluf contempla a Bioética em dois termos que auxiliam na sua compreensão sendo microbioética, que “é o ramo da bioética que tem por objetivo o estudo das relações entre médicos e pacientes e entre as instituições e os

7 Uma extensa obra, que contempla uma gama de artigos cujo objetivo é auxiliar na tomada de decisões éticas, estimular novos estudos e concepções sobre a bioética aplicada. Foi publicada nos Estados Unidos, primeiramente no ano de 1978, com o editor-chefe Warren Thomas Reich, da Georgetown University, localizada em Washington, D. C. Após essa data recebeu uma segunda edição com o mesmo editor, em 1995 e em 2004 recebeu sua terceira edição com editor chefe Stephen G. Post, da Case Western Reserve University, de Cleveland, Ohio. Em 2014 houve a publicação da quarta edição dos volumes sob supervisão do Editor-Chefe, Bruce Jennings, Yale University, de New Haven, Connecticut, a qual foi muito importante uma vez que incluiu concepções e olhares de novos países e nações, fugindo brevemente do prisma norte-americano de ver o mundo e a realidade (PESSINI-HOSSNE, 2014, p. 359). As distintas edições configuram a mudança da visão sobre a bioética o que contempla sua inconstância de pensamento.

8 Pesquisador da área de oncologia em Wisconsin, Estados Unidos, resume essa expressão como de ‘bio’ para representar o conhecimento biológico e o saber dos seres vivos, e ‘ética’ para elucidando o conhecimento do sistema de valores humanos, como o “sentido da sobrevivência”

profissionais de saúde” e macrobioética “é o ramo da bioética que tem por objetivo o estudo das questões ecológicas em busca da preservação da vida humana.” (MALUF, 2020, p. 21)

4.3. Princípios da bioética

Vale ressaltar a existência de conflito de valores no ramo da bioética. A ética por si só nasce da necessidade de fazer um bem, o que gera certo valor a ser reconhecido, o que de certo modo pode ser conflitante de acordo com o indivíduo. O que de certo modo poderia ocasionar um caos, é revertido em reflexões que buscam alcançar, por meio de princípios, um bem geral. Dessa forma expressa o professor Guy Durant:

a bioética frequentemente se envolve com conflitos de valores; valores múltiplos que um mesmo indivíduo usaria em uma situação, valores diversos e opostos que poderiam privilegiar os múltiplos elementos implicados numa mesma situação. Assim sendo, pode-se propor a seguinte definição: A bioética é a pesquisa de soluções para os conflitos de valores no mundo da intervenção biomédica. (DURANT, 1995, p. 22)

Para a professora Adriana Maluf, os quatro princípios basilares da bioética são autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Esses princípios contemplam quatro aspectos considerados relevantes e estimulam uma reflexão entre a bioética da vida cotidiana, transformando-a em uma bioética deontológica que faz jus ao código moral entre profissionais além de legalizar mediante delimitações ético normativa (MALUF, 2020, p. 23). Tais princípios devem nortear todas as relações na esfera do cuidado com a saúde, além de sustentar as discussões, procedimentos e decisões nessa seara. Inicialmente, não exclusivamente ligado a bioética, porém que influencia o seu desenvolvimento teórico, cabe ressaltar o princípio universal da responsabilidade, conforme expressa Magda Koerich:

Em qualquer discussão que envolva um tema ético não se pode abrir mão do ‘princípio universal da responsabilidade’. Este princípio deve permear todas as questões éticas e está relacionado aos aspectos da ética da responsabilidade individual, assumida por cada um de nós; da ética da responsabilidade pública, referente ao papel e aos deveres dos Estados com a saúde e a vida das pessoas; e com a ética da responsabilidade planetária, nosso compromisso como cidadãos do mundo frente ao desafio de preservação do planeta. Esta visão ética ampliada de valorização da vida no planeta exige uma postura consciente, solidária, responsável e virtuosa de todos os seres humanos e principalmente daqueles que se propõem a cuidar de outros seres humanos, em instituições de saúde ou em seus domicílios. (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005, p. 107)

4.3.1. Autonomia

Iniciando pelo princípio da autonomia que valoriza a vontade do paciente. Encontrando-se, geralmente, em uma posição de desnível em comparação com o profissional

de saúde, no tocante ao conhecimento técnico da profissão e da saúde em si, o paciente por vezes se vê submetido a práticas que, sob a boa intenção de resguardar sua saúde, o colocam em situações contrária à sua vontade, seja por preceitos religiosos, morais ou outros. Seguindo a ideia de autogoverno, que prevê discricionariedade ao paciente no tocante ao seu tratamento, o paciente é um ser livre, capaz de atuar com conhecimento de causa e sem coação. Reconhecendo o domínio do paciente sobre a própria vida, tanto do corpo quanto da mente, e respeitando a sua intimidade, o profissional da saúde está autenticando a dignidade da pessoa sob seu tratamento, a qual sobrepõe a ideia de cura e salvação, ou seja, independente de qual benéfico seja as ações que este deseja aplicar sobre o paciente, mesmo com seu conhecimento e toda a técnica médica adequada e condizente, o que deve sobressair sobre a tomada de decisão é a própria vontade do paciente em questão, mesmo que isso influa em efeitos negativos a sua saúde (MALUF, 2020, p. 22).

A autonomia pressupõe a existência de três elementos básicos, a possibilidade de ação, independência e racionalidade. O primeiro exprime a consciência de si mesmo e do ato a ser tomado, sendo uma autoconsciência daquilo que deseja. Já o segundo ressalta a capacidade de tomada de decisão sem influência externa, resguardando no seu autocontrole daquilo que deseja. Por fim, é necessário a racionalidade na escolha, o que está intrinsecamente ligado a capacidade do indivíduo para gerir a própria vida. A ausência de um desses três elementos prejudica a determinação da autonomia, que, não obstante, pode ocorrer de mesmo o indivíduo tendo elucidado sua “opinião” com próprias palavras, sua autonomia pode ter sido viciada, assim como há casos em que a vontade, para se configurar como plena, deve partir de um outro indivíduo, como o representante legal, a fim de suprir a ausência de um pressuposto.

É exatamente em virtude dessa pluralização devido as distintas formas de pensar humano que torna os preceitos bioéticos tão difíceis de serem positivados. Dessa forma salienta o professores Marco Segre e Flavio Ferraz:

O destaque à autonomia do ser humano, em que supostamente existe uma “vontade”, fazendo parte de uma “psyche” (alma) que transcende ao próprio ambiente sociocultural e mesmo à sua bagagem genética, talvez dê uma condição melhor de entender a virtual ineficácia de políticas de saúde em determinados casos e circunstâncias. Esta visão anti-positivista e mais humana das atividades dos profissionais de saúde, pode contribuir para um contato mais sintônico, mais empático e, conseqüentemente, mais ético, entre eles e a população assistida. (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 542)

Deste modo, cabe aos profissionais fornecer todas as informações técnicas necessárias para a tomada de decisão e orientar de forma precisa sobre quais métodos são os mais aconselháveis, entretanto sem utilizar de meios de manipulação, coerção ou influência,

prestando toda a assistência necessária e respeitando os direitos de dignidade, liberdade e privacidade do ser humano. Embora extremamente necessário e quase intransponível, o princípio da autonomia, como grande maioria dos princípios e direitos no âmbito jurídico, não é absoluto, uma vez que essa autodeterminação é limitada à extensão dos danos, uma vez que o indivíduo só possui plena faculdade de escolhas quando suas atitudes não resultem em impactos a outrem (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005, p. 109). É nesse ideal de alteridade que se encontra a base legal-doutrinária para ações intervencionistas do Estado sobre a saúde do paciente, com foco na saúde pública visando interferir no processo saúde-doença da coletividade, com objetivo de proporcionar melhores efeitos na população como sociedade. Nesta seara encontram-se debates acerca de assuntos polêmicos, tanto de saúde pública como a obrigatoriedade da vacina e da notificação de pacientes imunossuprimidos, assim como de casos privados, porém que a decisão e os efeitos não percaiam sobre a mesma pessoa, como quando envolvem crianças e deficientes, sob os quais a tomada de decisão é integralmente do responsável legal, pacientes em unidade de tratamento intensivo ou impossibilitado de tomar decisões. Outro ponto a ser debatido é quanto aos pacientes em instituições penitenciárias, sobre os quais deve se elucidar se a restrição de liberdade como forma punitiva de um fato ilícito cometido também recai sobre a autonomia na tomada de decisões sobre sua própria saúde, fato este que será tratado mais adiante.

4.3.2. Beneficência

O segundo princípio basilar da Bioética concerne na beneficência das ações do profissional no tocante a vida de outrem, ou seja, o atendimento deve se firmar sob o prisma do interesse do paciente e seu bem estar, evitando qualquer dano possível. Possui fulcro nas ideias de Hipócrates de que o profissional da saúde só pode usar seu ofício para fazer o bem ao enfermo, segundo sua capacidade e juízo, permeando-se sobre a ideia de regra de ouro do princípio da beneficência de “não causar dano e maximizar os benefícios, minimizando os possíveis riscos” (MALUF, 2020, p. 22). Reconhecendo o valor moral do outro, permeia esse princípio a primazia do dever de ajudar, maximizando o bem com o objetivo de reduzir no possível o mal, se comprometendo a avaliar riscos e benefícios potenciais, conforme Koerich (2005, p. 108).

Deve ser ressaltado que um princípio não pode sobrepujar outro indiscriminadamente. Apesar da posição ocupada por muitos médicos e profissionais da saúde como mantenedor da saúde o levem a uma capa de paternalismo com a vida de outrem, não obstante deve ser atento ao fato de que não deve ser reduzido um capaz a uma figura incapaz

sobre seu próprio corpo e saúde. Desta forma, a máxima “é para o seu bem” figurada pelos profissionais da saúde como aplicação fática do princípio da beneficência não deve se sobressair a autonomia do indivíduo em sua tomada de decisão sobre a própria saúde (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005, p. 108). Nesse ponto que se faz a separação do indiscriminado estado de protetor da saúde, assumida pelos profissionais nos tempos antigos, ao de mediador do bem estar, nova configuração da medicina. O benéfico com o paciente é, levando em consideração sua vontade, tentar fazer o máximo de atos benéficos para influir no mínimo de danos a sua saúde, levando em consideração seu conhecimento técnico e fático. A melhor forma de encontrar o ponto de convergência entre a autonomia e o dever de cuidar do médico é contribuindo para um relacionamento interpessoal entre as partes, permeando-se em laços de confiança, com fim do paciente conseguir compreender de forma voluntária, e não sob coação, quais são os melhores cuidados para sua saúde e aceita-los de forma positiva para ocasionar efeitos benéficos em seu bem-estar.

4.3.3. Não-maleficência

Em conjunto com o princípio anterior, a não maleficência carrega o objetivo de não ocasionar danos intencionais ao paciente e deriva da máxima da ética médica: *primum non nocere* (MALUF, 2020, p. 22). Corresponde ao dever de não colocar o outro em risco desnecessário, indo além da boa intenção de não prejudicar, mas se concretizando com a análise de risco e a determinação da técnica mais adequada. (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005, p. 108). Embora sua determinação de não infligir danos intencionais possa ser reconhecida como uma perspectiva antagônica ao princípio da beneficência, resumi-los a faces de uma mesma moeda deprecia suas diferenças, uma vez que morfologicamente ajudar alguém não corresponde com a ideia de não prejudicar. Logo, a beneficência vai exprimir uma ideia de atitude positiva do profissional, levando-o a exercer atos que tenham efeitos benéficos no indivíduo. Em contraste, a não maleficência por vezes pode ser uma mera atitude negativa do médico, ao não efetuar atos desnecessários que podem ocasionar danos ao paciente, ou positiva, quando detém da prerrogativa de agir para o evitar o pior. Destarte, é imprescindível o estudo da intencionalidade sob a luz do princípio da não maleficência, uma vez que uma pessoa pode expor alguém a perigo sem a intenção, o que possui um limiar muito tênue com a negligência, que é quando mesmo sabendo dos riscos assume-os com uma postura descuidada ou incapaz. (BEAUCHAMP, 2019, p. 116)

A ideia de não prejudicar e não impor riscos de dano precisou ser bem trabalhada durante a pandemia do Covid-19, precipuamente uma doença pouco conhecida, sem conseguir

dimensionar as consequências em um futuro próximo ou longo, assim como as técnicas médicas ainda não eram comprovadamente eficazes. Dessa forma, muitos profissionais precisaram assumir uma postura mais remediadora dos danos do que realmente salvadora, uma vez que à primeira vista ainda não era possível vislumbrar como alcançar a cura da doença. Apesar do preparo das equipes médicas, práticas como intubação e extubação, assim como o momento adequado para isso, gerou preocupações, principalmente se tratando de procedimentos extremamente nocivos à saúde, principalmente quando aplicado ao público mais velho que foi o maior prejudicado no início da pandemia⁹. Entretanto, de encontro aos danos do coronavírus, foram a única prática adequada, obrigando o profissional a encontrar meios de suprimir ao máximo os danos ocasionados pelo tratamento.¹⁰

4.3.4. Justiça

Por fim, o último princípio da bioética é a justiça, a qual combate a parcialidade na aferição de riscos e benefícios na prática médica, com fim de evitar a discriminação. (MALUF, 2020, pag. 24). Portanto, está intrinsecamente ligado a ideia de “distribuição coerente e adequada de deveres e benefícios sociais” (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005, p. 109). Dessa forma resguarda o pressuposto constitucional, presente no artigo 196 da Constituição de 1988 c/c art. 2º da Lei 8.080/90, de acesso a acesso universal e igualitário à saúde, obstante caso de discriminação no tocante ao tratamento sanitário.

No tocante ao momento contemporâneo, faz se jus ao intermitente tratamento desigual com diferenciação etária, uma vez que na conjectura do COVID-19, nos primeiros meses, fora detectado maior risco em grupos mais idosos, que além de sofrerem mais com a doença eram menos tolerantes aos tratamentos, como a entubação e extubação. Dessa forma, foi relatado pratica de eleição de pacientes ao tratamento com a finalidade de resguardar a vida daqueles que possuíam mais chances de serem curados, principalmente quando ocorreu o real foco da crise sanitária, cujos índices de ocupação de leitos de enfermaria e UTI se tornaram quase totais, extinguindo vagas e causando uma maior preocupação. Outro fato que precisou ser tratado com mais atenção no quesito a equidade de tratamento é quanto aos

9 De acordo com uma matéria divulgada pela Folha de São Paulo, até o primeiro ano de pandemia, 25% dos pacientes intubados por COVID-19 morriam em decorrência das sequelas da extubação (FOLHA DE SÃO PAULO, 2021)

10 Conforme recomendações do Hospital das Clínicas, emitido durante a pandemia, é necessário seguir um protocolo que minimize as sequelas provenientes da extubação, principalmente no tocante a disfagia orofaríngea (dificuldade ao engolir) que vem sendo uma das piores consequências (USP, 2020), isso demonstra o princípio da não-maleficência, uma vez que mesmo que não há modos sem danos de realizar o procedimento, é necessário buscar o mínimo de danos provocados.

grupos outrora já vulneráveis que sofriam discriminação no tratamento, o que se agravou com a pandemia, como os próprios imigrantes e presos, principalmente na luta por vagas de leito.

4.4. A vulnerabilidade como princípio para a bioética

Embora não seja considerada um princípio, o conceito de vulnerabilidade permeia a base da bioética. Para tanto é necessário diferenciar a vulnerabilidade por si como conceito geral, inerente a situação de ser humano e, portanto, ser vulnerável de natureza, e a vulnerabilidade de um indivíduo por características específicas que o colocam em uma posição de vulnerabilidade face aos demais. Essa é a ideia que traz o médico e pesquisador William Hossne ao conceituar vulnerabilidade:

Todos somos mortais; todos somos vulneráveis. Em sentido comum, de acordo com os dicionaristas³, vulnerabilidade é “a qualidade ou estado de vulnerável”; vulnerável é “que pode ser vulnerado” e vulnerar é “ferir, ofender, melindrar”. Neste sentido, todos nós somos vulneráveis, pois todos estamos sujeitos, de alguma maneira, a sermos feridos (em qualquer sentido), ofendidos e/ou melindrados, intencionalmente ou não, por agentes de qualquer natureza (por pessoas, animais intempéries da natureza etc.) e até mesmo por acidentes” (HOSSNE, 2009, p. 42)

A vulnerabilidade surgiu do pressuposto da suscetibilidade do homem de ser ferido e lesionado. Foi devido a essa noção de ser limitado e vulnerável a danos e riscos que foi constituído as convenções sociais, leis e normas de conduta, a saber, inclusive as noções de moral e ética, uma vez que como uma forma de proteção é elencado uma baliza delimitada por concepções de justiça e não maleficência a fim de evitar que o homem lesione o homem. Partindo das acepções hobbesianas (“O Homem é o Lobo do Homem”) temos que além de vulnerável, a figura humana é nociva a ela mesma, indo além da ideia de instinto de sobrevivência, própria aos animais, podendo então causar danos a outrem de forma discricionária e sem motivo plausível que o embase. Neste cenário, nasce a ética, como um instrumento social basilar, que visa delimitar, as ações humanas dentro de um padrão de comportamento social que garante a vida em coletividade.

Antes de ser devidamente positivada, a ética por si só não possui a capacidade de prender o homem a essas ações benéficas ao todo, o que impede sua plena delimitação frente ao debate acerca de assuntos ainda controversos, que devem ser friamente calculados antes de se tornarem regras, positivas ou negativas. Com a pandemia, alguns assuntos se tornaram

“ladeira escorregadia”¹¹ principalmente devido a novidade da doença e seus efeitos catastróficos, sendo o mais em voga a respeito da vacinação obrigatória, excluída a concepção de vacinação forçada, e as consequências de seu não cumprimento. Esse debate se deu quando contraposto o princípio bioético da autonomia, que garante ao indivíduo escolha livre sobre seu organismo, e o princípio da prevenção da saúde, que outorga ao Estado a função de prevenir danos cujos causadores já são conhecidos. Enquanto de um prisma a desobrigação da vacina pode obstar o término da pandemia e do contágio exacerbado, favorecendo o surgimento de novas “cepas”, assim como um possível esgotamento de leitos, o que provocará mais uma crise sanitária, sem contar com o crescente número de mortos, sua obrigatoriedade pode abrir um precedente que torna cada vez mais tênue o limite do outro em relação ao organismo de um ser humano, o que asseguradamente é algo preocupante para as constatações bioéticas, que visam integrar o máximo possível de cuidado e autonomia ao ser humano no tocante a seu próprio organismo, combatendo o paternalismo de outrem em detrimento da vontade sob o ideal de “salvar vida(s)”.

Deixando o panorama geral, sob o qual o ser humano é vulnerável apenas por sua condição de ser, tem-se a vulnerabilidade de grupos específicos por características peculiares que os diferenciam. Para Hossne esse debate se torna mais persistente no campo da bioética uma vez que o ser humano passa do estado de “ser” vulnerável para o de “estar” vulnerável ou “ter sido” vulnerado (HOSSNE, 2009, p. 43). Kottow também faz essa distinção ao abordar a vulnerabilidade como uma frente dividida em primária e secundária, sendo que a primeira condiz com a existência humana, universal, e a segunda adquirida, por meio de privação, como é o caso de enfermos, morador na situação de rua, detentos, isolados geograficamente (KOTTOW, 2003, p. 71). Neste cenário é levado a aplicação de medidas de saúde pública a fim de tratar com equidade esses vulneráveis a fim de provocar o maior cuidado que necessitam, equiparando-os a condição natural de todos os seres. Dessa forma assegura

Morais e Monteiro:

11 Segundo alguns bioeticistas, alguns casos podem cair em “*slippery slope*”, traduzido literalmente em “ladeira escorregadia”, onde a tenacidade do debate é decorrente do elevadíssimo número de efeitos consequenciais, visto que a polêmica e o conflito podem levar a uma decisão com resultados catastróficos para a humanidade (REGO; PALACIO; SIQUEIRA-BATISTA, 2009, p. 113). Alguns desses assuntos tratados pela bioética contemporânea é o debate acerca da regulamentação da eutanásia e suicídio assistido, que para alguns autores podem levar a morte antecipada de grupos vulneráveis, descriminalização do aborto, que pode ocasionar crescente número de morte de fetos diminuindo a natalidade, legalização da maconha, levando a problemas psicológicos e “dependência” nos usuários, se os médicos devem revelar sorologia para o HIV positivo, uma vez que a divulgação interfere na autonomia do indivíduo sem contar em sua dignidade perante a sociedade em detrimento que a transparência pode ser tratada como um caso de saúde pública, e Terapia genética, que por si só já traz todo o amago dos debates bioéticos no tocante ao limite do estudo com genoma humano.

A vulnerabilidade foi introduzida no âmbito da pesquisa com humanos como característica atribuída a certas categorias da população consideradas mais expostas e menos capazes de se defender contra abusos e maus-tratos realizados por outros. A história evidenciou a necessidade dessa proteção, pois o número de ensaios clínicos empreendidos apresentou enorme crescimento na primeira metade do século XX, implicando grupos de pessoas não protegidas ou institucionalizadas. Órfãos, prisioneiros, idosos e, posteriormente, grupos étnicos considerados inferiores, como judeus e chineses, foram comprometidos. As minorias étnicas, os socialmente desfavorecidos e as mulheres foram também conotadas como vulneráveis. (MORAIS-MONTEIRO, 2017, p. 312)

4.5. Positivção da bioética no cenário internacional e nacional

Em seu contexto internacional, buscando minimizar os horrores provocados pelo movimento nazista devido as experiências realizadas, foi criado em 1947 o Código de Nuremberg¹² que inovou ao ressaltar a obrigatoriedade do consentimento informado do indivíduo submetido às experiências biomédicas, além dos pré-requisitos para pesquisas e demais experimentos, controlando assim as ações realizadas em laboratório e estimulando a autonomia do ser humano. Em 1975, ocorreu a declaração de Helsinque, em Tóquio, que incorporou inovações ao pensamento bioético do momento ao ressaltar a importância de análise de riscos, interesse e capacidade no momento da pesquisa com humanos, ressaltando a influência do menor dano possível, a sobreposição do interesse individual sobre o científico e até o social e a diferenciação daqueles incapazes ou em situações específicas de dependências, o que delimitou e norteou os limites da bioética durante vários anos e ainda se mantém como base atualmente para diversas regulamentações. (MARQUES, 1996, 443)

Em 2005 a UNESCO ao homologar a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos rompeu com uma ideia abstrata de ética no contexto científico e hospitalar, positivando em uma esfera internacional normas a serem seguidas conforme a determinação e especialidade de cada país, valorizando a liberdade científica delimitada pela liberdade individual e dignidade da pessoa humana, com forte apelo à proteção dos mais vulneráveis e ao respeito à autonomia dos indivíduos.

¹² Depois das diversas atrocidades cometidas pela Segunda Guerra Mundial, principalmente no que tange a pesquisa em seres humanos, ocorreu o Tribunal Militar de Nuremberg, no qual julgaram 23 réus, sendo 20 médicos. Do total, 16 foram considerados culpados diante do tribunal, que julgou a agravante do crime de assassinato devido ao juramento de Hipócrates de não causar o mal. Diante da defesa de fazer o “bem para o Estado, fora percebido a carência de proteção para os voluntários para pesquisa. Criaram, portanto, o Código de Nuremberg, que estabelece a autonomia e a essencialidade do poder de consentimento do sujeito da pesquisa, além de assegurar seu direito de retirar-se a qualquer momento do experimento, o estudo não pode ser casuístico e o experimento deve ser conduzido de maneira a evitar todo sofrimento físico ou mental desnecessários e danos.

A Declaração baseia-se no princípio da dignidade humana e dos direitos humanos, preconizando o benefício dos pacientes, a autonomia individual, o respeito à vulnerabilidade e integridade do ser humano, a aplicação dos princípios de igualdade, justiça e equidade, da não discriminação, a responsabilidade social frente à diversidade biológica, o respeito ao multiculturalismo, à solidariedade e cooperação, proteção da saúde, da alimentação, a proteção do meio ambiente, da biosfera e consequentemente da biodiversidade. (MALUF, 2020, 143)

Entretanto, apesar de abrilhantar este cenário e prometer maior rigidez na decisão do corpo colegiado de uma corte, o maior problema desta declaração é que, de modo diferente de outras declarações firmadas em contexto externo, sua difusão no cenário nacional foi mínima, de tal modo que atrapalha sua aplicação e eficácia. Diante disso, foi possível vislumbrar que durante a pandemia do COVID-19 o Ministério da Saúde publicou em maio de 2020 um documento com “ORIENTAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA MANUSEIO MEDICAMENTOSO PRECOCE DE PACIENTES”, cujo intuito foi ampliar a utilização de medicamentos para o tratamento precoce da doença uniformizando a informação para profissionais da saúde, incluindo a cloroquina, hidroxicloroquina e Azitromicina. Posicionamento este que além de ser inconsistente¹³, afrontou a declaração em seus artigos 4, 14 alínea a e 22 alínea a, no quesito a controle de riscos e danos, responsabilidade social e cooperação internacional.

Já no ordenamento jurídico brasileiro a presença das normas¹⁴ do Conselho Nacional de Saúde – CNS – inerentes a pesquisa, iniciadas em 1996, trouxe o mínimo de estabilidade no cerne da pesquisa envolvendo seres humanos, junto com a Lei 8.974/95, que normas para o uso das técnicas de engenharia genética, até a vigência da Lei 11.105/05, da Biossegurança, que passou a regular toda a matéria que envolva organismos geneticamente modificados e a pesquisa em laboratório. Entretanto, é possível vislumbrar a falta de aplicação da Declaração e a carência de legislações específicas no regulamento brasileiro no tocante a bioética, sendo aludido de forma rasa apenas as pesquisas científicas, cujos demais tratamentos são edificados sobre o Código de Ética Médico, recentemente aprovado sua atualização sob a redação da

13 A inconsistência do enunciado se encontra na falta de comprovação da eficácia do medicamento até o momento, o que se manteve por toda a pandemia, além do consenso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, a Sociedade Brasileira de Infectologia e a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e das notas da Sociedade Brasileira de Imunologia, não obstante diversos estudos até o momento em um cenário internacional demonstraram sua ineficácia, sem poder dimensionar os efeitos contra indicativos e riscos a médio e longo prazo do uso do medicamento de forma indiscriminada, distinta a sua devida utilização inicial.

14 A primeira norma firmada pelo CNS condiz com a Resolução 196/96, sobre pesquisa envolvendo Seres Humanos propriamente dita, trazendo a necessidade do consentimento livre e esclarecido, da avaliação de riscos e benefícios, do protocolo de pesquisa e do Comitê de Ética de Pesquisa (CEP).

resolução do CFM nº 2.217/18, assim como o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, cuja resolução mais recente foi aprovada pelo COFEN nº 564/2017.

Diante dessa inconstância, urge o direito do paciente, como forma de suprir essa carência de regulamentação da relação médico, ou profissional da saúde, e paciente, a qual deve se delimitar, além dos artigos fundamentais da Constituição Federal e da Lei 8.080/90, possui também a portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

5. ACESSO À SAÚDE DOS PRESOS

O sistema prisional brasileiro derroga ao Estado a responsabilidade na manutenção da paz, através da punição aos delitos em sua proporção, ressocialização do indivíduo infrator e prevenção para futuros ilícitos possíveis, de tal forma que a derrocada compreende mais do que mera aplicação de penas privativas ou restritiva de liberdade (NUCCI, 2021, p. 9). Dessa forma alude Foucault:

Que a punição olhe para o futuro, e que uma de suas funções mais importantes seja prevenir, era, há séculos, uma das justificações correntes do direito de punir. Mas a diferença é que a prevenção que se esperava como um efeito do castigo e de seu brilho — portanto de seu descomedimento — tende a tornar-se agora o princípio de sua economia, e a medida de suas justas proporções. É preciso punir exatamente o suficiente para impedir. Deslocamento então na mecânica do exemplo: numa penalidade de suplício, o exemplo era a réplica do crime; devia, por uma espécie de manifestação geminada, mostrá-lo e mostrar ao mesmo tempo o poder soberano que o dominava; numa penalidade calculada pelos seus próprios efeitos, o exemplo deve-se referir ao crime, mas da maneira mais discreta possível; indicar a intervenção do poder, mas com a máxima economia, e no caso ideal impedir qualquer reaparecimento posterior de um e outro. (FOUCAULT, 1987, p. 79)

5.1. O sistema prisional e a evolução do punir

O caráter da prevenção como diretriz ao *jus puniendi*, parte da então noção de tortura e vingança do homem bom contra aquele infrator, bem retratado pelo filósofo Michel Foucault, que ilustra o teor circense da punição aplicável até o século XVIII. Nesta seara, o direito de punir se restringia as duas concepções já apresentada, punição propriamente dita e prevenção a mais atos delituosos, de tal forma que deveria ser executada em local público para cumprir seu fim de aterrorizar e controlar a sociedade, além de derrocar que o papel foi feito devolvendo aquilo que o infrator merece. Entretanto com a avanço das correntes humanistas no século XVIII, reformadores lutaram pelo fim das atrocidades exprimidas pelo ritual de tortura pública aos condenados, totalmente aversos a prática do suplício¹⁵, retirando a

15 Para Foucault, o suplício, ou grave punição ao corpo que derroca um grande sofrimento, expressa a necessidade do espetáculo da época, utilizando de meios desumanos para alcançar o caráter da punição, sendo “o corpo supliciado, esartejado, amputado, marcado simbolicamente no rosto ou no ombro, exposto vivo ou morto, dado como espetáculo” (FOUCAULT, 1987, p.). Um ponto apresentado pelo autor é se o desaparecimento do suplício não se resumiu as meras atitudes humanistas cujo foco era priorizar o bem estar do torturado, mas sim resguardar os reformadores, população rebelde até o momento, das atitudes tiranas do poder monárquico, resvalando assim um limite as suas atitudes de punir, que se trata do poder mais prepotente do Estado, único que pode fazer uso desses artificios de forma regular. Nasce então, como forma de frear esse poder absoluto, resistindo a uma possível tirania ou ditadura, a ideia de *ultima ratio*, ressaltando o caráter humano da

prerrogativa do corpo como principal alvo da repressão penal, deslocando assim no ponto de aplicação do poder punitivo para um ponto metafísico, de ideais, alma e direitos. Dessa forma se deu a ideia de o saber punir:

E a “reforma” propriamente dita, tal como ela se formula nas teorias de direito ou que se esquematiza nos projetos, é a retomada política ou filosófica dessa estratégia, com seus objetivos primeiros: fazer da punição e da repressão das ilegalidades uma função regular, coextensiva à sociedade; não punir menos, mas punir melhor; punir talvez com uma severidade atenuada, mas para punir com mais universalidade e necessidade; inserir mais profundamente no corpo social o poder de punir. (FOUCAULT, 1987, p. 79)

Logo, a ideia da prisão como contemplada no mundo moderno surgiu não de uma concepção flexibilizada do *jus puniedi* do Estado nem minimizadora das consequências dos atos ilícitos. Trouxe consigo os princípios constitucionais e humanos fundamentais, como a dignidade da pessoa humana, o direito a não ser torturado e seu mínimo existencial. O infrator passa então a ser sujeito de direitos como um cidadão que é, entretanto, devendo “pagar” com algo que não seja a vida, recorrendo principalmente ao quantum monetário e à liberdade. Dessa forma, a privação da liberdade não possui prerrogativa de privar o indivíduo de direitos como saúde, dignidade, alimentação e moradia, inerentes a pessoa humana, atribuindo ao Estado novo papel de garantidor em detrimento de sua única responsabilidade punitiva jazida outrora.

Entretanto, Wacquant demonstra, com a ideia de “*Punish the Poor*”, a marginalização de segmentos da sociedade, sob uma égide de “tolerância zero” que ao diminuir a política social, substituindo o *welfare* pelo *workfare*¹⁶, expande a abrangência da política penal, sustentando a ideia da punição. Destarte, a punição da miséria, traduzido de forma livre, tenta romper com a ideia de separar crime de castigo, remontando noções medievais de prisão e tortura como fim, além de tentar mesclar a política penal com a social, de uma forma governamental e acadêmica, não havendo mais distinção entre mão esquerda e direita do Estado. Dessa forma, o braço central do Estado corresponde a um dos componentes constitutivos centrais do Estado neoliberal. (WACQUANT, 2013, 146)

pena, devendo então ser aplicada conforme sua necessidade e adequação, e controlando o Estado, para que este não se torne irrefreável.

16 Enquanto o “*welfare*” é um conceito que significa, em uma tradução livre, o bem estar, a saúde e felicidade física e mental o “*workfare*” resgata a plenitude do trabalho em detrimento da vida social, sendo assim, a sobreposição do segundo sobre o primeiro determina que a validação pelo trabalho antecede o bem estar do indivíduo saudável, logo antecede políticas sociais.

5.2. A saúde do preso à luz da lei de execução penal

Conforme se delimita a nova concepção do punido como sujeito de direitos, a prestação efetiva do acesso a saúde assume um caráter constitucional, ao serem possuidores da prerrogativa de acesso universal constante no artigo 196 da CFRB/88, além do artigo 5º inciso XLIX que assegura aos presos o respeito à integridade física e moral. Além disso, de forma infraconstitucional propriamente dito, a promulgação da Lei 7.210/84, Lei de Execução Penal – LEP¹⁷, inova, em seu Capítulo II, garantindo diversas assistências aos encarcerados as quais são deveres do Estado em seu papel garantidor, sendo elas a material, jurídica, educacional, social, religiosa e prevendo em seu artigo 14 a “assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico.” (BRASIL, 1984). Da mesma forma a referida Lei retoma o assunto em seu artigo 41 inciso VII, ao trazer o direito do preso a assistência à saúde, complementando o artigo 40 que impõe “o respeito à integridade física e moral dos condenados e dos presos provisórios”.

Dessa forma, a necessidade da LEP em garantir determinadas assistências a população carcerária objetiva prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade, de tal forma que prestar determinada assistência a um detento gere efeitos em menores condenações futuras dos mesmos ou de outros, além de proporcionar meios de auxiliá-los a serem reinseridos na sociedade após o devido cumprimento da pena. Além disso, promover o acesso a saúde dentro dos estabelecimentos penitenciários previne o risco de doenças, que podem vir a atingir a população, uma vez que a situação insalubre que os mesmos estão submetidos propicia o ambiente perfeito para o surgimento de novas doenças ou surtos sanitários. Assim exprime Newton Fernandes:

Populações carcerárias em toda parte tendem a requerer mais assistência médica do que a população como um todo. Não apenas os presídios mantêm uma grande proporção de pessoas com maior risco de adoecer, como usuários de drogas injetáveis, mas também o próprio ambiente prisional contribui para a proliferação de doenças. (FERNANDES, 2000, p. 210)

Sendo assim, políticas sociais de saúde no sistema prisional possui um caráter de ação pública, já que derroca efeitos diretos na população em geral. Por fim, de maneira tão considerável quanto as demais premissas, é necessário pontuar que o detento, independente do motivo que o leva a essa situação, não deixa de ser um cidadão sujeito de direitos, adquiridos

17 Com essa lei, veio a inovação do termo “assistência”, o que era tratado antes por “tratamento. Essa alteração prevê não apenas o tratamento de doenças ou lesões, mas a assistência de uma equipe multiprofissional durante sua permanência no cárcere, sugerindo a prestação de serviços qualificados com o intuito de prevenir o crime e preservar os direitos da pessoa privada de liberdade.

pela Carta Magna e pelos tratados internacionais, de tal forma que preconizar pelos seus direitos básicos é atributo inenarrável de um Estado Democrático de Direito.

Além do marco inicial da LEP, outros planos trouxeram luz ao assunto outrora controvertido, como é o caso do o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído pelo Ministério da Saúde a partir da Portaria Interministerial nº 1.777/2003, legitimando assim o acesso a saúde para pessoas encarceradas, ampliando as diretrizes elencadas pela LEP e prevendo a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos Direitos Humanos. Fundamentado no princípio da universalidade do SUS, o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP) tem por objetivo garantir o acesso da pessoa privada de liberdade a uma assistência integral à saúde com equidade e assegurar a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral a saúde. Assim ele erige:

É preciso reforçar a premissa de que as pessoas presas, qualquer que seja a natureza de sua transgressão, mantêm todos os direitos fundamentais a que têm direito todas as pessoas humanas, e principalmente o direito de gozar dos mais elevados padrões de saúde física e mental. As pessoas estão privadas de liberdade e não dos direitos humanos inerentes à sua cidadania. (BRASIL, 2005, p. 13)

O PNSSP, além de marco legal que abriu caminho para diversos planos de saúde em favor de minorias, apresentou uma nova perspectiva de saúde no sistema penitenciário, voltando-se não apenas ao tratamento de doenças já existentes, mas a uma equipe multiprofissional que visa atender todas as áreas de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, auxiliares, dentistas, psicólogo, assistente social, cirurgião dentista, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário. Essa consideração demonstra que a saúde do privado de liberdade não se restringe ao mero atendimento clínico emergencial, para prolongar sua vida, consequentemente estando apto para cumprir sua pena, mas sim a primazia da saúde e bem estar dele como detentor dessa prerrogativa de direito, pela situação inerente de ser humano. Outro ponto importante carregado pelo programa é a limitação na quantidade de atendidos por uma equipe, para priorizar o atendimento com excelência e eficácia. As instituições que contenham menos de 100 pessoas privadas de liberdade poderão exercer seu atendimento por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, sendo obrigatório a Unidade Básica de Saúde (UBS) permanente dentro da instituição só quando ultrapassa esse número, enquanto que uma equipe multiprofissional deve atender até no máximo 500 pessoas. (LERMEN et al, 2015, p.912).

Apesar dos inúmeros benefícios que trouxera, um fator de descontentamento com o programa é sua restrição de aplicação, uma vez que apenas a população penitenciária é

atendida por ele, ou seja, aqueles que estão privados de liberdade em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e hospitais de custódia. Dessa forma é deixado descoberta parte da população prisional, principalmente os em regime aberto e provisórios, recolhidos em cadeias. Outro problema se deu ao não acompanhamento fático do grande crescimento de encarceramento feminino, uma vez que suas diretrizes para o atendimento das mulheres foi rasa, garantindo a realização de pré-natal, controle do câncer cérvico-uterino e de mama, porém não elegendo meios de efetivação de tais ações, o que precisou ser posteriormente alicerçada em leis supervenientes, como ocorreu com a Lei nº 11.942/09, que assegurou o direito ao acompanhamento da mulher gestante presa ao acompanhamento tanto do médico de pré-natal quanto de pós-parto. Essa é uma preocupação já que, aos moldes em que fora criado a ideia de sistema prisional, não houve distinção por gênero, de tal forma que mulheres são tratadas legalmente por vezes como homens, esquecendo-se de suas peculiaridades inerentes a sua condição, como o fato de precisarem de materiais de higiene ou atendimento específico, como é o caso de consultas ginecológicas, além das necessárias para a mulher gestante.

5.3. Os problemas do cárcere e a vulnerabilidade do preso

De acordo com a *World Prison Brief*, o Brasil possui a terceira maior população carcerária do mundo¹⁸, vivendo sob o base ideológica da ressocialização, punição e prevenção dos delitos. Roberto Bitencourt (2001, p. 90) assegura que a função de um estabelecimento prisional tem a obrigação de se desenvolver com objetivo futuros, levando seus encarcerados a estarem aptos a serem devolvidos a sociedade de “homens honrados e cidadãos trabalhadores”, o que vai de encontro a realidade atual de diversos presídios, onde as noções de punição ainda carregam um ambiente propício ao sofrimento e mortificação, levando em consideração os meios rastos de subsistência daqueles que ali habitam.

Ao se tratar da população vista como delinquente, marginalizada da visão da sociedade, não há o que se falar de condições de vida adequadas, mas sim de meios de subsistência para uma espécie de “subvida” que os assolará até o fim do cumprimento de sua pena, ou, devido ao preconceito e discriminação, os acompanhará até o fim de suas vidas. O principal fator que aponta para essa noção de “subvida” ou de uma vida inferior e que deve ser tratada como tal é a superlotação dos cárceres brasileiros, que apesar da estabilidade no

18 Conforme dados retidos pelo portal World Prison Brief, cujo levantamento mundial é realizado pela ICPR (*Institute for Crime & Justice Research*) e pela Birkbeck University of London, o Brasil detém cerca de 811.707 presos, inclusos os presos provisórios, o que aloca o país atrás apenas dos Estados Unidos da América (2 068 800) e China (1 690 000) (WPB, 2021).

número de presos no Brasil, ainda apresenta um déficit astronômico. Pelo último levantamento realizado pelo SISDEPEN¹⁹, a população carcerária no Brasil até junho de 2021 já contava com 679.687 presos, em regime fechado, aberto e prisão provisória, sendo que no mesmo período haviam apenas 490.024 vagas no país, o que totaliza um déficit de 189.663 vagas, número este que apresentou seu ápice em 2015 com 327.417 vagas a menos que presos no ano (SISDEPEN, 2021). Essa situação não é condizente com o estipulado pela LEP, ao aprovar que os condenados fossem alojados em cela individual com um dormitório e local para necessidades, o qual deveria conter ao menos 6,00m² e salubridade, principalmente concernentes a fatores de aeração, insolação e condicionamento térmico adequado à existência humana, conforme eu artigo 88. Já na realidade, as celas são maiores, não seguindo qualquer regramento, com locais impróprios para as necessidades, com lotação superior à sua capacidade máxima, não propiciando nem ambiente necessário para o descanso noturno de todos, sem o menor trato na circulação de ar e condicionamento térmico. Tal realidade contribui para o adoecimento da população carcerária e seu tratamento nefando.

A superpopulação carcerária somada à negligência estatal no cuidado com os privados de liberdade ocasiona problemas como a falta de saneamento básico, condições físicas de ambiente em que o ser humano está inserido minimamente necessárias para a subsistência, cujo a finalidade é prevenir o aparecimento de moléstias e doenças infecciosas, além de gerar a promoção da saúde. As instalações são precárias, a água fornecida é de forma inadequada, o sistema de esgoto em muitos casos é ineficiente, as celas em sua maioria são sujas, úmidas, sem a devida coleta de lixo e com fezes expostas, a base nutricional não é adequada e pouco existe instalações e profissionais de saúde a fim de atendê-los (KÖLLING, 2013, p. 285). Essa precarização provoca o surgimento de doenças como cólera, intoxicação alimentar, hepatite A, Hepatite E, leptospirose, poliomielite, toxoplasmose, doença de Chagas e esquistossomose, além de reincidir casos de tuberculose e HIV.

Os condicionantes de saúde no sistema prisional demonstram a existência de contextos alarmantes: situações de superpopulação, violência, iluminação e ventilação naturais insuficientes, falta de proteção contra condições climáticas extremas, serviços médicos deficientes, inadequações nos meios de higiene pessoal e de nutrição e as restrições ao acesso à água potável aumentam a vulnerabilidade da população privada de liberdade à infecção pelo HIV e outras doenças infecciosas, tais como tuberculose, hepatites virais, hanseníase, entre outras, aumentando também as taxas de morbidade e mortalidade nas prisões. E o pior: não temos informações científicas (perfil epidemiológico específico) acerca dessas

19 O Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional – SISDEPEN é uma ferramenta gratuita cuja finalidade é fornecer informações do sistema prisional fornecida pelo Ministério da Justiça, cumprindo a Lei nº 12.714, de 14 de setembro de 2012.

situações; possivelmente estamos diante de uma epidemia de hepatite e tuberculose dentro dos presídios, mas não temos certeza. Sem isso, não temos eficiência nas ações de combate e tratamento a essas patologias. Dentro das penitenciárias, temos muitos negligenciados inclusive negligenciados pela educação. Temos, também, muita violência sexual, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), a realização de tatuagens nas piores condições de higiene possíveis, uso de agulhas para a confecção dos desenhos tatuados, o uso de seringas para o consumo de drogas, enfim, não temos exatidão quanto ao contingente dos casos de AIDS, HIV, hepatite, DSTs, tuberculose, etc., dentro das penitenciárias, mas sabemos que a falta de informação e esse “déficit cultural” torna esse quadro ainda pior (KÖLLING, 2013, p. 290).

Tal dilema já foi motivo do julgamento de uma CPI, aprovada pelo requerimento 775/85, cuja finalidade foi investigar e propor solução aos problemas do estabelecimento prisional. Tal assunto foi retomado na investigação aprovada pelo requerimento nº 06/15 pela Câmara dos Deputados, na qual constatou que pouco se reformulou nesse período:

Na CPI aprovada pelo requerimento 775/95, há 20 anos, cuja finalidade consistia em investigar e propor solução no que concerne aos estabelecimentos prisionais, tendo seu Relatório publicado em 24/06/1997, no texto a Comissão deixa claro que faltam médicos e enfermeiros nos presídios. Que também havia falta de remédios, inclusive medicamentos básicos como analgésicos. Essa precariedade teria feito as doenças se proliferarem, como por exemplo, a Tuberculose e a AIDS, em detrimento dos detentos, funcionários e da própria população. Por isso, afirma o texto “podemos considerar os presídios como incubadoras de doenças.” Hoje passados 20 anos esta realidade pouco difere na maioria dos presídios brasileiros. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2015, p. 292)

Outro problema pré-existente nesses estabelecimentos é o ócio e escassez de perspectiva, que agregado a situação abominável em que se encontram, provoca adoecimento mental. Diante da falta de incentivo, conforme dados retirados do sistema do SISDEPEN, apenas 37,79% dos presos estão matriculados em alguma atividade educacional, sendo 12.323 em nível de alfabetização, 5.261 em nível profissionalizante e apenas 1.225 em nível superior, de todo o contingente de pessoas encarceradas. Ao se tratar de trabalho, esse número é ainda menor. Apenas 16,74% estão atuando em alguma atividade laboral, sendo que os números divergem por gênero, uma vez que ao se tratar da população masculina a porcentagem é três vezes maior que a feminina. Desse *quantum*, apenas 68,45% apresentam remuneração informada, sendo que nem um décimo dessa população ganha ao menos o salário mínimo. (SISDEPEN, 2021). Em sua grande maioria, relatam passar a maior parte do tempo conversando, dormindo, vendo televisão e lendo (MINAYO, 2016, p. 2035). Apesar de sua nocividade não ser tão visível na atual situação dos presos, o ócio e a desesperança causam efeitos vindouros que se sobrepõem ao objetivo da ressocialização, não possibilitando a real reintegração do criminoso na sociedade, de forma que ao cumprir sua pena é tendencioso a

reincidência, tanto por fatores provocados pelo cárcere quanto pela discriminação e falta de especialização que o reinsira no mercado de trabalho.

Diante do exposto, é concernente que o indivíduo privado de liberdade possua uma vulnerabilidade maior, principalmente ao levar em consideração a relação vertical entre o Estado e o encarcerado, em uma concepção que a superioridade do primeiro implica em uma presunção de vulnerabilidade do segundo, conforme expressa Nestor Santiago e Maurilio Maia (2019, p. 6). Citando os conceitos de vulnerabilidade de José Adaumir Arruda da Silva e Arthur Corrêa da Silva Neto, Santiago e Maia expressam a existência de um tríplice vulnerabilidade sob o encarcerado, a jurídica, uma vez que derroca da inexistência de poderes próprios para exercício da defesa por si via *jus postulandi*, fática, em vislumbre ao fator socioeconômico a que eles estão subjugados, e informacional, no tocante a dificuldade de acesso à informação. Contribui os autores incluindo ainda a vulnerabilidade sanitária, devido as condições sub-humanas a que estão submetidos, e política, cabível pela falta de representatividade na esfera política (MAIA; SANTIAGO, 2019, p. 6,7). Ao se tratar especificamente do direito a saúde dos encarcerados, há ainda uma sexta vulnerabilidade que decai dentro de um estabelecimento prisional: a vulnerabilidade vislumbrada no campo da bioética inerente ao paciente simplesmente pela sua posição de ser dependente de cuidados e tratamentos. Para pessoas que tiveram sua liberdade cerceada como forma punitiva, essa vulnerabilidade é ainda maior, uma vez que possui sua autonomia delimitada, inclusive no tocante as ações com seu próprio corpo e saúde.

5.4. O cerceamento dos direitos de liberdade e sua influência na autonomia do preso

Desde o nascimento das prisões, com sua possível origem nas casas de trabalho, a pena a ser executada não cumpria mais sua função estritamente punitiva, mas uma ideia de reinserção na sociedade do indivíduo regenerado pelo labor. Para Foucault, o nascimento da prisão remeteu ao fim do uso do corpo para a punição, com a extinção do suplício, outorgando novas fórmulas de punições. Com isso a tortura começou a ser repudiada, a flexibilização do castigo abriu espaço a uma nova forma de poder punitivo, por vezes tão fugaz quanto o anterior. O autor traz a ideia da punição da alma no lugar do corpo. Isso porque ao invés da tortura ser momentânea, as prisões dão lugares a privação de locomoção, de alimentos, de prazeres, de liberdade. Logo com isso, o limiar entre a privação da liberdade e a extinção da autonomia humana é muito tênue. O artigo 38 da lei nº 7.209/84 expressa que “O preso

conserva todos os direitos não atingidos pela perda da liberdade, impondo-se a todas as autoridades o respeito à sua integridade física e moral.” (BRASIL, 1984).

Já foi expresso a importância da autonomia tanto na esfera da bioética, como princípio basilar, quanto na esfera dos direitos humanos. Conciliando essa ideia com a superação da noção de corpo-castigo, é necessário elucidar que a privação da liberdade não deve atingir nunca a autonomia privada do indivíduo no tocante a seu próprio corpo, de tal forma que nenhum regimento ou regramento pode delimitar o que o mesmo pode fazer consigo. Esse conceito, também expresso dentro da seara criminal com o princípio da alteridade²⁰, demonstra que mesmo dentro de um estabelecimento prisional, cumprindo uma pena privativa de liberdade, o indivíduo só pode ser obrigado a fazer aquilo que exterioriza a sua concepção de ser. Logo, na conjectura da sua saúde, o indivíduo não é obrigado a aceitar tratamento médico ou qualquer forma de cuidado, assim como não deve ser obrigado a passar por cirurgias ou procedimentos contra a sua vontade. Respeitando a ideia de alteridade, quando alguma doença puder ser um risco iminente a outros a seu redor, deve o estabelecimento prisional efetuar o que for necessário para a salubridade do ambiente, visando sempre o consentimento do indivíduo sobre o próprio organismo. Deve ser ressaltado que a privação da liberdade não é um cerceamento de todos os direitos do ser humano, devendo ser preservado ainda aqueles constitucionais tais como vida, dignidade e saúde, entretanto o real debate se encontra na liberdade de escolha sobre o próprio corpo e saúde e sua vinculação total ou não a liberdade de circulação.

20 O princípio da alteridade, ratificando o princípio da lesividade, compreende a necessidade de o comportamento ilícito transcender a esfera individual e ser capaz e atingir o bem jurídico de outrem, logo não incrimina atitude meramente interna, subjetiva do agente. (SILVA; CASAGRANDE, 2010, p. 13)

6. A PANDEMIA E SEU IMPACTO NOS PRESÍDIOS

No final de 2019 surgiu o primeiro caso de uma possível pneumonia de causa não conhecida em Wuhan, província de Hubei, na região sudeste da China, despertando interesse das autoridades nacionais e internacionais, preocupando a Organização Mundial da Saúde (OMS) que declarou logo no final de janeiro o estado de emergência. Devido a considerada zoonose ser desconhecida no mundo médico-científico, a preocupação se alastrou, até que em fevereiro de 2020 a própria OMS denominou de doença infecciosa do coronavírus-19 (COVID-19), sendo representada pelo agente etiológico SARS-CoV-2, sendo uma síndrome respiratória aguda grave causada por um coronavírus, de modo que o mundo precisou ficar em alerta (CAMPOS *et al*, 2020, p. 02). Em 06 de fevereiro de 2020, foi promulgado a lei nº 13.979, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública em decorrência do novo vírus (BRASIL, 2020). Até que em 11 de março de 2020 foi decretado o estado de pandemia, lavando todos os países a fazer planos de contingência e medidas preventivas. Depois de assolar países como China e Itália, a qual teve uma taxa de mortalidade extremamente alta devido a suas condições climáticas e etárias da população, o primeiro caso registrado no Brasil se deu em 26 de fevereiro de 2020, crescendo inicialmente de forma controlada devido as medidas de emergência que foram implementadas, o que não postergou demais a primeira morte em 17 de março de 2020.

A partir de então o pânico foi instalado no território nacional e internacional, sem muitos estudos e sem um tratamento ainda completamente eficaz, profissionais da saúde foram colocados a prova, sendo por vezes chamados de “linha de frente de combate”, do que com toda certeza se tornaria um campo de batalha a ser travada sem tempo definido. A primeira onda epidemiológica registrada se deu entre os meses de abril e julho de 2020 e seu pico foi de aproximadamente 1590 mortes (ROCHA, 2020, s.p). Já a segunda onda, mais letal e menos mitigada, devido ao afrouxamento das medidas de prevenção e cuidados, atingiu mais de 14 milhões só no Brasil, devido a variante gama (P1) encontrada em Manaus, que acentuou a crise respiratória aguda e perdurou do final de 2020 até a metade de 2021, cujo pico se deu em abril de 2021 com 4.249 mortes, provocando a crise hospitalar que tentou ser evitada desde o início da pandemia, com a falta de leitos em unidades de tratamento intensivo (COSTA, 2021, s.p).

6.1. A pandemia no cárcere e o agravamento das condições insalubres

Apesar de inicialmente ser delimitado um perfil de população de risco, com as variantes que foram surgindo esse perfil acabou se modificando, ainda permanecendo àqueles considerados de riscos outrora, como idosos, imunossuprimidos, portadores de doenças cardíaca e respiratória, porém com o aparecimento de novas variantes houve surtos de internação e mortes em pessoas mais jovens sem nenhum quadro de comorbidade, o que provocou um constante sentimento de incerteza quanto aos tratamentos adotados. Logo algumas medidas adotadas no início da pandemia, apesar de mitigar os efeitos e postergar a crise hospitalar, não foram suficientes para evitar o colapso e a fatalidade. Até o início de 2022, após quase dois anos de pandemia, o mundo já havia registrado 354.956.437 de casos de COVID-19 e 5.604.936 de mortes, sendo que no Brasil esse número foi de 24.142.032 de casos registrados e 623.636 mortes desde o início da pandemia²¹. As principais medidas de prevenção, conforme determinação da OMS e do governo federal, incluíam o distanciamento social, a higienização correta das mãos e uso do álcool em gel, o uso de máscara da forma correta e a etiqueta respiratória comum aos casos de gripes e doenças respiratórias²² (GOVERNO DO BRASIL, 2021).

Essa situação foi agravada para algumas populações já consideradas vulneráveis antes do início da pandemia, fazendo aumentar a disparidade entre eles e o restante da população, como é o caso de migrantes, idosos, pessoas em situação de rua, deficientes, indivíduos com transtornos mentais, pessoas vivendo com HIV/Aids, LGBTQIA+, moradores de favelas e periferias, população indígena (ROCHA, 2021). Dentro dos cárceres não destoou da situação em geral. Devido a condição precária das instalações antes da pandemia, o trabalho de prevenção e cuidado não pode ser executado com eficiência, provocando surtos dentro dos presídios e aumentando a realidade de subsistência a qual eles estão submetidos.

21 Dados retirados da página “*Our World in Data*”, sob o título “*Coronavirus (COVID-19) Vaccinations*”, que apresenta os dados quantitativos e números da pandemia do COVID-19, com acesso no dia 20 de janeiro de 2022.

22 As medidas previstas no site do Governo Federal como etiqueta respiratória inclui: cobrir nariz e boca com lenço de papel ou com o antebraço, e nunca com as mãos ao tossir ou espirrar; descartar adequadamente o lenço utilizado; evitar tocar olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas. Se tocar, sempre higienize as mãos como já indicado; manter uma distância mínima de cerca de 1 metro de qualquer pessoa tossindo ou espirrando; evitar abraços, beijos e apertos de mãos; adote um comportamento amigável sem contato físico; higienizar com frequência os brinquedos das crianças e aparelho celular. Não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, toalhas, pratos e copos; evitar aglomerações, principalmente em espaços fechados e manter os ambientes limpos e bem ventilados. (GOV, 2021)

Ressalta-se que a pandemia chega ao Brasil num momento em que o sistema de saúde prisional está frágil e sobrecarregado, o que tem resultado em alta mortalidade por doenças infecciosas potencialmente curáveis, como a tuberculose. Além disto, há PPL idosas e/ou portadoras de doenças associadas à evolução para formas graves e fatais de COVID-19 (grupo de risco), entre as quais, diabetes, cardiopatias, hipertensão, insuficiência renal, asma, HIV/aids e tuberculose. Gestantes e mães com crianças igualmente fazem parte desse grupo por causa de sua vulnerabilidade. (SANCHEZ et al, 2020, p. 1)

Até maio de 2021, a doença já tinha atingido mais de 80% das prisões, sendo que em alguns estados como Ceará, Distrito Federal, Roraima e Sergipe já haviam sido encontrado casos em todos os seus estabelecimentos prisionais (CÍCERO, 2021). A ONU, em um documento emitido no 14º Congresso sobre Prevenção do Crime e Justiça Pena, em Quioto, no Japão, apontou que dos 527 mil presos no mundo que foram contaminados com o vírus, 3.800 perderam a vida, sendo que só no Brasil números que podem sofrer alterações devido à dificuldade de testagem dentro das prisões (UNODC, 2021). O alastramento da doença e alta taxa de contaminação é fruto das condições insalubres que se encontram as instituições. Até outubro de 2020, o Anuário Brasileiro de Segurança Pública confirma que a taxa de contaminação de presos foi de 62% maior que a taxa geral do país, enquanto que a taxa de mortalidade da doença foi de 15,1 óbitos por coronavírus a cada grupo de 100 mil presos, número quatro vezes menor que a taxa nacional. Isso se deu, de acordo com o anuário, devido a população carcerária ser totalizada por indivíduos mais jovens, o que diminui a mortalidade da doença, apesar de alguns críticos acreditarem na possibilidade de subnotificação das mortes dentro das unidades. Quanto a grande incidência de contaminação, grande fator responsável por isso é a superlotação das celas, o que provoca maior contágio, sem contar com a impossibilidade espacial de separar os contaminados dos saudáveis ou de realizar a quarentena devida. Além disso a falta de materiais de limpeza e higiene, a má alimentação, o sedentarismo e o uso frequente de drogas também são responsáveis por esse número alto, apesar das medidas de prevenção adotadas pelos presídios, como a suspensão das visitas presenciais, com finalidade de evitar a entrada e circulação do vírus (BARROS, 2021, p. 206).

Os professores Natália Lucero Frias Tavares, Rodrigo Grazinoli Garrido e Antonio Eduardo Ramires Santoro atribuem também como um problema que intensificou na luta contra o COVID-19 nos cárceres a existência de presos provisórios nos presídios, o que já era um problema uma vez que favorecia na superlotação dos estabelecimentos, porém a falta de julgamento e de local específico para alocar os presos provisórios influenciou no contágio e

na divisão já precária dos poucos insumos médicos recebidos e profissionais inseridos dentro do estabelecimento para o combate:

Uma das práticas que contribui ativamente para o agravamento desse risco é o uso da prisão provisória pelo Poder Judiciário brasileiro. Considerando que 40% (Infopen, 2017, p.13) desses indivíduos estão presos provisórios, inexistem contra eles qualquer certeza de condenação, sendo sua manutenção em ambiente prisional contrária ao modelo traçado pelo constituinte originário que tem em suas bases a presunção de inocência e a liberdade como regra. (TAVARES, GARRIGO, SANTORO, 2020, p. 285)

Como resposta a essa crise por trás das grades, o Conselho Nacional de Justiça emitiu a recomendação nº 62/2020 visando o desencarceramento da população em razão dos altos riscos, principalmente aquelas consideradas mais vulneráveis como idosos e pessoas com comorbidades, reavaliação das prisões provisórias, a concessão e saída antecipada dos regimes fechados e semiabertos, priorização da prisão domiciliar, principalmente para casos de dívida alimentícia e restrição das visitas presenciais (CNJ, 2020, p. 07). O direito a visita e a troca de informações é assegurado desde o Primeiro Congresso das Nações Unidas sobre a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Delinquentes, que ocorreu em Genebra em 1955, compondo Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos, ou Regras de Mandela, e atualmente pela Resolução nº 70/175, da Assembleia Geral da ONU. Entretanto, ainda assim, relatos coletados pela Pastoral Carcerária afirmam que grandes problemas encontrados é no tocante a comunicação, tanto dos apenados com o mundo externo, quanto dos familiares sobre notícias do estado de saúde dos internos, principalmente devido a restrição de visitas e dificuldade nos meios de contatos, que ficaram mais restritos. Apesar de poucos conhecerem presos que morreram de COVID-19, muitos afirmam saber de contaminados dentro dos presídios, corroborando a alta do contágio interno. Da mesma forma exprime o relatório produzido pelos alunos da Universidade Federal de Juiz de Fora:

Essa medida dificulta a obtenção de informações sobre as pessoas privadas de liberdade e sobre as condições de alimentação, saúde e tratamento a elas dispensadas durante o período da pandemia. Nesta situação, várias famílias continuam sem obter informações sobre seus afetos privados de liberdade e sem manter o contato que lhes é assegurado legalmente. Ao analisar as denúncias, é recorrente a queixa dos familiares por falta de informações sobre as pessoas presas e o descaso no tratamento da relação família-presos. Essa reivindicação aparece em 15 denúncias, dentre as 50 coletadas (BARROS *et al*, 2020, p. 20)

O relatório também coletou que apesar da premissa de diminuir as transferências de detentos entre unidades prisionais, a Seção de Minas Gerais da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) afirmou que houve um aumento de 60% nas transferências o que causam uma circulação do vírus e foi um possível fator para a propagação do mesmo dentro das unidades. Alguns relatam ainda afirmam que essas transferências se deram sem a devida proteção e com

a presença de maus tratos, sem contar com a falta de informação prévia desses deslocamentos (BARROS, 2020, p. 34). Além disso, o sistema “Desencarcera!” recebeu também a denúncia que com o agravamento causado pela doença, os itens de higiene ficaram mais escassos que o natural, assim como o fornecimento de água que, em alguns presídios chegaram a ser de 10 minutos, quatro vezes ao dia, para uma cela com nove presos, sem o costumeiro banho de sol e com fornecimento de comida imprópria para o consumo. (BARROS, 2020, p. 42-44)

6.2. O descaso com funcionários do sistema prisional e o terror do labor

Os efeitos negativos causados pela pandemia dentro dos estabelecimentos prisionais não se resumem as pessoas privadas de liberdade, uma vez que todos que trabalham dentro das instituições estão sujeitos a contaminação e ao risco de morte. A superpopulação acrescida ao ambiente propicio ao contágio gerou riscos àqueles que trabalham, de tal forma que até o primeiro semestre de 2021, dos 450 óbitos registrados dentro do sistema prisional, 237 foi de funcionários, o que comprova o descaso que esse grupo foi tratado (SILVA, 2021). Além disso, o número de trabalhadores que já era escasso ficou ainda menor com o afastamento das pessoas consideradas de risco, o que resultou em jornadas maiores daqueles que ainda permaneciam no trabalho e ampliando os casos de desvio de funções, como foi figurado em algumas unidades (RBA, 2020).

A falta de profissionais da saúde em diversos estabelecimentos em número adequado para o atendimento de todo o contingente de presos provocou não apenas a sobrecarga daqueles que trabalhavam nesse setor, como também a necessidade de os agentes penitenciários atuarem como linha de frente ao combate contra o coronavírus, mesmo sem receber os devidos cuidados para isso. Dessa forma, segundo pesquisa realizada pela fundação Getúlio Vargas (FGV) 67% dos agentes prisionais sentem ausência de instrução dos procedimentos que devem ser adotados por parte da chefia, 90,7% afirmam que não receberam treinamento para lidar com a pandemia e apenas 32,6% dos agentes prisionais alegam ter recebido EPIs (RATTON, 2021). Com isso gerou a polêmica no começo do ano de 2021, quando iniciou a campanha de vacinação no Brasil, começando pelos profissionais de saúde que “trabalhavam em linha de frente no combate” a pandemia, entretanto a vacinação da classe dos agentes penitenciários iniciou tardiamente, causando desconforto e aumentando o sentimento de insegurança frente ao aumento do caso que viria a se seguir durante todo o primeiro semestre de 2021, principalmente diante do aumento de 190% de óbitos dentre os

funcionários de saúde até março de 2021, em comparação com o último bimestre de 2020 (FRANCO, 2021).

6.3. O tratamento dado ao preso contaminado

Apesar das recomendações dirimidas pelo PNSSP sobre a necessidade do atendimento hospitalar, isso não ocorre de forma regular e efetiva em muitos presídios no Brasil. Dos 233 estabelecimentos penais de Minas Gerais, apenas 56% possuem consultório médico e 6% não possuem nenhuma forma de módulo de saúde (barros, 2020, p. 47). Tal inexistência já ocasionava problemas antes da pandemia, porém foi agravado pelo surto do COVID-19, uma vez que as unidades de tratamento espalhadas pelo país também sofriam com a grande demanda, o déficit de vagas de UTI e baixa capacidade de atendimento a toda a população necessitada. Dessa forma, as unidades prisionais que não detinham de unidades de tratamento básicas de saúde, ao recorrerem ao SUS, também encontraram dificuldade de atendimento, sem contar a discriminação do atendimento, o que já era comum antes da atual conjuntura. Até as unidades prisionais que detinham de locais adequados para os atendimentos, os mesmos não supriam as demandas habituais e as necessárias para o tratamento da nova doença. Esse fator, acrescido as falhas concernentes às instituições de privação de liberdade e a falta de testagem em número adequado, provocou a falta de atendimento médico-hospitalar necessário aos contaminados.

Uma pesquisa realizada em um presídio no Rio Grande do Sul demonstrou que para evitar o contágio, um novo preso ao ingressa em uma unidade prisional deveria ficar em isolamento se fosse assintomático até uma nova testagem a fim de ser liberado a ingressar na carceragem, se estivessem presentes sintomas leves deveriam permanecer em isolamento preventivo por 14 dias, até a reavaliação (BENETTI et al, 2021, p. 03). Já os casos com sintomas graves seriam encaminhados Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município, seguindo os protocolos de segurança do serviço prisional. O mesmo acontecia àqueles já detentos do estabelecimento se apresentassem qualquer sintoma suspeito, sendo os profissionais que faziam todo esse tramite eram os próprios agentes penitenciários e os enfermeiros realizavam a triagem e testagem da população carcerária.

6.4. A distribuição da vacina e a sugestão de “cobaia humana”

Popularmente conhecido como incubadora de doenças, especialistas debatem acerca da necessidade da vacinação precoce às pessoas privadas de liberdade e aos funcionários do

sistema prisional, para que assim possa ser evitado o surgimento de novas variantes e empecilhos ao combate ao vírus. Dessa forma, desde o primeiro plano de vacinação nacional, do dia 16 de dezembro de 2020, os privados de liberdade foram considerados grupos prioritários para a vacinação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Entretanto, enquanto, até dezembro de 2021, 80% da população alvo vacinada com a segunda dose, desses 94% dos idosos já haviam sido imunizados e mais de 84% dos professores vacinados com a segunda dose só no estado do Ceará, apenas metade da população carcerária foi imunizada conforme dados do CNJ²³.

Entretanto a ideia de priorizar as pessoas privadas de liberdade, levando em consideração os princípios éticos e de saúde pública, não é aceito de forma integral pela população, que vê isso como um favorecimento aqueles que cometeram crimes em detrimento da população idônea. Isso ficou demonstrado com o anúncio preliminar do plano de vacinação, que em sua primeira versão possuía a inclusão da população carcerária, sendo lançado logo depois uma versão que a excluía sem nenhum motivo plausível e a tendo reinserido no plano oficial²⁴. Além disso o debate foi instaurado nos meios de comunicação social e em diversos países do mundo, como nos EUA, que demorou a aderir a vacinação para os “malfeitores” da sociedade (ESTADO DE MINAS, 2020).

Diante de tal pensamento de parte da população não é de se espantar a sugestão infeliz da apresentadora Xuxa Meneghel, ao dar voz a diversos discursos ofensivos nas redes sociais, que levou a incessantes debates sobre a imagem que o cerceado de liberdade tem na concepção social, ao conjecturar a possibilidade de usá-los para realizar testes de vacinas, como cobaias humanos nos lugares dos animais, em uma luta pró meio ambiente, com a cruel manifestação de que assim "pelo menos eles (os presos) serviriam para alguma coisa antes de morrer"²⁵ (D'URSO; D'URSO, 2021). Independente de quem proferiu e tornou tal ideia pública, o que deve ser salientado ao elucidar esse pensamento é a distopia existente entre o “cidadão de bem” e o infrator, mal da sociedade, demonstrando exatamente o preceito outrora sustentado do sistema penal servir como via de punição exclusivamente, destoando o mito da ressocialização. A ideia subjugada afeta não só os direitos do preso como também dialoga com as ideias trazidas após a Segunda Guerra Mundial das diretrizes das pesquisas em

23 Dados retirados dos seguintes portais de notícia: GOV.BR (GOVERNO DO BRASIL, 2021), Poder 360 (MALI, 2021), G1 (OLIVEIRA, 2021) e CNN (AGÊNCIA BRASIL, 2021).

24 Notícia retirada do portal Poder 360 (PODER 360, 2020).

25 A Apresentadora, em 26 de março de 2021, ao participar de uma *live* às 19h no perfil @instalerj no Instagram da Alerj (Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro), que tratava do tema “defesa pelos direitos dos animais”, proferiu tal sentença. Após a repercussão negativa a própria reconsiderou o que disse e foi a público pedir desculpas pelo comentário infeliz.

humanos, com fulcro nos pensamentos bioéticos. O Código de Nuremberg expressa desde logo o consentimento voluntário do ser humano, assim como o reconhecimento do direito do sujeito da pesquisa em se retirar do experimento a qualquer momento (OLIVEIRA; FILHO, 2006, p. 1200). Obrigar uma população a ser cobaia de uma pesquisa, independente de qual bem fará a sociedade em geral e a saúde pública, é retroceder diante dos avanços bioéticos construídos nas últimas décadas, retirando por completo a autonomia do sujeito e o colocando cada vez mais em um quadro de vulnerável sem sua dignidade respeitada.

Diante de tal perspectiva faz luz as concepções de Mbembe (2018, apud COSTA et al, 2020) sobre o biopoder em seu ensaio “Neopolítica”, subjugando a vida ao poder da morte. Consolida a ideia de “racismo” de Foucault, como a divisão daqueles que devem viver daqueles que devem morrer, utilizando-se de um campo biológico de controle e dividindo a espécie humana em grupos e subgrupos. Para o autor, essa ideia de Foucault é na verdade a tecnologia que permite o exercício do biopoder, que regula a distribuição da morte na economia política.

o expulso ocupa uma terceira zona entre o status de sujeito e objeto, sob práticas de desumanização e animalização que compõem uma lógica perversa de justificação ao processo colonizatório. Mbembe (2018) discorre sobre a condição da pessoa escravizada, colocando-a como uma tripla perda: “perda de um ‘lar’, perda de direitos sobre seu corpo e perda de status político” (p. 10) (COSTA et al, 2020, p. 4)

A ideia expressa pelo autor para o racismo pode ser encarnada na compreensão do homem livre, idôneo, que não cometeu nenhuma violação penal, sobrepujando o infrator criminoso, que deve ser punido e torturado por seus atos, dividindo o ser humano, a fim de fazer razão e legalidade na tortura e no tratamento desumano a outrem.

6.5. Outros danos provocados pela pandemia: saúde mental.

Os danos provocados a saúde ainda são incalculáveis, os estudos ainda são imprecisos ao distinguir as possíveis sequelas da contaminação por COVID-19, mesmo nos casos mais leves ou assintomáticos. Entretanto já é possível salientar alguns efeitos negativos que impactam outras esferas do ser humano, como os danos provocados a saúde mental, provenientes tanto do pânico e a ansiedade vivenciados nesse momento, quanto pelas medidas de isolamento social. Para os já privados de certos direitos, como a liberdade, o intenso isolamento provocou efeitos ainda mais assoladores. Ter que lidar com a solidão da restrição das visitas, conseqüentemente com a falta de informação sobre o mundo por fora dos muros, ficando a cargo dos agentes penitenciários promoverem essa ponte entre o mundo externo e

interno, sem provocar o pânico dentro das grades, o que não foi completamente eficaz uma vez que as tentativas de fuga aumentaram nos últimos anos (NATIONAL GEOGRAPHIC, 2020).

É esperado nesse cenário o aumento de estresse, medo e preocupações. Os profissionais, por exemplo, podem temer ser infectados e infectar suas famílias; pessoas internas podem também se preocupar com o risco de infecção e com a saúde e a subsistência de seus familiares. Apesar da maior parte dos problemas psicossociais serem considerados comuns nesse momento, certos cuidados são essenciais para proteger a saúde mental de todos. As estratégias de saúde mental e atenção psicossocial (SMAPS) ajudam a promover a estabilização emocional visando reduzir transtornos psicopatológicos a médio e longo prazo. (SANCHEZ, 2020, p. 11)

Esse problema é intensificado nas instalações que não contam com um bom apoio da equipe de multiprofissionais composta por ao menos um psicólogo ou assistente social, de modo que a saúde mental fora deixada mais devastada ainda. A missão do psicólogo dentro dos estabelecimentos prisionais era de apenas avaliações psicológicas no momento do começo do cumprimento da pena de liberdade e depois realizar acompanhamento propondo atividades que contribuíssem para a ressocialização. Ou seja, expressamente objetivo. Entretanto, com o avanço das concepções médicas dentro da condição de restrição de liberdade e com a desobrigação dos exames criminológicos para a progressão de regime e para o livramento condicional, pela Lei no 10.792/03, que alterou o artigo 112 da LEP e a instituição do PNSSP, a atuação do psicólogo assumiu um caráter atento a ordem subjetiva e assistencialista, durante a execução da pena. Tal atuação foi imprescindível, quando possível, para a superação do período da pandemia provocada pelo SARS-COV-2 (NASCIMENTO; BANDEIRA, 2018, p. 103).

Dessa forma, a Fiocruz criou uma cartilha para o Sistema Prisional, cujo objetivo foi estabelecer um plano de contingenciamento da COVID-19, abordando todas as áreas importantes. Dentre as principais ações desse plano encontram-se: estar atento a biossegurança, garantir o acesso a informações atualizadas, Formar equipes que possam reunir e comunicar informações oficiais, e elaborar ações estratégicas de enfrentamento à COVID-19, gerar confiança, Garantir as medidas sanitárias, garantir o distanciamento social, avaliar as necessidades de quarentena e isolamento, garantir o trabalho conjunto de agentes penitenciários e socioeducativos com as equipes de saúde, criar estratégias de apoio voltadas as diferentes reações que podem surgir neste momento entre pessoas internas e trabalhadores, cuidar da saúde mental dos trabalhadores de unidades prisionais e socioeducativas, estabelecer medidas de prevenção e proteção à saúde física e mental de todos os trabalhadores e fortalecer apoios comunitários e familiares (SANCHEZ *et al*, 2020, p. 11-19).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pretensão deste trabalho foi dar um enfoque na vulnerabilidade e autonomia da pessoa privada de liberdade frente ao dilema da COVID-19, com o intuito de demonstrar a necessidade de garantir a persecução dos direitos humanos e fundamentais, assim como dos princípios bioéticos, mesmo em momento de colapso e em situação de encarceramento. O estudo foi realizado a partir de uma análise bibliográfica, através de leitura de obras e artigos, utilizando-se também de análise de dados obtidos.

Inicialmente foi tratado a respeito da importância dos direitos humanos, na sua percepção internacional, e dos direitos fundamentais e sociais, enquanto positivados no ordenamento jurídico brasileiro, garantindo assim o mínimo existencial para o ser humano e defendendo sua dignidade. Partindo da noção de direitos sociais como direitos humanos positivados de caráter prestacional do Estado, surge o direito a saúde, o qual, com a nova concepção, não se resume apenas a uma ideia de cura ou falta de enfermidade, mas sim de bem estar, na esfera psicofísica, incluindo alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer. Esse direito, além de previsto na Constituição Federal, encontra-se também na Lei 8.080/90 que dispõe exclusivamente sobre a noção de saúde e suas diretrizes no âmbito do SUS, o qual consagrou os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, como norteadores de sua prestação plena e eficaz. Além desses, é possível elencar os princípios da prevenção, pelo qual o Estado possui a obrigatoriedade de evitar um mal já conhecido a saúde e afastar a causa, e da precaução, que, como uma medida cautelar, visa impedir as resultantes de danos de uma causa antes mesmo da percepção de um risco.

A partir desta conceituação, foi necessário partir para a formação da ideia de bioética, do estudo transdisciplinar entre biologia, medicina, filosofia e direito com base na ética das relações, tal qual um direito fundamental de quarta geração, com seus princípios e diretrizes empregadas diante do Código de Nuremberg e da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos. As relações dos profissionais da saúde e seus pacientes devem ser pautadas em seus princípios, como a autonomia, a vontade do ser ou paciente, a beneficência, a obrigação de tentar fazer o melhor, a não maleficência, cujo objetivo é minimizar ou excluir os danos, e a justiça, que combate a discriminação e distribui de forma coerente os cuidados. Vale ressaltar a importância do conceito de vulnerabilidade, enquanto situação de ser vulnerável, como princípio para a bioética, uma vez que devem ser tratados com equidade os vulneráveis, a fim de provocar o maior cuidado que necessitam, equiparando-os a condição

natural de todos os seres, principalmente diante de sua situação de risco frente aos ensaios clínicos e laboratoriais.

Especificando na situação do encarcerado, foi tratado da evolução do sistema prisional e do ato de punir, alcançando a concepção superior a mera punição por tortura, com valor de retribuição pelo ato mal feito, partindo para a ideia de ressocialização e ressignificação da pessoa privada de liberdade como sujeita de direitos. A saúde do preso é tratada a partir do PNSSP e segue as limitações concernentes ao ambiente de insalubridade a qual estão submetidos, a deficiência de equipamentos, materiais e profissionais para o atendimento médico e a discriminação, o que contribui para o agravamento de doenças dentro dos estabelecimentos prisionais, ressaltando o caráter de vulnerabilidade daqueles que ali se encontram. Outro fator visualizado como um ponto obstante é a autonomia do preso ao ser cerceada pela aplicação da pena privativa de liberdade.

Dessa forma urgi salientar os impactos causados pela pandemia do novo coronavírus a partir do ano de 2020 que, por se rum vírus de extrema circulação e contaminação, contou com medidas de prevenção o isolamento do contaminado, a devida higienização e a aplicação em massa de testes e vacinas. Entretanto, devido as condições já existentes ocasionadas pela superlotação dos presídios, que já se encontravam em déficit de vagas, acrescido as condições sub-humanas a qual são submetidos os encarcerados, quanto a instalações e limpeza, e as deficientes instalações de tratamento clínico dentro dos estabelecimentos, as medidas foram ineficientes, o que foi agravado com a crise hospitalar instaurada no Brasil. Por fim, é visualizado que a população carcerária ainda sofre com a falta de vacinas, único meio eficaz contra o agravamento do efeito do vírus, o que gera uma insegurança não apenas dentro dos presídios, uma vez que a imunização da população privada de liberdade é um ato que previne o aparecimento de novas variantes, possivelmente resistentes a atual imunização, consagrando o título aos estabelecimentos prisionais de “incubadora de doenças”, devido suas condições precárias. Sendo assim, permanece a reflexão de que a saúde prisional coincide com a saúde pública, uma vez que, independente da relação indireta com a sociedade, o combate da doença dentro das prisões faz parte do conjunto de combates ao novo coronavírus de forma geral (CARVALHO, SANTOS, SANTOS, 2020, p. 01)

Com isso, a hipótese defendida no trabalho se confirmou, de modo que independentemente da posição do encarcerado, os direitos mínimos inerentes a pessoa humana, tais como a dignidade, saúde e vida, além dos princípios basilares da bioética, devem ser defendidos, não devendo ser ferida a autonomia do paciente, ainda que dentro de uma

instituição prisional, no que diz respeito a sua saúde, assim como deve ser resguardado a não maleficência e a benevolência, elencando os meios de ações igualitárias a fim de minimizar a situação de vulnerabilidade.

Ressalta-se o papel da bioética em conformidade com a experiência carcerária, cuja vulnerabilidade foi acentuada em virtude da realidade vivenciada pela pandemia do novo coronavírus. Apesar do sofrível momento, levando-se em consideração argumentos de *Slippery Slope*, ladeira escorregadia, algumas concessões não devem ser feitas, independente de aparentemente inócuas, a fim de não abrir possíveis precedentes para atitudes que ferem alguns princípios bioéticos, como a não maleficência (MORAIS, 2010, p. 301). Destarte, mesmo em um momento de exceção, cujos esforços estavam deliberadamente na luta pela vida, em um recorte cuja ciência e medicina não detinham das respostas necessárias, os princípios e ideais bioéticos preservariam seu espaço, vez que a autonomia do paciente, a beneficência e a dignidade são atributos inerentes a pessoa humana, em todos os seus momentos, mesmo àqueles que estão encarcerados, respondendo por suas atitudes ilícitas. Dessa forma, foi mister deliberar sobre como se deu a aplicação dos direitos humanos, fundamentais e princípios bioéticos em esfera prisional.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL. **Metade dos presos e servidores das penitenciárias está imunizada contra Covid**. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/so-50-dos-detentos-e-servidores-das-penitenciarias-esta-imunizada-contra-covid/>. Acesso em: 20 jan. 2022.
- ARAÚJO, Luiz Alberto David; NUNES JR., Vidal Serrano. **Curso de direito constitucional**. 3a ed. São Paulo. Saraiva, 2000.
- ARISTÓTELES. **Organon**. Tradução de Pinharanda Gomes. Lisboa. Guimarães Editores LDA, 1985.
- BARTOLASSI, Cristina Caltacci. **Do direito à saúde como dever do Estado e os reflexos na reforma trabalhista**, 2018, Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-mai-18/cristina-bartolassi-direito-saude-reflexoslei134672017>. Acesso em: 28 nov. 2021.
- BARBOSA, Rui. **Pensamento e ação de Rui Barbosa**. Organização e seleção de textos pela Fundação Casa de Rui Barbosa. Brasília. Senado Federal, Conselho Editorial, 1999.
- BARROS, Betina Warmling (Org). **O sistema prisional em 2020-2021: entre a Covid-19, o atraso na vacinação e a continuidade dos problemas estruturais**. Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/11-o-sistema-prisional-em-2020-2021-entre-a-covid-19-o-atraso-na-vacinacao-e-a-continuidade-dos-problemas-estruturais.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2022
- BARROS, C. R.; Medrado, N. R.; Santos, T. C. da C. et al. **Covid-19 nas prisões de Minas Gerais: o que nos dizem as famílias**. Relatório técnico. Governador Valadares. Núcleo Interdisciplinar Sociedade e Encarceramento da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2020.
- BEAUCHAMP, Tom Lama, CHILDRESS James Franklin. **Principles of Biomedical Ethics**. 8 ed. New York. OUP, 2019.
- BENETTI, Sabrina A. W; BUGS, Darlen G; PRETTO, Carolina R; ANDOLHE, Rafaela; AMMAR, Maclovia; STUMM, Eniva M F; GOI, Cíntia B. **Estratégias de enfrentamento da COVID-19 no cárcere: relato de experiência**. Rio Grande do Sul. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 2021.
- BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. 12 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BITENCOURT, Roberto Cezar. **Falência da Pena de Prisão: causas e alternativas**. 2. ed. São Paulo. Saraiva, 2001.
- BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 11.ed. São Paulo. Malheiros, 2001.
- BOUCAULT, Carlos Eduardo de Abreu; ARAÚJO, Nádía de (Org.). **Os direitos humanos e o direito internacional**. Rio de Janeiro. Renovar, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. 1988.

BRASIL. Constituição (1934). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro. 1934

BRASIL. Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. **Lei de Execução Penal**. Brasília. 1984.

BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. **Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019**. Brasília. 2020.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Comissão Parlamentar De Inquérito Destinada A Investigar A Realidade Do Sistema Carcerário Brasileiro. Brasília, 2015. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2017/01/relatorio-cpi-sistema-carcerario-camara-ago2015.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CAMPOS, Monica R.; SCHARAMM, Joyce M.A; EMMERICK, Isabel C.M; RODRIGUES, Jéssica M; AVELAR, Fernando G; PIMENTEL, Thiago G. Carga de doença da COVID-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública 2020.

CARVALHO, Sérgio Garófalo de. SANTOS, Andreia Beatriz Silva dos. SANTOS, Ivete Maria. A pandemia no cárcere: intervenções no superisolamento. Ciência & Saúde Coletiva, 2020.

CFM. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

CÍCERO, José. **Covid-19 atingiu mais de 80% das prisões em 14 estados**. São Paulo. Pública, 2021. Disponível em: <https://apublica.org/2021/05/covid-19-atingiu-mais-de-80-das-prisoas-em-14-estados/> Acesso em: 23 jan. 2022.

CNJ. **Mortes por Covid-19 em unidades de privação de liberdade seguem em alta**. Março 2021. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/mortes-por-covid-19-em-unidades-de-privacao-de-liberdade-seguem-em-alta/> Acesso em 12 nov. 2021

CNJ. **Recomendação Nº 62**, de 17 de março de 2020. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/03/62-Recomenda%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2022.

CONFÚCIO. **Os Analectos**. Tradução do inglês de Caroline Chang. Porto Alegre. L&PM Coleção L&PM POCKET, 2012.

COSTA, Anna Gabriela. **Brasil bate recorde e registra 4.249 mortes por Covid-19 em 24h**. São Paulo. CNN, 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/brasil-bate-recorde-e-registra-4249-mortes-por-covid-19-em-24h/>. Acesso em: 20 jan. 2022

COSTA, Jaqueline Sérgio da; SILVA, Johnny Clayton Fonseca da; BRANDÃO, Eric Scapim Cunha; BICHALHO, Pedro Paulo Gastalho. **COVID-19 No Sistema Prisional Brasileiro: Da Indiferença Como Política À Política De Morte**. Rio de Janeiro. Psicologia & Sociedade, 2020.

CRUZ, Sebastião Velasco. **Notas sobre o paradoxo dos direitos humanos e as relações hemisféricas**. São Paulo. Lua Nova, 2012.

D'URSO, Luiz Flávio Borges; D'URSO, Flávio Filizzola. **Presos cobaias ou cobaias presas?** Migalhas, 2021. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/342899/presos-cobaias-ou-cobaias-presas> Acesso em: 20 jan. 2022

DALLARI, Sueli Gandolfi. **O direito à saúde**. São Paulo. Revista Saúde Pública, 22:57-63, 1988.

DALLARI, Sueli Gandolfi; VENTURA, Deisy de Freitas Lima. **O princípio da precaução: dever do Estado ou protecionismo disfarçado?** São Paulo Perspec., São Paulo, v. 16, n. 2, p. 53-63, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392002000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 dez. 2021.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do direito**. 2 ed. São Paulo. Saraiva, 2002.

DURANT, Guy. **A Bioética: natureza, princípios e objetivos**. São Paulo. Paulus, 1995.

ESTADO DE MINAS. **Por que especialistas defendem que presos estejam entre grupos prioritários na vacinação contra a covid-19**. 2020. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/internacional/bbc/2020/12/20/interna_internacional,1222446/por-que-especialistas-defendem-que-presos-estejam-entre-grupos-prioritarios-na-vacinacao-contr-a-covid-19.shtml Acesso em: 20 jan. 2022

FERNANDES, Newton. **A falência do Sistema Prisional Brasileiro**. São Paulo. RG Editora, 2000.

FERRAJOLI, Luigi. **Por uma teoria dos direitos e dos bens fundamentais**. Porto Alegre. Livraria do Advogado, 2011.

FILHO, Manoel Gonçalves Ferreira. **Direitos humanos fundamentais**. São Paulo. Saraiva, 2011.

FRANCO, Nádia. **Óbitos por covid-19 crescem 190% no sistema prisional**. Brasília. Agência Brasil, 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2021-03/obitos-por-covid-19-crescem-190-no-sistema-prisional>. Acesso em 2 jan. 2022

FOLHA DE SÃO PAULO. **Após alta, 25% dos pacientes intubados com covid-19 morrem por sequelas**. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/02/apos-alta-hospitalar-25-dos-pacientes-intubados-por-covid-morrem-por-sequelas.shtml>. Acesso em 10 out. 2021.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: Nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramallete. 27. ed. Vozes. Petrópolis, 1987.

GARRAFA, Volnei. **Apresentando a Bioética**. Universitas. História (UNICEUB), v. 2/3, p. 7-17, 2006.

GOVERNO DO BRASIL. **Dados sobre população carcerária do Brasil são atualizados**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/justica-e-seguranca/2020/02/dados-sobre-populacao-carceraria-do-brasil-sao-atualizados>. Acesso em: 12 nov. 2021.

GOVERNO DO BRASIL. **Como se proteger?** Gov.br, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/como-se-proteger#:~:text=Evitar%20tocar%20olhos%2C%20nariz%20e,beijos%20e%20apertos%20de%20m%C3%A3os>. Acesso em: 22 jan. 2022.

GOVERNO FEDERAL. **Brasil tem 80% da população alvo com duas doses de vacina contra a Covid-19**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/12/brasil-tem-80-da-populacao-alvo-com-duas-doses-de-vacina-contr-a-covid-19>. Acesso em: 20 jan. 2022.

KOERICH, Magda Santos; MACHADO, Rosani Ramos; COSTA, Eliani. **Ética e bioética: para dar início à reflexão**. Florianópolis. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/NrCmm4mctRnGGNpf5dMfbCz/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.

KÖLLING, Gabrielle Jacobi. SILVA, Marinho Braga Batista. SÁ, Maria Célia Delduque Nogueira Pires de. **O Direito à Saúde no Sistema Prisional**. Direito Sanitário. Tempus - Actas de Saúde Coletiva. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1304/1133>. Acesso em: 24 jan. 2022.

KOTTOW M. **Comentários sobre Bioética, vulnerabilidade e proteção**. In: Garrafa V, Pessini L (orgs.). Bioética, poder e injustiça. São Paulo. Edições Loyola, 2003. Disponível em: <https://butantan.gov.br/covid/butantan-tira-duvida/tira-duvida-noticias/qual-a-diferenca-entre-sars-cov-2-e-covid-19-prevalencia-e-incidencia-sao-a-mesma-coisa-e-mortalidade-e-letalidade>. Acesso em: 30 nov. 2021.

LERMEN, Helena S. GIL, Bruna L. CÚNICO, Sabrina D. JESUS, Luciana O. de. **Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira**. Rio de Janeiro. Physis Revista de Saúde Coletiva, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/zJDxMf6BFhqhN5NX5DmjptH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10/01/2021

MACEDO, Vilma Costa de. **Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde**. Recife. Ed. Universitária da UFPE, 2016.

MAIA, Maurilio Casas. SANTIAGO, Nestor Eduardo Araruna. **O Garantismo Penal, O Encarcerado Vulnerável E A Intervenção Da Defensoria Pública Na Execução Penal: Custos *Vulnerabilis***. Revista Brasileira de Ciências Criminais. vol. 152/2019. p. 173 – 209. 2019.

MALI, Tiago. **94% dos idosos têm 2ª dose ou dose única; reforço chegou a 52% dos aptos**. 2021. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/94-dos-idosos-tem-2a-dose-ou-dose-unica-reforco-chegou-a-52-dos-aptos/> Acesso em: 20 jan. 2022.

MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. **Curso de bioética e biodireito**. 4. ed. – São Paulo. Almedina, 2020.

MARQUES, Marília Bernardes. **Em busca de um fórum para bioética na política pública do Brasil**. Rio de Janeiro. Cad. Saúde Públ, 1996

MARTINS, Patrícia. **Brasil tem mais de 773 mil encarcerados e as vagas não atendem à demanda**. 2020. Disponível em: <https://congressoemfoco.uol.com.br/area/justica/brasil-tem-mais-de-773-mil-encarcerados-e-as-vagas-nao-atendem-a-demanda/> . Acesso em: 12 nov. 2021.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia / Organizado por Gustavo Corrêa Matta, et al.** – Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2021.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde.** / Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro. EPSJV / Fiocruz, 2007.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2007.

MENEZES, B.S.; MENEZES, C.P.P. **O Acesso à saúde no sistema penitenciário: a (in) observância da lei de execuções penais**. Âmbito Jurídico, 2014. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direitos-humanos/o-acesso-a-saude-no-sistema-penitenciario-a-in-observancia-da-lei-de-execucoes-penais/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil**. Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional**. 2. ed. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional De Operacionalização Da Vacinação Contra A Covid-19**. 1 ed. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2020.

MORAIS, Inês Motta de. **Autonomia pessoal e morte**. Revista Bioética. 2010

MORAIS, Talita Cavalcante Arruda; MONTEIRO, Pedro Sadi. **Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética**. Revista Bioética. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/SQkz3G9zHJLvfQPPWntccvK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 dez. 2021.

NASCIMENTO, Lucas Gonzaga; BANDEIRA, Maria Márcia Bandaró. **Saúde penitenciária, promoção de saúde e redução de danos do encarceramento**: Desafios para a prática do Psicólogo no sistema prisional. Psicologia: Ciência e Profissão, 2018.

NATIONAL GEOGRAPHIC. **Nos presídios de Brasília, agentes penitenciários são 25% dos infectados pelo novo coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://www.nationalgeographicbrasil.com/ciencia/2020/05/coronavirus-covid-19-presidio-pandemia-brasilia-df-penitenciaria-papuda-carcereiro>. Acesso em: 17 jan. 2022

NUCCI, Guilherme de Souza. **Curso de Direito Penal**: parte geral: arts. 1º a 120 do código penal. 5. ed. Forense. Rio de Janeiro, 2021.

NUNES JUNIOR, Vidal Serrano. **Publicidade comercial**. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2001.

OLIVEIRA, Paulo Henrique de; FILHO, Roberio Nunes dos Anjos. **Bioética E Pesquisas Em Seres Humanos**. São Paulo. Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, Elida, **Mais de 6 mil trabalhadores da educação básica e ensino superior já foram vacinados contra a Covid-19, indica Ministério da Saúde**. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/volta-as-aulas/noticia/2021/03/26/mais-de-6-mil-trabalhadores-da-educacao-basica-e-ensino-superior-ja-foram-vacinados-contr-a-covid-19-indica-ministerio-da-saude.ghtml> Acesso em: 20 jan. 2022.

ONU DC. **COVID-19 já contaminou mais de meio milhão de presos em todo o mundo, aponta UNODC**. 2021. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2021/03/covid-19-ja-contaminou-mais-de-meio-milhao-de-presos-em-todo-o-mundo--aponta-unodc.html> Acesso em: 22 jan. 2022

OMS. **Constitucion de la organizacion mundial de la salud**. Nova Iorque. 1946. Disponível em: <https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/volume-14-I-221-Chinese-Russian-Spanish.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2021.

OMS. **Les dix premières années de L'Organisation Mondiale de la Santé**, Genebra. 1958. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38792>. Acesso em: 22 nov. 2021.

PAINE, Thomas. **Los Derechos del Hombre**, trad. cast. de J. A. Fernández de Castro y T. Muñoz Molina. México. FCE, 1996.

PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo. Loyola, 1996.

PESSINI, Léo; HOSSNE, William Saad. **A nova edição (4ª.) da Enciclopédia de Bioética**. São Paulo. Revista Centro Universitário São Camilo, 2014.

PODER 360. **Ministério da Saúde retira presos de grupo com prioridade para vacinação**. 2020. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/governo/ministerio-da-saude-retira-presos-de-grupo-com-prioridade-para-vacinacao/> Acesso em: 20 jan. 2022.

RALA, Eduardo Telles de Lima. **A Bioética Aplicada no Processo Civil Brasileiro: uma análise à luz do princípio da dignidade da pessoa humana**. Teresina. 2004. Disponível em: <http://idisa.org.br/img/File/Abioeticaaplicadanoprocessocivilbrasileiro.pdf> . Acesso em: 28 nov. 2021.

RATTON, Carlos. **Mortes de funcionários de presídios por Covid-19 têm alta de quase 500%**. Diário do Litoral, 2021. Disponível em: <https://www.diariodolitoral.com.br/cotidiano/mortes-de-funcionarios-de-presidios-por-covid-19-tem-alta-de-quase/144610/> Acesso em: 20 jan. 2022

RBA. **Pandemia de covid-19 deixa sistema prisional ainda mais inseguro**. São Paulo. Rede Brasil Atual, 2020. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2020/09/sistema-prisional-pandemia-inseguranca/> Acesso em: 20 jan. 2022

REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. **Bioética para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2009.

ROCHA, Lucas. **O que são ondas da Covid-19 e por que o Brasil pode estar diante da terceira**. São Paulo. CNN, 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/o-que-sao-ondas-da-covid-19-e-por-que-o-brasil-pode-estar-diante-da-3/#:~:text=%E2%80%9CQuando%20observamos%20os%20gr%C3%A1ficos%20da,teve%20o%20pico%20em%20mar%C3%A7o.> Acesso em: 20 jan. 2022.

ROCHA, Lucas. **Fiocruz explica como a pandemia atinge grupos mais vulneráveis no Brasil**. São Paulo. CNN, 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/fiocruz-explica-como-a-pandemia-atinge-grupos-mais-vulneraveis-no-brasil/#:~:text=Os%20estudos%20ressaltam%20a%20maior,refugiados%20e%20ap%C3%A1tridas%2C%20al%C3%A9m%20de.> Acesso em: 20 jan. 2022.

SANCHEZ, Alexandra; SIMAS, Luciana; DIUANA, Vilma; LAROUZE, Bernard. **COVID-19 nas prisões: um desafio impossível para a saúde pública?** Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública, 2020.

SANCHÉZ Alexandra, GARCIA Aline M; ALMEIDA Brena C; MELO Bernardo D; PEREIRA Daphne R; JULIÃO Elionaldo; DIUANA, Vilma; et al. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: COVID e a população privada de liberdade**. Rio de Janeiro. Fiocruz/CEPEDES, 2020. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41680>> Acesso em: 23 jan. 2022

SANTOS, Ana Célia de Julio. **Da vida humana e seus novos paradigmas: a manipulação genética e as implicações na esfera da responsabilidade civil**. 2006.

SANTOS, Bruno Henrique. **Precaução e prevenção no direito à saúde: âmbitos de incidência e sua aplicação pelo STF**. Porto Alegre. Revista Tribunal Regional Federal da 4ª Região. Disponível em: https://www.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=pagina_visualizar&id_pagina=2104. Acesso em: 02 dez. 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. 2 ed. Porto Alegre. Livraria do Advogado, 2001.

SARLET, Ingo. W.; MITIDIERO, Daniel.; MARINONI, Luiz. G. **Curso de direito constitucional**. São Paulo. Editora Saraiva, 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang; ZOCKUN, Carolina Zancaner. **Notas sobre o mínimo existencial e sua interpretação pelo STF no âmbito do controle judicial das políticas públicas com base nos direitos sociais**. Curitiba. Revista de Investigações Constitucionais, vol. 3, n. 2, p. 115-141, maio/ago. 2016.

SCHRAMM, Fermin. **A saúde é um direito ou um dever?** Autocrítica da saúde pública. Revista Brasileira De Bioética, 2(2), 187–200, 2006.

SEGRE, Marco. FERRAZ, Flávio. **O conceito de saúde**. Rev. Saúde Pública, 31 (5): 538-42, 1997.

SILVA, Camila Rodrigues da. **Sistema prisional registra quase 450 óbitos por Covid-19: nº de servidores mortos é maior que o de presos**. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2021/05/17/sistema-prisional-registra-quase-450-obitos-por-covid-19-no-de-servidores-mortos-e-maior-que-o-de-presos.ghtml>. Acesso em 20 jan. 2022.

SILVA, José Cirilo C; CASAGRANDE, Elaine Glaci F E. **Os Princípios Constitucionais Incidentes no Direito Penal Brasileiro**. São Roque. Revista Eletrônica Direito, Justiça e Cidadania, 2010.

SISDEPEN. **Ações de reintegração e Assistência Social**. 2021. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojIzFmZGFjM2ItNzQzOC00YWZkLTg5MTEtYTUyYjYxYjYwQ3IiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em 17 jan. 2022.

SISDEPEN. **População Prisional, Deficit e Vagas**. 2021. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojYWIxYjYjI3MTktNDZiZi00YjVhLWFjN2EtMDM2NDdhZDM5NjE2IiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em 17/01/2022.

TAVARES, André. **Curso de Direitos Constitucional**. 3 ed. São Paulo. Saraiva, 2012.

TROMBETA, Martina Catini. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde**. Migalhas. 2020. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/330468/reserva-do-possivel--minimo-existencial-e-direito-a-saude>. Acesso em: 02 dez. 2021.

USP. **Protocolo do HC minimiza riscos pós-intubação em pacientes de covid-19**. São Paulo. Jornal da USP, 2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/protocolo-do-hc-minimiza-riscos-pos-intubacao-em-pacientes-de-covid-19/> Acesso em: 10 out. 2021

OUR WORLD IN DATA. **Coronavirus (COVID-19) Vaccinations**. Oxford, 2022. Disponível em: <https://www.educamaisbrasil.com.br/enem/lingua-portuguesa/citacao-de-site>. Acesso em: 20/01/2022.

VASAK, Karel. **As dimensões internacionais dos direitos do homem**: manual destinado ao ensino dos direitos do homem nas universidades. UNESCO. Lisboa, 1983.

VENTURA, Deisy. PEREZ, Fernanda Aguilar. **Crise e reforma da organização mundial da saúde**. Lua Nova. São Paulo, 2014.

WACQUANT, Loïc. **Marginalidade, etnicidade e penalidade na cidade neoliberal**. Traduzido por Sergio Lamarão. Tempo Social, revista de sociologia da USP. São Paulo, 2013.

WPB. **Highest to Lowest - Prison Population Total**. 2021. Disponível em: https://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/prison-population-total?field_region_taxonomy_tid=All. Acesso em: 23 dez. 2021.