

Vacinas contra a Covid-19: a doença e as vacinas como armas na opressão colonial

Helena Rodrigues Corrêa Filho^{1,2}, Alane Andreilino Ribeiro^{1,2}

DOI: 10.1590/0103-1104202112800

HAVIA, NO FINAL DE MARÇO DE 2021, 87 NOVAS VACINAS em prospecção laboratorial ou ensaios com animais de experimentação contra o Sars-CoV-2 registradas no mundo pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹. A maioria das vacinas – 28 – em teste ou protótipo são do tipo que contém subunidades de proteínas do envoltório do vírus, seguidas de 12 com vetores virais sem replicações de DNA/RNA recombinante; 10 com DNA de síntese laboratorial; 12 com vírus inativados; 12 com RNA viral; 4 com vetores virais replicantes – tecnologia de recombinantes; 4 com partículas semelhantes ao vírus; 2 com vetores virais replicantes com células apresentadoras de antígenos; 2 com vírus vivo atenuado; e 1 com vetor viral não replicante com células apresentadoras de antígenos¹.

Além dos trabalhos de laboratório e animais de experimento, outras 186 vacinas já estavam em fase III ou ensaio clínico aleatório em humanos para verificação de efetividade após ensaios de eficácia na fase II. A maioria – 56 – era projetada para inoculação por duas doses, e 11 foram projetadas para dose única. Uma das vacinas foi projetada para três doses. Duas vacinas foram projetadas para uso oral, e, pelo menos, 72 eram injetáveis². Treze não tinham ainda relatos sobre as vias de administração. O universo de tecnologias é amplo, as estratégias laboratoriais e de pesquisa são baseadas na competência de laboratórios públicos, privados; e a maioria, privada com financiamento público^{1,3-5}. A luta internacional será contra tentativas de revogar impedimentos éticos e experimentar vacinas em populações pobres e colonizadas comparando com placebos, apesar de já existirem vacinas eficazes e efetivas. Essa luta conta inclusive a permissividade de instituições e fóruns internacionais⁶.

Em maio de 2020, foi lançado pela OMS, em parceria com diversos Estados-Membros, o Covid-19 Technology Access Pool (C-TAP), destinado a incentivar a comunidade global a compartilhar voluntariamente conhecimentos, dados e propriedade intelectual, com vistas a acelerar o desenvolvimento de produtos necessários ao combate da pandemia. Infelizmente, Estados-Membros parecem relutar em exigir a partilha de conhecimento e da propriedade intelectual como condição para empresas receberem financiamento público mobilizado para apoiar pesquisas relevantes. Em 21 de janeiro de 2021, as organizações People's Vaccine Alliance e Health Action International (HAI) enviaram uma carta aberta ao Diretor-Geral da OMS, expressando preocupação em relação ao progresso do C-TAP, bem como fizeram recomendações relacionadas com a publicação de relatórios periódicos de monitoramento, orientações e transparência de dados e informações sobre os acordos de transferência de tecnologia⁷.

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. helenocorrea@uol.com.br

²Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.



Como parte da iniciativa Access to Covid-19 Tools (ACT) Accelerator (colaboração global para acelerar o desenvolvimento, a produção e o acesso a tecnologias para Covid-19), a OMS promoveu, em 2020, a instituição de escritório multilateral para promover a compra e a distribuição mundial de vacinas – o entreposto internacional multilateral ou ‘Covax Facility’ para ação global na centralização de financiamento, encomenda, compra e distribuição equitativa denominada ‘mecanismo Covax’^{1,2}. O lema da Covax é ‘ninguém vencerá a corrida contra o vírus até que todos ganhem’.

A iniciativa Covax, mais limitada que as demais e que se restringe ao financiamento de grandes empresas farmacêuticas em troca do fornecimento de doses limitadas de vacina contra a Covid-19 para países previamente identificados, tem recebido maior adesão de países, organizações e empresas. No entanto, a iniciativa não prevê acordos para a transferência de tecnologia, mantendo-se a lacuna de conhecimento de desenvolvimento tecnológico, bem como não dispõe sobre o compartilhamento de propriedade intelectual nem sobre transparência nos acordos com outros países⁸.

Apenas quatro vacinas produzidas no que se convencionou chamar de ‘ocidente’ durante a ‘guerra fria’ (1946-1989) foram listadas como aprovadas até março de 2021 para uso mundial pela Covax, excluindo as vacinas Sputnik V (Rússia – Vetor Viral Adenovírus com RNA replicante); Sinovac e Coronovac (China-Brasil – Vírus Inativado), o que transparece ser critério geopolítico mais do que pela publicação de resultados das respectivas fases III.

Como consequência, a Europa, a América do Norte e parte do Oriente Médio, incluindo Israel, confiaram suas políticas nacionais às quatro vacinas: Pfizer – BioNTech BNT162b2 e Moderna mRNA-1273 (RNA mensageiro); AstraZeneca – Oxford University AZD1222 (‘Covishield’ – RNA inserido por técnica replicante em vetor viral de chimpanzés – (ChAdOx1-S [recombinante])); e a vacina de dose única da Janssen Ad26.COVS.2.S contendo vetor viral adenovírus sorotipo 26 (Ad26), no qual foi introduzido RNA completo estabilizado que gera a proteína da espícula viral do Sars-CoV-2.

Somente questões de natureza geopolítica podem explicar a exclusão das vacinas russa e chinesas da Covax Facility, uma vez que os organismos nacionais de certificação de boas práticas industriais, ética em experimentos com seres humanos, procedimentos de aleatorização e anonimato nos experimentos populacionais, e qualidade científica de testes fase III, são internacionalmente bem estabelecidos⁹.

Promover uma distribuição global de vacina, de forma rápida, segura, sem discriminação geopolítica, étnica, de classe ou de gênero, poderia ser uma importante tarefa para a transição por outra sociabilidade baseada no cuidado à vida. No entanto, do ponto de vista do mercado, a distribuição global de vacinas é um jargão para um mecanismo de acesso sem interromper a lógica do mercado farmacêutico, de alianças de negócios, de decisão sobre quais empresas receberão os contratos, e seleção de prioridades do acesso de acordo com as condicionalidades do capital. Portanto, as vacinas para Covid-19 têm composto uma arena entre um etnonacionalismo, genocídio ecofacista, *soft power* de países centrais e ‘fome de vacina’ dos países periféricos e dependentes, assim como de ‘benevolência’ de corporações transnacionais e atores como Fórum Econômico Mundial (WEF) e Fundação Gates⁸.

Copresidem a Covax a Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (Cepi), que é uma associação norueguesa com participação de investidores, membros independentes e observadores e, a Gavi, The Vaccine Alliance, uma fundação suíça com atividades também nos Estados Unidos da América (EUA). A Covax é financiada por meio de Fundo de Financiamento Internacional para Imunização (IFFIm), fundo a ser reembolsado com juros aos investidores ou acordos de compartilhamento de custos com o destinatário⁸. Essa estrutura, por um lado,

não é nada participativa, especialmente aos países e populações que mais precisam; por outro, coloca a indústria da vacina no topo da tomada de decisão global, e o Sistema Organização das Nações Unidas (ONU) já fragilizado é derrotado em assumir essa liderança.

A Covax se tornou uma estratégia de gerenciamento das vacinas com proteção do capital do mercado farmacêutico que trava indiretamente outras estratégias, como a proposta protocolada por Índia e África do Sul na Organização Mundial do Comércio (OMC) com o objetivo da isenção temporária de algumas obrigações do Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio (Trips – Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) em relação à prevenção, contenção ou tratamento da Covid-19 (Trips Waiver), no qual o Brasil não foi signatário; portanto, é gerador de escassez. Com a Covax, não há obrigação de transparência de dados, e ainda está muito longe de entregar 2 bilhões de doses e garantir acesso equitativo para acabar com a fase aguda da pandemia até 2021.

Essa estrutura de escassez é reproduzida na proporção que maximiza lucros, e não a vida¹⁰. Não há solidariedade efetiva no acesso equitativo por países produtores de vacinas. Isso se reflete em outros aspectos: escassez de alimento sem veneno, escassez de água potável, escassez de vida sem violências. Essa escassez é fruto da estrutura de dependência norte-sul que alimenta o imperialismo, no qual produz aberrações como os muito ricos, inclusive em países de extrema pobreza. O que fazer com as populações sem direito à vacina? O mesmo que se faz com as populações sem direitos à autodeterminação? Serão moídas e descartadas como é feito com povos originários, com pessoas ‘sem papéis’?

As tensões militares e de economia política – como a saída da Grã-Bretanha da União Europeia, as guerras de ‘baixa intensidade’ na faixa de Gaza, Líbano, Síria, Turquia, Iraque, Azerbaijão, Nagorno-Karabach, Crimeia, Iêmen, República Árabe Saarai (Frente Polissário), Nigéria, Moçambique e Mianmar – podem explicar por que estudos recentes sobre ocorrência de doença de embolia de vasos sanguíneos em pessoas vacinadas com a vacina da AstraZeneca em 11 países da Europa motivaram a paralisação temporária do uso daquela vacina em benefício das outras 3 vacinas, sem, no entanto, interromper o lançamento de seus programas vacinais de massa (‘Vaccine Rollouts’). Países da África, da Ásia e da América Latina estão também submetidos às mesmas condições de dificuldade de acesso às vacinas, e estatísticas da própria OMS sugerem que terão muita dificuldade para vacinar suas populações no ritmo necessário para erradicar a Covid-19².

O Brasil declarou, ainda em maio de 2020, que não iria aderir à Covax Facility por ordem expressa do presidente da república ao seu ministro de relações exteriores e embaixadores sob o silêncio do rodízio de, pelo menos, quatro ministros da saúde do último governo. Mesmo com um importante poder de compra do Brasil, em relação à maioria dos países do Sul Global, o presidente da república também tomou a decisão de buscar a imunidade do ‘rebanho’, permitindo que a doença se alastrasse, visando atingir mais de 70% de infectados com a desejada interrupção da Covid-19 por ultrapassar um limiar teórico de imunidade coletiva, caso o vírus não fosse capaz de realizar mutações e causar novas ondas. Não se importaram que, para atingir aquela meta teórica cruel, deixariam morrer em torno de 3% da população que viesse a adoecer – cerca de 4,4 milhões de pessoas teriam de morrer para o País atingir o limiar de imunidade coletiva.

Ao contrário de aderir ao confinamento (‘lockdown’), o governo brasileiro praticou seu primeiro ato de genocídio quando ainda não havia vacinas prontas. Ignorou que a China zerou a transmissão e o foco inicial em Wuhan apenas com o confinamento populacional nacional. Banqueiros, empresários e políticos lobistas brasileiros disseram que o “*O Brasil não pode*

parar” e soltaram a primeira onda da Covid-19 no País sem freios ou contrapesos. No dia 10 de abril de 2020, havia 20 mil casos e 1.073 óbitos por Covid-19 no Brasil, e nove meses depois, quando a Inglaterra iniciou a vacinação com a vacina Pfizer no dia 21 de dezembro de 2020, havia, no Brasil, 7,2 milhões de casos e 187 mil óbitos, indicando que ao menos 180 mil brasileiros foram mortos pela decisão de não praticar *lockdown*. Morreram idosos, pobres e trabalhadores da periferia brasileira na primeira onda do genocídio¹¹. Há rumores de regozijo entre administradores da previdência social pública brasileira, porque os mortos significaram grande ‘economia’ de aposentadorias, pensões e licenças para tratamento de saúde que seriam pagas pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) subordinado ao Ministério da Economia.

A partir de dezembro de 2020, o governo brasileiro praticou sua segunda onda de genocídio por negar-se a aderir à Covax Facility e atrasar os programas nacionais de autonomia industrial e tecnológica de fabricação das novas vacinas, que surgiram a partir de outubro seguindo até março de 2021, em um total de cinco meses de promoção governamental de tratamentos milagrosos e falsos com drogas readaptadas para uso fora da prescrição, com medicamentos destinados a tratar doenças autoimunes, malária, infestações por ectoparasitas, reumatismos articulares por gota, e inúmeras ‘mezinhas’ defendidas por grupos antivacinas radicados e financiados pela direita europeia e dos EUA. No dia 30 de março de 2021, havia 12,7 milhões de casos e 318 mil óbitos confirmados por Covid-19 no Brasil, configurando mais 91,7 mil óbitos adicionais evitáveis, na segunda onda, caso tivéssemos aplicado vacinas com 70% de efetividade¹¹.

Assim, o Brasil totalizou genocídio de, pelo menos, 271 mil óbitos evitáveis por políticas prévias de confinamento e vacinação, sem contar medidas adicionais de natureza não farmacêutica¹²⁻¹⁶. A mortalidade brasileira foi tamanha, que a única publicação internacional sobre mortalidade hospitalar em um só país com mais de 250 mil mortos por Covid-19 é do Brasil ‘il, il, il, il!’¹⁷. A mortalidade brasileira foi comparada à prática do jogo suicida de tiros aleatórios contra a própria cabeça usando revólveres parcialmente carregados chamado por bandidos brasileiros de ‘roleta russa’¹⁸. As internações graves mataram intensamente por Covid-19, seja no piso de corredores de prontos-socorros sem camas, nas enfermarias precárias sem oxigênio, seja nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) desprovidas de medicamentos curarizantes, sedativos, tranquilizantes maiores, miorrelaxantes, e até ‘apagões’ por falta de energia elétrica, com mortes em série de pacientes entubados por parada dos respiradores artificiais.

Em março de 2021, o governo brasileiro buscou aderir à Covax Facility, dez meses depois, quando as tratativas internacionais estavam avançadas, tendo a imprensa internacional e brasileira descrito essa adesão tardia como ‘o Brasil entrando no final da fila’. Em consequência, até o dia 10 de abril de 2021, o Brasil tinha vacinado somente 10,7% de sua população apesar de contar com sistema universal de atenção à saúde – Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁹. A vacinação brasileira iniciada a conta-gotas tardiamente em fevereiro de 2021, três meses depois do início da campanha vacinal na Europa e nos EUA, baseou-se em apenas duas vacinas: a da AstraZeneca (Covishield), importada e destinada a ser produzida a partir de maio pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-Rio); e a coprodução com Insumo Farmacêutico Ativo (IFA) sino-brasileiro da Coronavac (vírus inativado) produzida pelo Instituto Butantan-São Paulo.

Em 2021, publicaram-se denúncias na grande mídia da imprensa internacional e na chamada imprensa alternativa ou contra-hegemônica sobre o uso de vacinas como instrumento de pressão em conflitos internacionais e guerras civis, tais como: bloqueio de fronteiras, como o bloqueio marítimo da Faixa de Gaza por Israel; negociação e troca de prisioneiros(as);

omissão deliberada de socorro internacional; bloqueio de fronteiras contra recebimento de vacinas, sob alegação de que militares vacinados seriam mais perigosos; roubo e sequestro de lotes vacinais por milícias armadas; contrabando e uso ilegal privado de vacinas. Não há como verificar várias outras alegações, porque são sujeitas ao jogo internacional de silêncio e denúncia em ambiente de guerras coloniais de ocupação e saqueio de reservas minerais, em pleno século XXI.

O panorama de soluções falsas e lucrativas, de atraso ou falta de vacinação mundial implicará a ocorrência de repetidos surtos epidêmicos da Covid-19, com mutações virais que poderão escapar às vacinas e surgimento de zonas planetárias endêmicas da doença, com surtos eventuais atravessando fronteiras de países vacinados²⁰. O risco mundial é voltar sempre à estaca zero *'back to square one'* por não vacinar amplamente e transformar as vacinas em fontes de lucro, com patentes de custo elevado, pagando *royalties* incompatíveis com as economias nacionais de países explorados e colonizados.

Surgirão tentativas desesperadas de vacinar apenas após testes sorológicos e em determinadas idades diante das carências de vacinas para todos(as)²¹. Atestados de vacinação serão utilizados como instrumentos de seleção, contenção e repressão sobre trabalhadores migrantes internacionais, agravando as crises humanitárias existentes no início deste século²².

Urge o acesso universal a vacinas para todos. Além disso, é preciso suspender dívidas públicas com países do norte global, suspender atividades militares e repressões policiais, bloqueios econômicos, comerciais e financeiros, desmercantilizar e regenerar a vida planetária e produzir vida aliada a uma transição energética e ambiental²³.

O fim do mito de uma era da humanidade sem fim/sem limites foi colocado em xeque com a pandemia por Covid-19 e com a vulnerabilidade ambiental e climática que já não dão mais para ocultar. É preciso disputar abordagens de solidariedade internacional e princípios éticos para uma transição baseada no cuidado à vida – pois uma gestão imunobiológica universal sozinha pode não ser suficiente contra a Covid-19 sem uma nova ética de cuidado a toda forma de vida planetária. O tempo para uma nova história e um novo modelo econômico é agora^{8,10,23}.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), com a publicação desta revista *'Saúde em Debate'*, insere-se na luta por democratizar o acesso à defesa da vida e da saúde neste ambiente de conflito. Tem lutado para inserir a Covid-19 como doença principalmente de transmissão e letalidade ocupacional em que o adoecimento de idosos, crianças e adolescentes é fator colateral²⁴. Os recursos para estudar, pesquisar e publicar são escassos e significam, muitas vezes, o limite da sobrevivência para o próprio Cebes, para a população pobre trabalhadora, para os migrantes e para as periferias de um país que reluta em ser lançado ao cemitério e à guerra civil pelos seus próprios governantes.

Colaboradores

Corrêa Filho HR (0000-0001-8056-8824)* e Ribeiro AA (0000-0003-0233-9465)*
contribuí-ram igualmente para a elaboração do manuscrito■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. World Health Organization. Draft landscape and tracker of COVID-19 candidate vaccines [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
2. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [internet]. WHO. 2021. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://covid19.who.int/>.
3. Ho RJY. Warp-Speed Covid-19 Vaccine Development: Beneficiaries of Maturation in Biopharmaceutical Technologies and Public-Private Partnerships. *J. Pharm. Sciences*. 2021; 110(2):615-8.
4. Li Y, Tenchov R, Smoot J, et al. A Comprehensive Review of the Global Efforts on COVID-19 Vaccine Development. *ACS Central Science*. 2021.
5. Shrotri M, Swinnen T, Kampmann B, et al. An interactive website tracking COVID-19 vaccine development. *The Lancet Global Health*. 2021; (2):1-3.
6. Dal-Ré R, Orenstein W, Caplan AL. Trial participants' rights after authorisation of COVID-19 vaccines. *The Lancet Respiratory Medicine* [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 10]; 9(4):e30-e1. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00044-8](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00044-8).
7. Bucher G. Letter to Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus. The People's Vaccine - Health Action International – HAI. [internet]. 2021. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://www.keionline.org/wp-content/uploads/HE-Dr-Tedros-Letter-from-Peoples-Vaccine-Alliance-and-Health-Action-International.pdf>.
8. Gleckman H. COVAX: A global multistakeholder group that poses political and health risks to developing countries and multilateralism. *TNI Longreads* [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://longreads.tni.org/covax>.
9. Knoll MD, Wonodi C. Oxford&AstraZeneca COVID-19 vaccine efficacy. *The Lancet*. 2021; 397(10269):72-4.
10. Dowbor L. O capitalismo se desloca – e abre nova disputa. *Outras Mídias - Outras Palavras*, [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasmidias/dowbor-o-capitalismo-se-desloca-e-abre-nova-disputa/>.
11. Universidade Federal da Bahia; Fundação Oswaldo Cruz; Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde. Painel Rede COVIDA - Rede COVIDA, ciência, informação e solidariedade [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://painel.redecovida.org/brasil>.
12. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Congregação da FSP-USP divulga Nota Técnica: A expectativa de imunidade coletiva por contágio causa a morte de centenas de milhares de brasileiros e ameaça o SUS. [internet]. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/site/noticias/mostra/27251>.
13. Boghossian P. The concept of genocide. *J. Gen. Res*. 2010; (12):69-80.
14. Ortega F, Orsini M. Governing COVID-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. *Global Public Health*. 2020;15(9):1257-77.
15. Brasil. Decreto nº 4.388, de 25 de setembro de 2002. Promulga o Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional. *Diário Oficial da União* [internet]. 26 Set 2002. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4388.htm.
16. França. Decreto nº 30.822, de 6 de maio de 1952. Promulga a convenção para a prevenção e a repressão do crime de Genocídio, concluída em Paris, a 11 de dezembro de 1948, por ocasião da III Sessão da Assembléia Geral das Nações Unidas

- [internet]. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atos/decretos/1952/D30822.html.
17. Ranzani OT, Bastos LSL, Gelli JGM, et al. Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. *The Lancet Resp. Med.* 2021; 9(4):407-18.
 18. Costa JGF, Ricci FJ, Gorziza A, et al. IGUALDADES = A roleta russa da Covid no Brasil. Piauí [internet]. 2021 Abr 9. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/roleta-russa-da-covid-no-brasil/>.
 19. Giscard. Painei COVID-19 - Estatísticas do Coronavírus em Tempo Real. [internet]. 2021. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <http://giscard.com.br/coronavirus/vacinometro-covid19-brasil.php>.
 20. Koff WC, Schenkelberg T, Williams T, et al. Development and deployment of COVID-19 vaccines for those most vulnerable. *Scienc. Transl. Med.* 2021; 13(579):eabd1525.
 21. Bubar KM, Reinholt K, Kissler SM, et al. Model-informed COVID-19 vaccine prioritization strategies by age and serostatus. *Science.* 2021; 371(6532):916-21.
 22. Sadeghi R, Masoudi MR, Khanjani N. The commitment for fair distribution of COVID-19 vaccine among all countries of the world. *Res Nurs Health.* 2021; 44(2):266-7.
 23. International Week of Anti-Imperialist Struggle. International Manifesto for Life Jornada de Lutas Anti-Imperialista [internet]. 2021 [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://antiimperialistweek.org/en/news/international-manifesto-for-life/?s=08>.
 24. Bandini M, coordenadora. “Ampliação do conceito de COVID-19 relacionada ao trabalho: ações necessárias e recomendadas para avançar”. Frente Ampla em Defesa da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, [internet]. 2021. [acesso em 2021 abr 10]. Disponível em: <https://www.frenteamplast.com/post/gt-2-amplia%C3%A7%C3%A3o-do-conceito-de-covid-19-relacionada-ao-trabalho-a%C3%A7%C3%B5es-necess%C3%A1rias-e-recomendadas-p>.