
**O PROBLEMA DO CONDICIONAMENTO NA EMISSÃO DE
PASSAPORTE DE SAÚDE VINCULADO A DETERMINADAS
MARCAS DE VACINAS**

***THE PROBLEM OF CONDITIONING IN THE ISSUANCE OF HEALTH
PASSPORTS LINKED TO CERTAIN BRANDS OF VACCINES***

AGATHA GONÇALVES SANTANA

Doutora e Mestre em Direito pela Universidade Federal do Pará. Professora titular da Universidade da Amazônia - UNAMA SER. Associada do IBDP. Membro a convite do IBERC. Membro a convite da ANNEP. Líder do Grupo de Ensino e Pesquisa da Universidade da Amazônia - Ser Educacional/CNPq. Membro do Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Campinense de Ensino Superior. Advogada.

CARLA NOURA TEIXEIRA

Doutora e Mestre pela PUC -SP. Mestre pela Universidade da Amazônia – UNAMA. Professora da graduação e Pós-graduação em Direito da Universidade da Amazônia -UNAMA. Professora da Graduação em Direito da UNIFAMAZ e da UNINASSAU. Especialista em Direito Processual. Coordenadora do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu. Líder do Grupo Permanente de Estudos e Pesquisa na Universidade da Amazônia - UNAMA. Membro do IDASAN. Membro do IBDC. Membro do Programa de Apoio a Pesquisa – UNIP. Líder do Grupo Permanente de Pesquisa na Universidade Presbiteriana Mackenzie. Advogada.

PATRICIA KRISTIANA BLAGITZ CICHOVSKI

Doutora e Mestre em Direito pela PUC -SP. Professora na Universidade da Amazônia. Diretora do Departamento Administrativo, Financeiro e de Ensino e Pesquisa da Escola Judicial do Tribunal de Justiça do Estado do Pará. Membro fundadora da



Academia Brasileira de Direito Eleitoral e Político – ABRADep. Integrante do Grupo de Pesquisa Consórcio Amazônia Legal: da atuação dos Estados do Pará e do Amapá, da UFPA. Advogada.

RESUMO

A pesquisa realizada tem por objeto o problema do chamado, dentre outras denominações, “passaporte imunitário” ou “passaporte de saúde – *immunity passport*, em países da União Europeia, América do Norte e na China – primeiro país a implementá-lo durante a Pandemia do Sars-Cov-2. O problema foca-se na vinculação e condicionamento da emissão desses passaportes com base na marca das vacinas tomadas por quem os requerem, com o agravante do controle dos dados ultrasensíveis de seus usuários através do uso das tecnologias de última geração. O objetivo da averiguação é analisar a legitimidade da limitação de direitos humanos com base em vacinas cujas eficácias sejam comprovadas cientificamente pelo critério da marca sob a justificativa de um maior grau de imunização. A metodologia aplicada dividiu-se em dois momentos: o teórico, de lógica hipotético-dedutiva, e também de análise empírica, de lógica indutiva, predominantemente de natureza básica e abordagem qualitativa, em procedimento de análise bibliográfico documental. Considera-se, ao final, não somente a possibilidade de violação de direitos no sistema internacional de direitos humanos, como se alerta para o risco do controle de dados ultrasensíveis dos indivíduos por parte dos Estados.

Palavras-chaves: passaporte de saúde; Sars-Cov-2; tecnologias; marcas de vacinas.

ABSTRACT

This research has as object the problem of the so-called, among other denominations, "immune passport" or "health passport - immunity passport, in countries of the European Union, North America and China - the first country to implement it during the Sars-Cov-2 Pandemic. The problem focuses on the linkage and conditioning of the issuance of these passports based on the brand of vaccines taken by those who apply for them, with the aggravating factor of the control of the ultra-sensitive data of their users through the use of state-of-the-art technologies. The goal of the investigation is to analyze the legitimacy of limiting human rights based on vaccines whose efficacy is scientifically proven by brand criterion, under justification of a higher degree of immunization. The methodology applied was divided in two moments: a theoretical one, of hypothetical-deductive logic, and also an empirical analysis, of inductive logic, predominantly of basic nature and qualitative approach, in a procedure of bibliographic and documental analysis. In the end, it is considered not only the possibility of violation of rights in the international human rights system, but also a warning about the risk of control of ultra-sensitive data of individuals by the States.

Keywords: Immunity passport; Sars-Cov-2; technologies; vacin brands.



1 INTRODUÇÃO

O “passaporte de imunidade” – *immunity passport* ou *immunity card*, comumente denominado de diversas outras maneiras, tais como “passaporte de vacina”, “ID de vacinação”, “certificado de recuperação”, “certificação de imunidade” ou “certificado de liberação” trata de um documento, físico ou digital, atestando que seu portador possui imunidade face a uma doença que ofereça risco de contágio, cuja finalidade muito se assemelha à da quarentena.

Esse passaporte constitui-se a partir de certificação pública realizada em ações em que governos dos Estados Internacionais estão autorizados a realizar para mitigar uma epidemia, não se confundindo com o tradicional registro de vacinação ou *cartão de vacinação* que habilita um indivíduo a provar que recebeu determinados imunizantes verificados pelos registros clínicos dos locais onde as vacinas foram administradas.

Importante salientar, logo inicialmente, que esse passaporte de imunidade não se confundiria, ao menos inicialmente, com o certificado de vacinação. Isso porque enquanto o certificado de vacinação demonstra que uma pessoa foi imunizada a partir de substâncias ética e cientificamente testadas, o passaporte de imunidade seria direcionado para pessoas que tivessem imunidade, adquirida através da infecção contraída ou da vacina administrada.

Todos esses conceitos se destacaram por ocasião da Pandemia do Sars-Cov-2, como meio de contenção do alastramento do vírus, na tentativa de viabilizar uma aceleração na recuperação econômica dos países. Isso poderia incluir um “passaporte de saúde” para as pessoas que foram vacinadas.

Apesar da grande repercussão e polêmica sobre esses documentos, essa certificação não trata de assunto recente, não tendo sido iniciado na ocasião da Pandemia do Sars-Cov-2, vírus causador da denominada COVID-19, que, em decorrência de seu alto poder de contágio humano e índice de letalidade a ponto de causar o colapso hospitalar em inúmeros países, ocasionou a decretação de urgência sanitária em todo o mundo no ano de 2020.



Dentro desse cenário, vários foram os esquemas estatais para a tentativa de contenção do vírus, iniciando-se períodos de necessário afastamento social e medidas sanitárias excepcionais, como a obrigatoriedade do uso de máscaras e a rigorosa higiene das mãos e objetos, por recomendação da Organização Mundial de Saúde – OMS.

As medidas sanitárias de barreira iniciaram-se em meio a esse contexto, sendo decretadas quarentenas, lockdowns e fechamento das fronteiras internacionais ou restrições internas dentro dos próprios países.

No mesmo ano em que decretada a Pandemia, países da Europa sugeriram a possibilidade de aplicação de um passaporte imunológico baseado em exames onde um indivíduo demonstraria, após contrair a doença, já possuir anticorpos. Medida semelhante foi implantada de modo não obrigatório em alguns países, os quais controlavam, a partir de aplicativos instalados em *smartphones*, a sinalização de que a pessoa já possuía anticorpos, se nunca havia sido infectada ou se havia tido contato com outras infectadas recentemente.

As primeiras vacinas foram testadas e liberadas para uso emergencial até a liberação oficial para a garantia das pessoas. Muito se discutiu sobre as marcas e os mecanismos de ação das novas vacinas, as quais usavam desde a técnica de primeira geração com o vírus inativado até as vacinas que aplicam tecnologia de ponta, a partir da modificação genética ou aplicação da técnica de RNA mensageiro.

Nesse mesmo período, houve o reaquecimento na movimentação de pessoas, que passaram a ter uma ampliação no seu direito de ir e vir geograficamente, ao mesmo tempo em que países começaram a condicionar a liberdade de entrada em seus países a partir de uma espécie de *immunity passport* vinculado a determinadas marcas de vacina, essencialmente as de última geração, em um primeiro momento tidas pelas pesquisas científicas como as de maior percentual de eficácia.

É dentro da apresentação necessária desse contexto que se ambienta o questionamento da presente pesquisa: A vinculação de determinadas marcas de vacina para emissão de um *immunity passport* encontra respaldo no sistema



internacional de direitos humanos, sem a violação dos direitos e garantias do indivíduo enquanto ser humano?

Considerando-se a calamidade da Pandemia do Sars-Cov-2 e a possibilidade de, futuramente, outras vinculações semelhantes virem a ocorrer para a concessão de visto ou entrada em um determinado país, formando verdadeiros “cinturões” discriminatórios de pessoas vacinadas unicamente com um ou poucos imunizantes, o objetivo central da pesquisa é averiguar e evidenciar se, uma vez comprovada cientificamente a eficácia de uma determinada marca de vacina dentro de um percentual considerado razoável, a limitação às marcas de maior eficácia poderia violar direitos humanos mais básicos, tais como a igualdade e a liberdade, direitos que, ao lado da vida e da integridade física e psíquica, constituem pressupostos básicos da dignidade humana.

Mas a atual contextualização e ambientação desse problema não podem ser visualizadas como simples, mas sim altamente complexas e de altos riscos de violações aos direitos humanos de muitas maneiras. Com efeito, um aspecto importantíssimo a ser considerado é o atual estado tecnológico, que permite que Estados possam controlar oficialmente dados pessoais ultrassensíveis das pessoas que se encontram em seu território, limitando suas liberdades sem um devido processo legal. Somado a esse quadro, tem-se a situação de que países em desenvolvimento não tem acesso às vacinas de grandes laboratórios, senão após a venda para os países de maior poder econômico, não conferindo escolha ou tempo necessário para que todos tenham iguais oportunidades de imunização.

A importância do tema possui impactos a partir da política e governança internacional em sentido amplo, essencialmente sobre migrantes e refugiados, além do aspecto social de pessoas impedidas de adentrar em território para trabalho, estudos, convívio familiar ou mesmo lazer dentro da área turística – direitos humanos garantidos universalmente. Os impactos jurídicos são de mesma grandeza de importância, tendo como centro do debate reflexões e aspectos democráticos e humanitários.



Para essa reflexão, o conjunto metodológico aplicado deve-se dividir em dois momentos. O primeiro, a partir de uma pesquisa teórica, de natureza básica de objetivos exploratório e aplicação de métodos de procedimento de levantamento de dados em pesquisa bibliográfica e documental dentro de uma abordagem qualitativa, aplicando-se a lógica hipotético-dedutiva, essencialmente para a ambientação e contextualização do problema de pesquisa.

Em um segundo momento, já apresentados os pontos de partida da reflexão inicial, apresenta-se os elementos de empiria sobre fatos debatidos ou implementados internacionalmente em países que já vivem a experiência do *immunity passport*. Para a coleta desses dados empíricos, valeu-se de dados obtidos em revistas científicas, ao mesmo tempo em que a pesquisa em jornais e revistas se tornou necessária, essencialmente para análise do contexto político-social veiculados através das notícias ocorridas no período, essencialmente disponibilizados na rede mundial de computadores. Nesse momento, seguindo-se até à guisa de conclusão, a natureza da pesquisa torna-se prescritiva, dando continuidade a uma abordagem qualitativa aplicando-se aqui a lógica indutiva.

Esses dois momentos da pesquisa são divididos em três seções para que se possa tecer as considerações finais sobre as hipóteses lançadas para a solução do problema. Na primeira seção, apresenta-se o cenário mundial da massa de movimentação humana e a fundamentação da restrição de liberdade em relação às barreiras sanitárias, essencialmente em relação à prevenção de doenças. Na segunda seção, apresenta-se o cenário da Pandemia do Sars-Cov-2 e como foram implementadas essas mesmas barreiras sanitárias no âmbito internacional durante o período denominado de “a corrida pela vacina” e a imprecisão de seus resultados iniciais. A última seção traz reflexões sobre as políticas públicas de restrição de liberdade a partir da Pandemia da COVID-19, se o que está sendo implementado por países dentro da União Europeia, da América do Norte e na China configuram de fato novas barreiras sanitárias ou o surgimento de um *immunity passport* com aplicação da tecnologia.



2 O CENÁRIO DE CIRCULAÇÃO GLOBAL DE PESSOAS – LIBERDADE DE LOCOMOÇÃO E A JUSTIFICAÇÃO PARA OCORRÊNCIA DE BARREIRAS SANITÁRIAS

Quando se menciona sobre o direito de liberdade de locomoção de pessoas no âmbito do direito internacional, dois Tratados se destacam: O Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos e o Pacto de San José da Costa Rica, respectivamente assinados pelo Brasil através dos Decretos nº 592 e nº 678, ambos datados do ano de 1992.

A consolidação do Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos iniciou-se com chamado “Pacto de San José da Costa Rica”, nomenclatura designada para a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, tratado internacional subscrito pelos países que constituem a Organização dos Estados Americanos – OEA, assinado em 1969, mas cuja vigência iniciou-se no ano de 1978.

Nas décadas seguintes de sua entrada em vigor, através da atuação da Comissão Interamericana de Direitos Humanos e da respectiva Corte, órgãos criados pelo tratado, pode-se observar o desenvolvimento da jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos e a criação de instrumentos de proteção complementares (GUERRA, 2013).

Mesmo após mais de quarenta anos do início de sua vigência, muitos dos signatários deste tratado são marcados pela desigualdade social, além de regimes instáveis cuja democracia constantemente é ameaçada por moções sociais ideológicas e partidárias.

No artigo 13, II do Pacto, é previsto o direito humano à livre circulação de pessoas, *in verbis* “Todo homem tem o direito de deixar qualquer país, inclusive o próprio, e a este regressar”, obviamente respeitando-se o direito a soberania de cada país em relação ao controle de estrangeiros em seus territórios, o que se pode afirmar que, nesse sentido, o primeiro destinatário desse direito é o cidadão nacional em relação a seu próprio país. Previsão semelhante é prevista também no Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (BRASIL, 1992).



A livre circulação de pessoas em territórios nacionais a qual independesse de um controle mais rigoroso foi contemporaneamente iniciada a partir de pactos econômicos, como a formação da União Europeia em 1992 com o Tratado de Maastricht, com a formação de um bloco de livre circulação de bens e pessoas com base em sua cidadania e o estabelecimento de uma moeda única: o Euro (SARMENTO; FREITAS, 2018, p. 34).

Portanto, a livre circulação de pessoas é reflexo da integração econômica e cultural viabilizada pela globalização, a qual provocou abertura de mercados e o movimento de pessoas e capital, o que foi agilizado essencialmente pelo desenvolvimento tecnológico e a necessidade crescente de mão de obra, além da ampliação do mercado turístico e de consumo – diminuindo-se assim as barreiras físicas e culturais.

Desta forma, os tratados internacionais que envolvam a livre circulação de pessoas regulam a questão migratória, combatendo dentre outros problemas o tráfico de pessoas, ao mesmo tempo em que fortalece laços regionais (SARMENTO; FREITAS, 2018, p. 35). Não obstante, o artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos é claro ao estabelecer que:

1. Toda pessoa que se ache legalmente no território de um Estado terá o direito de nele livremente circular e escolher sua residência. 2. Toda pessoa terá o direito de sair livremente de qualquer país, inclusive de seu próprio país. 3. os direitos supracitados não poderão em lei e no intuito de restrições, a menos que estejam previstas em lei e no intuito de proteger a segurança nacional e a ordem, a **saúde** ou a moral pública, bem como os direitos e liberdades das demais pessoas, e que sejam compatíveis com os outros direitos reconhecidos no presente Pacto. 4. Ninguém poderá ser privado arbitrariamente do direito de entrar em seu próprio país. (grifo próprio)

Por outro lado, em relação ao direito à saúde, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, assinado pela Assembleia Geral da ONU em 1966, em seu artigo 12, prevê que “os Estados Partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental” (ONU, 1966).



A garantia e fiscalização desse direito é realizada pelo Comitê para fins econômicos, sociais e culturais da ONU, que no ano 2000, ressaltou em seu artigo terceiro que o direito à saúde está intimamente relacionado, orientado e dependente aos demais direitos humanos presentes na Declaração Universal dos Direitos Humanos, incluindo o direito à alimentação, moradia, trabalho, educação, dignidade humana, vida, não-discriminação, igualdade, a proibição da tortura, à garantia da privacidade, acesso à informação, e liberdade de associação, assembleia e movimento (ONU, 2000).

Nesse sentido, em relação às limitações de liberdade de circulação para fins de saúde, para a limitação da propagação de doenças que possam comprometer a coletividade e mesmo ameaçar toda a humanidade, os meios mais utilizados na história foram as medidas sanitárias – limitações temporárias de liberdade em prol de um bem maior: a conservação da vida que advém do instinto de sobrevivência humano.

Na definição de Lima (2005, p. 108), “uma medida sanitária é uma barreira não-tarifária aplicada para proteger a vida e a saúde humana e animal”, o que sintetiza de modo claro o conceito previsto no Anexo A do Acordo Sobre A Aplicação De Medidas Sanitárias e Fitossanitárias estabelecido em 1994 juntamente com a Organização Mundial de Comércio – OMC, também conhecido como “Acordo SPS”:

1. Medida sanitária ou fitossanitária - Qualquer medida aplicada:(a) para proteger, no território do Membro, a vida ou a saúde animal ou vegetal, dos riscos resultantes da entrada, do estabelecimento ou da disseminação de pragas, doenças ou Organismos patogênicos ou portadores de doenças; (b) para proteger, no território do Membro, a vida ou a saúde humana ou animal, dos riscos resultantes da presença de aditivos, contaminantes, toxinas ou organismos patogênicos em alimentos, bebidas ou ração animal; (c) para proteger, no território do Membro, a vida ou a saúde humana ou animal, de riscos resultantes de pragas transmitidas por animais, vegetais ou por produtos deles derivados ou da entrada, estabelecimento ou disseminação de pragas ou (d) para impedir ou limitar, no território do Membro, outros prejuízos resultantes da entrada, estabelecimento ou disseminação de pragas (OMC, 1994).

O fato de ser uma norma de origem na OMC já induz à percepção de que as medidas sanitárias internacionais possuem uma forte influência do comércio e da



economia, embora o grande foco desta norma seja a proteção da vida e saúde do ser humano.

De fato, o artigo terceiro dessa mesma norma prevê a necessidade de conformidade com “recomendações internacionais”, bem como também a exigência de uma “justificação científica” e “verificação de riscos”, cujas medidas devem ser acompanhadas dentro de um procedimento de harmonização com as normas advindas das organizações internacionais competentes, as quais, uma vez verificadas, deverão ser, na conformidade do artigo sétimo, notificadas aos países membros (OMC, 1994).

Para evitar disparidades, o artigo nono do Acordo Sanitário Internacional prevê a possibilidade de cooperação dos países desenvolvidos para com os países em desenvolvimento, essencialmente sobre a tecnologia, pesquisa e infraestrutura necessário para cumprimento das exigências e imposições de barreiras. Ainda assim, boa parte dos impactos dessas medidas são voltadas para os países desenvolvidos, essencialmente por sua maior capacidade técnica e condições econômicas para cumprir os acordos (MIRANDA et al, 2004, p. 30).

Tradicionalmente o meio de barreira ou limitação da propagação de doenças infecciosas mais utilizado na história da humanidade sem dúvidas sempre foi a quarentena, meio de isolamento temporário de um indivíduo ou grupo de indivíduos efetivamente contaminados com alguma doença ou expostos a ela, sendo muitas vezes imposto pelos governos a requisição de um documento que atestasse que uma pessoa a tivesse concluído de modo adequado.

A terminologia surgiu dentro dos conceitos médicos de Vigilância epidemiológica em Veneza durante o auge da devastação de doenças medievais, quando se formavam verdadeiros “cinturões sanitários” de caráter restritivo de direitos e punitivo daqueles que tentassem burla-lo (ROMERO; TRONCOSO, 1981)

Na primeira metade do século XX, essencialmente no início da década de 1950, houve uma mudança na metodologia de controle, acrescentando a coleta sistemática de dados relevantes tanto em relação à doença quanto em relação às pessoas a serem submetidas à vigilância (WALDMAN, 1998).



Mas no tocante ao monitoramento, o mesmo distingue-se da vigilância em relação ao desenvolvimento de programas de saúde mais eficientes, tendo por objeto não pessoas, mas sim indicadores de qualidade, de tecnologias médicas e de riscos ambientais, incluindo sobre profissionais de saúde – tudo no sentido de identificar perfis e fatores de risco (WALDMAN, 1998).

Assim, o monitoramento está relacionado com a observação da eficácia de vacinas e profilaxias; cobertura de pessoas vacinadas; quantidade de pessoas inscritas em um determinado programa; indicadores de impactos e metas a serem atingidas.

De certo hoje o Direito Internacional da Saúde configura-se como parte do Direito Internacional Econômico e também do Direito Internacional do Desenvolvimento humano, e que, ao lado do Direito Comunitário da Saúde, garantem a integridade física e psíquica da dimensão existencial humana, cujas normas são produzidas essencialmente pelas organizações internacionais – tais como a atuação da ONU, OMS e OIT – e regionais (MONDIELLI, 2007, p. 119-120).

Nesse sentido, o Direito Internacional relacionado à saúde atua em duas frentes: a busca da centralização – Dentro das normas da Organização Mundial de Saúde – World Health Organization – e ao mesmo tempo a descentralização – já que suas atividades podem ser limitadas pelas competências sanitárias exercidas pelas outras organizações do sistema das Nações Unidas (MONDIELLI, 2007, p. 121).

As normas centralizadas tendem a ser exercidas internacionalmente com natureza de cooperação, enquanto as normas descentralizadas ou regionalizadas, tendem a seguir a natureza de subordinação. Sobre o Direito Internacional de Saúde, dessa forma,

não conhece legislador, juiz ou sanção obrigatória, além do consentimento das nações em questão. As normas sanitárias internacionais não pertencem ao direito de subordinação na medida que elas são desenvolvidas no quadro da sociedade internacional. Todavia, elas não parecem participar exclusivamente do direito de coordenação uma vez que visam afirmar um direito de proteção à saúde como direito da pessoa humana em nível internacional. As normas sanitárias internacionais são elaboradas em função do interesse das pessoas. Entretanto, é preciso sublinhar [...] que, mais frequentemente, são as preocupações ligadas ao problema crescente de eliminar os obstáculos ao comércio e às exportações, bem como a vontade de se proteger contra as "doenças exóticas", do que as preocupações



humanitárias que estão na origem das ações públicas voltadas à área sanitária (é preciso lembrar também que o desejo de erradicação de doenças transmissíveis foi a principal preocupação das nações européias e que os primeiros textos de "legislação sanitária internacional" tinham um objetivo limitado: a luta contra as doenças contagiosas). (MONDIELLI, 2007, p. 121-122)

As áreas mais antigas do Direito Internacional Sanitário são compostas pelo Direito internacional humanitário e pelo Direito internacional médico, cujo desenvolvimento maior deu-se a partir da Segunda Guerra Mundial e cujos princípios ainda são até hoje utilizados (MONDIELLI, 2007, p. 124).

A Constituição da OMS, uma das poucas organizações internacionais dotadas de poder regulamentar em seu artigo 21, estabelece, em tradução livre que:

A Assembleia Mundial da Saúde tem autoridade para adotar os regulamentos concernentes à: a) medidas sanitárias e de quarentena ou outros procedimentos, elaborados para prevenir o alastramento das doenças de um país a outro; b) a nomenclatura das respectivas doenças, as causas de mortes e as práticas pública de saúde; c) os padrões de diagnóstico e procedimentos para uso internacional; d) padrões relativos à segurança, à pureza da atividade dos produtos biológicos, farmacêuticos e similares inseridos no comércio internacional; e) publicidade e designação de produtos biológicos, farmacêuticos e similares inseridos no comércio internacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946)

O artigo 23 da Constituição da OMS, por outro lado, justifica a imposição de barreiras sanitárias internacionais, no sentido de contenção das doenças reconhecidas em seus regulamentos, protegendo-se assim as barreiras transnacionais e a propagação de doenças entre países e mesmo em nível global (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946).

Um dos grandes problemas enfrentados nessa ocasião é o fato de que muitos países em desenvolvimento deixam de reportar doenças com receio de sanções internacionais, algo já alertado há mais de duas décadas por Cash e Narasimhan (2001, p. 189) nos boletins da OMS.

Por conta disso, corroborando-se o entendimento de Mondielli (2007, p. 129-130), há uma necessidade de revisão nos regulamentos, face a demonstração concreta dos problemas e inadequações observadas atualmente, devendo-se mirar



como um dos grandes objetivos o máximo de segurança contra a transmissão de doenças por meio de um menor número de impedimentos, sendo que algumas das limitações detectadas são: a cobertura apenas para o cólera, a peste e a febre amarela (únicas doenças com presunção de se aplicar o princípio da segurança máxima); um sistema que depende totalmente da notificação oficial da OMS sobre algum surto de doença; falta de instrumentos de pressão sobre os países para cumprimento sanitário bem como a não possibilidade da OMS dispor de capacidade para decidir medidas específicas para a prevenção internacional de doenças.

Essas limitações não conseguem prevenir perdas econômicas e perturbação social dentro dos países, essencialmente em relação a doenças de alto potencial de propagação, alta taxa de mortalidade, fator de não habitualidade ou novas patologias, devendo-se atentar para a importância de um plano político e de comunicação, essencialmente de políticas públicas, essencialmente quando representar risco nos intercâmbios comerciais ou movimentação humana internacional, como já se observou ultimamente nas últimas décadas, durante os últimos surtos de doenças já catalogados (cf. CASH; NARASIMHAN, 2001, p. 191-192).

Logicamente deve ser levada em consideração a extensão das áreas afetadas, em especial no sentido de mapear de maneira local, regional ou global as zonas sensíveis passíveis de limitação. Assim, o surto é o surgimento de uma doença em um determinado local geograficamente delimitado, resultado da contaminação entre pessoas ou através de animais ou pelo meio ambiente, podendo culminar em uma epidemia, quando a doença se espalha para uma região, ainda determinada. A epidemiologia tem como foco rastrear esses surtos não identificados até a fonte em um esforço para proteger a saúde e a segurança públicas (COLUMBIA UNIVERSITY, 2021).

De acordo com o Centro de Prevenção e Controle de Doenças norte americano – CDC, Epidemia refere-se a um aumento, no mais das vezes repentino, do número de casos de uma doença, aumento este acima do normalmente esperado, espalhando-se para uma determinada região, com maior dificuldade de uma localização geograficamente precisa (CDC, 2012). Por fim, a pandemia é a



declaração, nos termos da OMS, de que uma doença se espalhou de modo exponencial, afetando uma ampla área, países e populações diversos (COLUMBIA UNIVERSITY, 2021)

Deve-se, portanto, atentar para estratégias de vigilância e intervenção de modo a respeitar os direitos comunitários, ao mesmo tempo em que se realiza a aplicação do sistema internacional de direitos humanos, o que muitas vezes encontram obstáculos sobre o diálogo necessário no contexto geopolítico e econômico, já que não raro a OMS e a OMC – Organização Mundial de Comércio, as quais compreendem que devem agir conforme cooperação mútua, precisam debater profundamente sobre possíveis conflitos de regras das normas sanitárias internacionais na ocorrência de um fenômeno em nível mundial, já que muitas vezes já se observou que a comunidade internacional muitas vezes reage de forma desproporcional em face a uma epidemia (CASH, NARASIMHAN, 2001, p. 196), provocando perdas econômicas presentes e futuras, impactando não apenas na riqueza e na pobreza das nações, como na qualidade da vida e dignidade humana.

Uma das contemporâneas formas razoáveis de controle e amortização de impactos é a vacinação da população, ou seja, a aplicação de substâncias biológicas para a estimulação de anticorpos no organismo em caráter preventivo, ou seja, antes de uma pessoa ter contato com um determinado patógeno (BRASIL, 2021).

A primeira certificação de vacinação internacional denominou-se “Certificado Internacional de Inoculação e Vacinação”, estabelecido em 1933 em Haia através da Convenção Sanitária Internacional para Navegação Aérea, tendo sido alterado em 1944, que indicava além do Certificado Pessoal de vacinação, declarações de Saúde de aeronaves e embarcações, Certificado Internacional de Inoculação Contra o cólera, febre amarela, febre tifoide e varíola (UNITED STATES, 1944, p. 23).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) formada em 1946 teve por escopo trabalhar pela erradicação de doenças endêmicas, epidêmicas ou pandêmicas, reunindo-se em assembleias com autoridade para adotar regulamentos sanitários e de quarentena para prevenir a propagação internacional de doenças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946).



Em 1951 a quarta Assembleia Mundial de Saúde adotou o denominado Regulamento Sanitário Internacional da OMS, substituindo de uma forma mais completa as Convenções internacionais anteriores, dando continuidade ao uso de certificados internacionais de vacinação e atualizando os modelos de certificação, apenas havendo em 1956 uma atualização acerca do Certificado Internacional de Vacinação e Revacinação contra o vírus da Varíola (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1951).

Em 1969 a Assembleia Mundial de Saúde da OMS regulamentou e subscreveu o Regulamento Sanitário Internacional em substituição aos anteriores, introduzindo novos modelos de certificados de vacinação e novas condições a serem cumpridas para sua validade, incluindo a necessidade da utilização dos idiomas inglês e francês, além do idioma do território onde emitido (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1969).

Desta forma, a OMS contribuiu para que pessoas que viajassem para os cinturões de doenças ocorridos em determinados países, aos estarem vacinadas, não levassem ou adquirissem doenças, essencialmente quando intensificou-se, ao longo dos anos, viagens aéreas internacionais, de ritmo muito mais acelerado e de difícil controle, em comparação às viagens em embarcações.

No ano de 2005 ocorreu uma revisão no Regulamento Sanitário Internacional, ocasionado pelo surto da Síndrome Respiratória Aguda Grave – SARS no período dos anos de 2002 à 2004, substituindo o Certificado Internacional de Vacinação ou Revacinação contra febre amarela de 1969 pelo Certificado Internacional de Vacinação ou outras Profilaxias, incluindo nome do viajante, nacionalidade, data de nascimento, sexo, documento de identificação nacional e assinatura, indicando as vacinas administradas, as quais o médico responsável deverá ratificar a profilaxia necessária e a vacina administrada, indicando fabricante e o número do lote, datas de validade, e ao final, o carimbo oficial do centro de administração, devendo o documento ser datado e assinado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005, p. 25 e 53), sendo válido essencialmente para vacinas recomendadas pela OMS, e durante o período de validade das vacinas. Por esse Regulamento, acaso não possa ser



administrada a vacina por algum motivo, tais como idade ou imunossupressão, o médico deverá anotar a justificativa e indicar as medidas profiláticas adequadas.

Essa versão do Regulamento Sanitário Internacional traz em seu bojo conceitos como os de isolamento de pessoas contaminadas ou doentes; observação da saúde pública; observação do risco de saúde; quarentena; vetores de transmissão, dentre outros termos. Alerta também para a possibilidade de revisões nas recomendações, bem como das vacinas e outras profilaxias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005, p. 6-10 e 17). A pessoa que almeja viajar e recusa-se à vacinação ou a cumprir uma profilaxia exigida estará sujeita a ter sua entrada negada em um país.

Face ao aumento no número de falsificações sobre os Certificados Internacionais de Vacinação ou outras Profilaxias, cuja ocorrência foi detectada em determinadas ocasiões, alguns países como a Nigéria desenvolveram versões digitais do documento para viagens para fora do país de origem, também denominados de “passaporte médico” ou “certificado de saúde eletrônico” para a certificação de vacinação contra a febre amarela (AKINOLA, 2019). Assim, essa forma do Certificado possui um QRCode o qual poderá ser lido digitalmente para a verificação de sua validade (OSAC, 2019).

O assunto intensificou-se de forma inimaginável quando do surgimento do vírus Sars-Cov-2, denominação do patógeno causador da Covid-19, e da consequente decretação da Pandemia no ano de 2020 pela OMS.

3 A PANDEMIA DO SARS-COV-2 – A CORRIDA PELA VACINA NO ANO DE 2020

Anteriormente ao Sars-Cov-2, vacinas contra doenças infecciosas haviam sido produzidas após anos de testes em laboratórios até chegar à experimentação em seres humanos, não existindo antes nenhuma vacina para a espécie coronavírus em seres humanos, embora já estivessem em andamento estudos de vacinas de vetores virais para uso contra os vírus causadores da SARS – Síndrome Respiratória Aguda



e da MERS – Síndrome Respiratória do Oriente Médio, causada por uma espécie de coronavírus, cujos estudos foram divulgados na segunda metade do ano de 2019 (YONG et al, 2019).

Tendo em vista o colapso do sistema de saúde em nível mundial por conta do Sars-Cov-2, ao longo do ano de 2020 até meados do ano de 2021, ocorreu uma verdadeira corrida entre os laboratórios e diversas vacinas foram autorizadas ou licenciadas para seu uso emergencial, tendo-se, até a data da presente pesquisa, 22 vacinas aprovadas pelos governos nacionais, utilizadas em 192 países do mundo, utilizando-se das técnicas de vírus inativado; RNA; ADN; vetor viral não replicante e subunidade proteica (COVID 19 VACCINE TRACKER, 2021).

Muitas outras vacinas contra o Sars-Cov-2 estão em fase de testes sendo algumas aprovadas para utilização emergencial por pelo menos uma autoridade regulatória reconhecida pela OMS. A pesquisa clínica das vacinas contra a COVID-19 engloba critérios como eficácia, efetividade e segurança dentro de um plano de gerenciamento de riscos em seres humanos (OPAS, 2021), já que em grande maioria são consideradas vacinas de última geração, não sendo análogas às vacinas em uso para prevenir doenças como a gripe ou sarampo.

A técnica mais primitiva ainda foi utilizada para a elaboração de uma das primeiras vacinas bem sucedidas contra o Sars-Cov-2, utilizando-se da técnica do vírus inativado, utilizando-se de partículas extraídas de culturas e retirada sua capacidade patogênica, mas ainda capaz de estimular uma resposta imune, tecnologia utilizada, dentre outras, a mais conhecida como CoronaVac, do laboratório Sinovac (CORUM; ZIMMER, 2021).

As vacinas de RNA mensageiro modificado com nucleosídeos, como a Pfizer-BioNTech e da Moderna, foram desenvolvidas para estimular a resposta imune do corpo humano, atuando como um mensageiro – mRNA – ensinando o organismo a identificar e eliminar o patógeno (KRAMMER, 2020, p. 516-527). Foram as primeiras vacinas autorizadas nos Estados Unidos, Reino Unido, União Europeia e Israel.

As vacinas de vetor de adenovírus ou simplesmente de vetores virais não replicantes, baseiam-se na engenharia genética da modificação de um vírus de



chimpanzé, inofensivo ao ser humano, introduzindo a codificação do DNA que produzem o antígeno que induz a uma resposta imune sistêmica (CDC, 2021). Utilizam-se dessa tecnologia as vacinas Oxford-AstraZeneca; Sputnik V e Jassen.

Especificadamente em relação a essas vacinas de vetor de adenovírus modificado, embora tenham atestado sua eficácia de modo satisfatório nos testes clínicos, apresentaram reações adversas distintas das demais, tendo em vista a ocorrência rara de mortes relacionadas a casos de tromboembolia – coágulos deletérios que podem bloquear o fluxo normal de sangue das artérias – chegando, como no caso da AsraZeneca, a terem suas campanhas de vacinação temporariamente interrompidas (EUROPEAN MEDICINE AGENCY, 2021).

Outras vacinas também se utilizam de outras plataformas tecnológicas em estudo no momento, cujo desenvolvimento foi acelerado através de colaboração entre governos e da indústria farmacêutica internacional. Dentre fatores a serem levados em consideração, além dos critérios para a validação das vacinas, deve-se pensar nas populações vulneráveis; durabilidade da sua proteção; regime de dosagem; características e armazenamento; e escalonamento na produção.

Ocorre que não é tão simples separar as vacinas unicamente pelas marcas dos laboratórios que as produziram. Muitos fatores são considerados nessa verdadeira corrida para conseguir a vacina. Dois dos fatores mais importantes são a eficácia e a efetividade dessas vacinas. As condições de eficácia são consideradas como as vacinas são idealmente consideradas em fases de teste clínico, enquanto a efetividade é medida com a aplicação na população em geral (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021c), especialmente considerando-se as particularidades da população (etnia, clima, etc.), variantes que estejam surgindo, diminuição efetiva das interações e mortes, etc.

Observou-se uma eficácia relativa em torno de 50,38% sobre a vacina da Coronovac em relação a contrair a doença; 70% de eficácia global sobre a AstraZeneca (NINOMYIA, 2021) contra as mais disputadas, com uma média de 90% de eficácia prometida pelos laboratórios da Pzifer-BioNtech, Moderna e Novavax e 70 a 80% da Johnson & Johnson (KATELLA, 2021).



As vacinas as quais demonstraram maior eficácia clínica, após as fases preliminares de teste foram, por consequência, as mais disputadas no mercado. No final do ano de 2020, as bolsas de valores do mundo todo dispararam a corrida econômica sobre investimentos em ações dos laboratórios sobre as vacinas que apresentaram melhores números de eficácia, como ocorreu com a vacina do laboratório Pfizer-BioNtech (MOURA, 2020).

Por outro lado, na mesma proporção, quando da notícia de queda de eficácia das vacinas sobre as variantes que surgem a partir das mutações observadas, as ações operam em baixa (TRIPATHI, 2021), o que demonstra o forte caráter econômico na corrida pelas vacinas.

Muitos países de alto poder econômico se comprometeram em comprar os lotes das vacinas tidas como mais eficazes antes mesmo da disponibilidade das doses por parte dos laboratórios. Não obstante, esses mesmos países representem pouco mais de um décimo da população mundial, sendo que em novembro de 2020 já haviam comprado mais da metade de todas as doses pré-vendidas pelos fabricantes de vacinas.

Ao mesmo tempo, países mais pobres acabaram não apenas sofrendo atrasos no início de seus programas de vacinação como também tiveram de iniciá-los com as vacinas com menor percentual de eficácia, em fase de testes não totalmente concluídas ou com ausência de dados informacionais, como foi o caso da vacina chinesa Coronavac, da indiana Covax (CHARLEAUX, 2021) e da russa Sputnik V (STEIN, TRICCAS, 2021), as quais ainda não se encontram aceitas em muitos países do mundo.

Muitos dos países mais desenvolvidos acabaram por adquirir mais doses do que seria suficiente para vacinar toda sua população (SO; WOO, 2020), fazendo com que inevitavelmente países de alta renda tenham uma demora no acesso às doses necessárias para iniciar seus programas de vacinação de modo regular.

Em um cenário de possíveis mutações das cepas do vírus e a distribuição limitada e em extrema desigualdade das doses de vacina produzidas, o mundo submete-se em um risco contínuo de produção de mais variantes, as quais as vacinas



poderiam se mostrar menos eficazes e, por consequência, provocar mais ondas de contaminação e óbitos. Por conta disso, no início do ano de 2021, ocorreu um impulso de mais de oitenta países em desenvolvimento em uma tentativa de pedido de quebra de patentes sobre os direitos das vacinas contra a COVID-19, o que foi bloqueado pelos membros mais ricos da OMC (BLENKINSOP, 2021), priorizando-se, assim, a aferição de lucro dos laboratórios, bem como a aquisição das vacinas já aprovadas pelos critérios científicos para países de maior poder econômico.

Por outro lado, de acordo com Mahase (2021), em julho de 2021 foi notado o desperdício de milhares de doses de vacinas que excederam a demanda em países como Estados Unidos e Reino Unido, face a leis muito rígidas que impedem o recolhimento – impedindo sua redistribuição no exterior, bem como o fato de que muitas pessoas não se apresentaram para tomá-las. Somam-se a esses fatores situações como vencimento, inadequadas condições de armazenamento, dentre outras.

Ainda há o agravante sobre a imprecisão dos resultados nas espécies de vacinas, essencialmente por conta do surgimento das variantes do vírus que possui instabilidade em relação às suas mutações, além do fato de que muitos países de maior poder econômico estão começando a aplicação de mais doses de vacina em reforço adicional em parte de sua população como aos imunossuprimidos e aos idosos, o que foi criticado pela OMS, já que a maior parte da população mundial não recebeu nenhuma única dose (DEUTSCHE WELLE, 2021).

Uma das grandes preocupações é que, embora as vacinas reduzam a possibilidade de infecção e evolução da doença para quadros graves e especialmente óbitos, nenhuma vacina possui eficácia absoluta, sendo possível pessoas totalmente imunizadas contraírem o vírus, ainda que de forma assintomática, e o espalharem, o que faz com que agências de saúde do mundo inteiro recomendem que mesmo pessoas vacinadas continuem com as medidas preventivas tanto para evitar contaminação de pessoas vulneráveis quanto para evitar mutações (HUNZIKER, 2021).



Outras propostas de documentação para regulamentar o direito de ir e vir foram realizadas, tais como certidões negativas ou simplesmente “passaportes de saúde”, em que a pessoa demonstraria exame recente comprovando não estar com a infecção ou já possuir anticorpos adquiridos naturalmente ou por vacinação, limitando-se assim o impacto da pandemia na economia dos países e do mundo, essencialmente nos locais que dependem quase que exclusivamente do turismo (RAINSY, 2021).

Ocorre que questões éticas são objeto de destaque sobre a documentação enfocando na imunidade, sendo essas preocupações levantadas pelo Observatório Mundial de Direitos Humanos – Human Rights Watch (HRW), tais como a possibilidade de perda de empregos, preconceito ou mesmo provocar um incentivo para que pessoas se infectem intencionalmente na intenção de rapidamente tentar adquirir certificados de imunidade, além do risco de originar um mercado ilegal de certificados fraudulentos, agravando ainda mais as desigualdades já existentes de gênero, raça, etnia e nacionalidade, além de enfrentar questões de privacidade de dados, direitos mais básicos do ser humano. Seria como deixar pessoas sem anticorpos na condição de “cidadãos de segunda classe” (ROTH, 2020).

Conforme o entendimento de Lima, Buss e Sousa (2020),

A pandemia magnifica as tensões dilacerantes da organização social do nosso tempo: globalizada nas trocas econômicas, mas enfraquecida como projeto político global, interconectada digitalmente, porém impregnada de desinformação, à beira de colapso ambiental, mas predominantemente não sustentável, carente de ideais políticos, mas tão avessa à política e a projetos comuns. A pandemia nos coloca diante do espelho, que nos revela um mundo atravessado por muitas crises e carente de mudanças.

Em continuidade a esse raciocínio, desde o início da Pandemia, declarada no ano de 2020, observou-se uma mudança sem precedentes sobre a relação espaço e tempo no contexto das doenças infectocontagiosas, tanto em relação ao reconhecimento da vulnerabilidade em que o mundo já se encontrava em relação a doenças já conhecidas, como em relação a doenças novas. Assim,



a integração das economias em todo o planeta permitiu: um grande aumento de circulação de pessoas e de mercadorias; promoveu o uso intensivo e não sustentável dos recursos naturais; e acentuou mudanças sociais favoráveis ao contágio das doenças infecciosas, p.ex., adensamento populacional urbano, massiva mobilidade de populações nestes espaços, agregação de grandes contingentes de pessoas pobres, que por seu turno acabariam por ocupar habitações precárias com acesso limitado ao saneamento básico. Essas condições permitiram o desenvolvimento da “globalização da doença” (LIMA; BUSS; SOUSA, 2020).

Não bastasse todo esse contexto, o mundo observou um comportamento psicossocial escalado em proporções inimagináveis por conta das tecnologias, tanto para aproximar pessoas isoladas como para propagação de negacionismo; notícias falsas muitas vezes calcadas em misticismos e promessas científicas irrealizáveis gerando pânico coletivo e agravamento da saúde física e mental das pessoas em isolamento; a mercantilização das medidas sanitárias; mau gerenciamento das políticas públicas sobre os mecanismos de combate possíveis, não raras vezes tornando a vacina como meio de barganha política; dentre outras situações que inevitavelmente agravam todo o sofrimento das pessoas que já se veem em meio a incertezas e perdas não apenas econômicas como humanas.

Em meio a essa verdadeira crise sanitária e humanitária, grandes desafios éticos ainda estão sendo enfrentados, especialmente em relação às vacinas, tendo em vista o surgimento de novas variantes que burlam o sistema de imunização provocado pelas vacinas no indivíduo, o que ainda pode impedir a chamada “imunidade de rebanho”, já que pessoas vacinadas ainda podem contrair a doença, ainda que de modo assintomático e transmití-la para os que não possuem anticorpos. A tendência é tornar a doença, após contida, em um “problema endêmico” (GUENOT, 2021).



4 A FORMAÇÃO DE NOVAS BARREIRAS SANITÁRIAS OU A CRIAÇÃO DE IMMUNITY CARDS COM O USO DA TECNOLOGIA?

A exigência de comprovação oficial da tomada da vacina para ampliação ou restrição do direito de ir e vir de pessoas nacionais ou estrangeiras no período da pandemia constitui tema sensível no que tange à governança internacional, abrangendo não apenas direitos de liberdade, igualdade e a cooperação internacional humanitária, mas especialmente traz à baila duas grandes questões: a da determinação das marcas das vacinas admitidas para a garantia desses direitos; e o destino dos dados pessoais sensíveis coletados, quando da utilização das novas tecnologias.

Nesse sentido, vale a reflexão que terá fortes impactos na perspectiva do futuro após o controle da Pandemia, que culmina em dois pontos de análise: O primeiro ponto é o fato de que essa imposição poderá significar uma nova forma de barreira sanitária, a qual deverá ter um procedimento de abertura para o debate público, o que encontra obstáculos sobre a necessidade de veiculação de informações corretas e sem interferências político-ideológica, mas apenas científica.

O segundo ponto, de grande complexidade, é a visão de que um passaporte de vacinação utilizado a partir das tecnologias contemporâneas, muda de modo inédito a própria natureza desse mesmo documento em relação à épocas passadas, já que os dados de uma pessoa, quando inseridos no banco de dados da rede mundial de computadores através de qualquer plataforma ou sistema, a intimidade e a privacidade de um indivíduo estará totalmente vulnerável não apenas em relação a ataques e invasões, como também poderá ocorrer o mau vezo de seu uso, inclusive para fins discriminatórios.

Embora até o presente momento não tenha ocorrido nenhuma mudança no Regulamento Sanitário Internacional em relação à inclusão do vírus Sars-Cov-2 sobre a Certificação Internacional de Vacinação e outras Profilaxias, países e agências internacionais e organizações sem fins lucrativos – muitas de natureza privada – propuseram esquemas semelhantes, no sentido de condicionar (e padronizar esse



condicionamento) o deslocamento de pessoas não apenas entre países como dentro do próprio território nacional em relação a pessoas vacinadas contra a COVID-19.

Pode-se citar como exemplo dessas proposições de organizações e agências internacionais o Fórum Econômico Mundial com a The CommonPass Project (2020), a empresa de tecnologia IBM (IBM, 2020) e associações internacionais de viagens como a International Air Transport Association (IATA, 2021), que intensificaram o lobby para a oficialização desse tipo de documentação digital, com o argumento sedimentado sobre avanços promissores da vacinação, inserindo essas informações no Timatic – banco de dados de regulamento de Passaporte, Visto e saúde, usado por toda indústria da aviação. A International Air Transport Association afirma que os dados não são armazenados centralmente (IATA, 2012), sendo, portanto, de código aberto e consultável de modo amplo.

No início do ano de 2021, após a publicação dos desafios para a criação de um passaporte vacinal pelo Reino Unido, a European Computer Manufacturers Association – ECMA – associação internacional dedicada a criação de padrões de sistemas de informação, anunciou seu pedido para a participação na criação de padrões internacionais para a proteção contra fraudes, além da proteção de dados pessoais privados na ocasião de uma possível padronização nos certificados internacionais de vacinação – denominados genericamente de “passaportes de vacinação” (ECMA, 2021).

Em Israel, um dos primeiros países no mundo a anunciar rápidos progressos sobre o número de pessoas totalmente imunizadas através da aplicação de vacinas, foi empregado uma forma de documento emitido para indivíduos totalmente vacinados com os imunizantes aprovados pelo país para que possam ir a restaurantes, shows e viajar internacionalmente (THE KNESSET, 2021a).

O Parlamento de Israel – Knesset – aprovou ainda uma lei que permite às autoridades locais a compilar dados de cidadãos que se recusarem a se vacinar, incluindo nome, número do documento de identificação, endereços e telefone da pessoa, o que gerou muitos questionamentos, inclusive, acerca dos indivíduos que não podem tomar a vacina por recomendações médicas (DRAPKIN, 2021).



Além disso, em março de 2021, Knesset aprovou a utilização de pulseiras eletrônicas para observação da quarentena daqueles que vierem do exterior (TERCATIN, JEAN, 2021). Em setembro do mesmo ano, o Parlamento anunciou novas medidas para a utilização do Passaporte verde, válidas até o final do ano, dentro dos critérios estabelecidos pelo governo (THE KNESSET, 2021b).

Certamente trata-se de questão que envolve a governança dos Estados. Não obstante, embora os governos garantam a soberania no acesso de seus dados, ainda não se sabe ao certo a destinação dos dados coletados, e quais as garantias do que se pode ou não fazer com seu teor futuramente. Entidades privadas desenvolvem conceitos de certificações vacinais internacionais digitais (passaporte digital de vacina). Portanto, reflexões sobre políticas públicas são extremamente necessárias não apenas sobre o controle de fronteiras e exigências no cenário pós COVID 19, mas sobre os critérios e pontos éticos que devem ser respeitados.

Preocupando-se com a neutralidade do uso dos *softwares* sobre o Certificado de Vacinação Inteligente Digital, a OMS, juntamente com a UNICEF e a Comissão Europeia, através de um grupo de trabalho multisetorial, miram no estabelecimento de especificações-chave, normas e estruturas de maior confiança para facilitar a implementação de soluções eficazes e interoperáveis que suportem a entrega e monitoramento de vacinas contra o Sars-Cov-2, podendo ser aplicada futuramente com outras vacinas, de modo a vincular sistemas digitais nacionais e transnacionais, para então atualizar assim o Regulamento Internacional de Saúde, culminando em 27 de agosto de 2021 em um guia de técnicas de orientação e implementação desses documentos digitais sobre a COVID-19, tendo como um dos requisitos a anotação da marca da vacina a ser aplicada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021a, p. 80).

Mas existem muitos questionamentos a serem respondidos, essencialmente em face ao desequilíbrio na distribuição das vacinas no mundo, ainda mais em países com menor índice de desenvolvimento humano e menor poder econômico, com a possibilidade de ocorrerem desigualdades, essencialmente sobre liberdade de ir e vir de forma desigual.



Em fevereiro de 2020, o Ministério das Relações Exteriores da China começou a utilizar aplicativos e uma variedade de plataformas com códigos de saúde digitais, por meio de QR Codes digitalizáveis exibindo sistema de cores semafórico para a utilização de transporte público, lojas, restaurantes e shoppings. A versão chinesa do “International Travel Health Certificate” como foi denominada pelo ministério, foi lançada oficialmente em abril de 2021 em parceria com o AliPay e WeChat (SHENG, 2021; CHINA CONSULAR AFFAIRES, 2021).

Destaque-se que, inicialmente, a China havia estabelecido apenas passagem para vacinados com imunizantes fabricados em seu país, gerando críticas e reações internacionais (DOU, 2021). Apenas em abril de 2021 o governo aceitou registros de recebimentos das vacinas Pfizer, Moderna e Johnson & Johnson. Desde o início da implementação desses dispositivos, há discussões sobre a potencial coleta de dados invasivos e seu uso para fins não relacionados ao monitoramento exclusivo da saúde (DAVDISON, 2020).

Na União Europeia, o chamado Certificate COVID EU - (EUDCC) - também chamado de Passaporte verde entrou em vigor em julho de 2021, com a finalidade de facilitar viagens em todos os seus Estados-membros, tendo sido gerados até agosto de 2021, mais de 200 milhões desses documentos de forma física ou digital, no idioma de origem do requerente e no idioma inglês. Esse documento será válido até junho de 2022, permitindo a locomoção de europeus para o trabalho ou turismo independentemente de quarentena, sendo um documento voluntário e não substituindo a tradicional documentação obrigatória para viagens. (COVID PASSPORT, 2021).

Esse certificado é compatível e interoperável com outros já aplicados em alguns países membros, indicando se a pessoa foi vacinada, se recebeu um teste negativo recentemente ou está recuperada há menos de seis meses de sua contaminação pelo Sar-Cov-2. Os dados são disponibilizados em um QR Code assinado digitalmente, não sendo criptografados, portanto, sendo de fonte aberta. As chaves são armazenadas pelos países emissores, e as chaves públicas armazenadas no Gateway da União Europeia (EUROPEAN COMMISSION, 2021a), atribuindo poder



a cada país direcionar suas restrições sobre lotações e espaços abertos ou fechados, privados ou públicos.

Além dos dados pessoais do viajante, também deverá haver a anotação do tipo de vacina, do número de doses administradas, data de validade, dentre outros dados. Destaca-se que os Estados europeus apenas poderão aceitar os certificados de vacinas aprovadas pela Agência Europeia de Medicamentos – EMA, podendo (a critério de cada país) aceitar ainda vacinas aprovadas pela autoridade nacional ou pela OMS (EUROPEAN COMMISSION, 2021b)

Na Suíça, o certificado deve ser explicitamente solicitado para cumprir a lei de proteção de dados. Da mesma forma, a vacina tomada pelo requerente deverá ser aprovada em território suíço, existindo um aplicativo opcional apenas para alguns dispositivos em sistemas operacionais de *smartphones*, sendo válido unicamente nesse país. A documentação deve ser checada, não apenas em relação à validade dos dados, sendo que os certificados podem ser revogados, mas problemas também podem ocorrer em relação à erro ou modificação de nomes, ocasião em que deverá ocorrer atualização nos dados e um novo certificado necessitará ser requisitado (SCHWEIZERISCHE EIDGENOSSENSCHAFT, 2021).

Em solo americano, nos Estados Unidos, não há ainda uma certificação digital uniforme para controle de vacinação contra o Sars-Cov-2 para viajantes internacionais. Os americanos, quando vacinados, recebem o respectivo Cartão de Vacinação do CDC – Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos – na sua forma física e na sua grande maioria sem um QRCode ou assinatura digital, o que facilita fraudes e falsificações, já que cada Estado-membro dos Estados Unidos da América pode utilizar o cartão de vacinação para adotar ou recusar o uso de um passaporte de vacinas (ELLIOTT, 2021), o que pode aumentar ou diminuir o grau de interoperabilidade entre os dados fornecidos entre Estados e companhias de transporte.

Alguns Estados-membro dos Estados Unidos da América, como Arizona, Montana, Idaho, Texas, Flórida e Utah proibiram o uso de passaportes de imunidade em relação ao Sars-Cov-2. O governo americano, tanto em relação aos republicanos



como o próprio governo de Joe Biden já se pronunciaram contra um passaporte de vacina patrocinado ou promovido de modo uniforme à todos os Estados-membros (POTERFIELD, 2021).

Em julho de 2021 o Japão iniciou a emissão gratuita de passaportes de vacinas para pessoas que foram totalmente inoculadas contra o COVID-19, permitindo que eles viajem internacionalmente para determinados países sem a necessidade de longas quarentenas. Não obstante, ficará a critério do país de destino decidir validade e outros requisitos suplementares (OSUMI, 2021b).

Além de constituir um dos passaportes mais fortes do mundo, hoje a certificação japonesa, apesar de ser uma versão física, contendo dados gerais sobre o indivíduo, bem como o local de aplicação, a data da vacina tomada e seu fabricante, tem entrada facilitada em países como Alemanha, Honduras, dentre outros (OSUMI, 2021a). O Japão ainda se encontra em negociação com outros países como China e Estados Unidos para aceitação desse passaporte (OSUMI, 2021b).

Embora tenha elaborado um manual de implementação de um modelo padrão para a Certificação digital de vacinas, a OMS ainda desaconselha o uso de passaportes de vacina para a COVID-19 de forma obrigatórios para efeito de condicionamento de viagens internacionais para entrada ou saída dos países, salientando as questões de ética e eficácia (NEBEHAY, 2021).

Logo no início do ano de 2021, a Royal Society publicou um relatório em parceria com a Universidade de Oxford versando sobre os 12 maiores desafios para a implementação dos passaportes de vacinas, dentre implicações não apenas de viabilidade ou sobre a ciência aplicada sobre as vacinas, como também esbarrando em questões de estabilidade, além de éticas e normativas que necessitam ser amplamente debatidas e aprofundadas para que não possa ocorrer discriminações ou exacerbação de desigualdades já existentes, bem como não ocorra mau uso dos dados pessoais coletados (THE ROYAL SOCIETY, 2021).

Os certificados de vacinas emitidos digitalmente possuem pontos de fortes questionamentos, essencialmente acerca das questões de segurança e privacidade de dados – que não são de propriedade do governo, acesso desigual e aceitação



inconsistente de diferentes tipos de vacinas. Portanto, envolve questões mais sensíveis dos direitos humanos.

É importante destacar alguns pontos essenciais. Nem todas as pessoas estão aptas a tomar vacina, por uma condição temporária ou permanente, o que poderia impedir a emissão de um Certificado de Vacinação e imunidade, gerando injustiça e conseqüentemente discriminação. Além disso, há de se refletir juridicamente sobre os limites de atuação do legislativo ou executivo sobre o tema, face às possíveis restrições de direitos constitucionais. As incertezas devem sempre ser colocadas à prova, sempre tendo-se em vista grupos vulneráveis (GREELY, 2021).

Até o presente momento, exemplificativamente, apenas as vacinas Comirnaty (Pfizer/BioNTech); Moderna; Vaxzervria (AstraZeneca) e Janssen (Johnson & Johnson) estão autorizadas pela União Europeia, sendo as únicas aceitas em todos os seus países membros (COVID PASSPORT, 2021). Outras marcas poderão ser aceitas a critério de cada país, respeitando-se assim a soberania, não obstante um cidadão de um determinado Estado-nação da Europa possa ser limitado em sua liberdade de locomoção, acaso seja imunizado com uma vacina de marca não autorizada por outro país.

Deve-se tomar cuidado com diversas hipóteses sobre a possibilidade de adoção de um passaporte imunitário baseado na vacinação, especialmente quando o mesmo possa exigir como condicionante determinada marca ou fabricante, não tendo como critério bases científicas. Muito pelo contrário, todas possuem bases e fases científicas a serem cumpridas e demonstradas acerca de sua eficácia e eficiência.

O cuidado é devido uma vez que causará acentuação dos contrastes sociais, o que de certa forma já foi evidenciado dentro da crise humanitária gerada com a Pandemia do Sars-Cov-2: As pessoas que possuem o privilégio de acesso às vacinas terão rápido retorno às atividades que desenvolviam normalmente em tempos anteriores, enquanto pessoas de baixa renda acentuarão o nível de pobreza, uma vez não podendo retornar o mais rápido quanto possível às atividades, essencialmente as laborais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021b).



Além disso, cresce o índice de adoecimento físico e mental por conta do isolamento prolongado, sonhos que mais do que adiados, tiveram de ser simplesmente esquecidos, tudo isso também envolve a questão da saúde pública e está diretamente relacionado com os escopos dos tratados internacionais onusianos, em especial sobre os direitos de liberdade, o direito de ir e vir.

Os direitos humanos, constantemente reconstruídos em decorrência da atualização das necessidades humanas, embasam-se na ideia kantiana de dignidade, essencialmente na essência do “direito a ter direitos”. Nesse sentido, “a ‘humanidade’ assumiu de fato um papel antes atribuído à natureza ou à história, significaria nesse contexto que o direito a ter direitos, ou o direito de cada indivíduo de pertencer à humanidade, deveria ser garantido pela própria humanidade” (ARENDR, 1989, p. 332).

Isso significa que muito além de uma barreira sanitária ou imposição de um passaporte humanitário, deve-se ter em vista a finalidade das restrições, jamais podendo ter como base qualquer interesse particular sobrepondo-se ao interesse público. Nesse sentido, faz-se necessário repensar a questão política sobre as barreiras sanitárias impostas sob os critérios de vacinação, não esvaziando-se sua importância, mas sim repensando seu fundamento que deve ser de caráter científico, para proteção de fato da humanidade.

Toma-se, à guisa de conclusão, a crítica de Arendt, de que um dos problemas mais graves da política é quando a mesma é atrelada à partidos os quais não raros estão atrelados a fortes “interesses particulares econômicos ou de outra natureza”, o que se pode observar durante a Segunda Guerra Mundial, quando os partidos se demonstraram facilmente manipuláveis, postos na condição de colaboradores de governantes em seus interesses particulares (cf ARENDR, 1989, p. 296)

Portanto, refletir sobre o sistema internacional de direitos humanos dentro do contexto da Pandemia da COVID-19 é necessariamente trazer à lume velhas questões, como o necessário desatrelamento político das barreiras sanitárias, tornando-o de fato humanitário, bem como novas questões sensíveis, como o futuro



do uso dos dados pessoais coletados, de modo a garantir os direitos plenos de liberdade, igualdade e a dignidade da pessoa humana.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro do sistema internacional de direitos humanos, pode-se considerar a legalidade e legitimidade das barreiras sanitárias, justificadas pela necessidade de contenção do alastramento de doenças que possam comprometer a vida e saúde não apenas de indivíduos, como de populações locais, regionais ou globais, como ocorreu a partir do ano de 2020, com o surgimento do Sars-Cov-2, causador da doença denominada COVID-19.

Ainda que justificadas mais pelo valor econômico do que pelo valor humano, a governança dos Estados deverá primar pela realização da finalidade dos Tratados Internacionais de Direitos Humanos, que é a proteção integral e dignidade da pessoa humana.

As formas de controle e vigilância via novas tecnologias, como plataformas, aplicativos e pulseiras eletrônicas, nesse sentido, devem ser revistas, uma vez que os dados pessoais sensíveis coletados, uma vez disponibilizados na rede mundial de computadores, não apenas poderá deixar um ponto de vulnerabilidade que não existia anteriormente com a documentação física, o que deve ser sopesado em relação à mitigação dos riscos de fraude, mas também o risco de vazamento dos dados pessoais do indivíduo, especialmente sobre destino e uso dos dados de seus titulares para fins discriminatórios futuros, violando assim direitos humanos basilares.

Ademais, a desigualdade na implementação de medidas de segurança sanitária frente a diversidade das marcas de vacinas que surgiram após a corrida para a descoberta de uma cura ou prevenção e a insegurança de informações científicas sobre o Sars-Cov-2 faz com que se instale uma forte crise humanitária em escala global, onde países de maior poder econômico voltam à normalidade em menor tempo, uma vez que adquiriram vacinas suficientes para toda sua população antes



mesmo da entrega dos primeiros lotes dos laboratórios, enquanto países de menor poder econômico, com maiores perdas materiais e humanas devem aguardar ainda mais de forma desprotegida, o que pode potencializar inclusive o surgimento de mutações e novas variantes com maior capacidade de contágio ou infecção.

Ademais, pessoas são impedidas de adentrar em outros países pelo critério da marca do laboratório, frustrando-se direitos como saúde, lazer, educação e outros direitos humanos daqueles que, não tendo escolha sobre a marca da vacina, tiveram de ser imunizados com as marcas as quais não foram aprovadas no local de destino.

Deve-se, portanto, reconstruir o resgate ao humanismo ou mesmo um novo humanismo fundado na solidariedade, no cosmopolitismo e na governação global como via possível de convivência e mesmo sobrevivência planetária. O agravamento das crises humanitária em tempos pandêmicos não devem ser subjugados por políticas unilaterais em contrassenso aos constructos normativos humanistas.

Esse humanismo deverá ser necessariamente pensado como algo que deve necessariamente se sobrepôr a interesses meramente privados e sobre os avanços tecnológicos. Nada deverá justificar a aniquilação permanente de direitos, não se podendo confundir com as barreiras sanitárias que são razoáveis e proporcionais limitações por período de tempo até cessar o risco contra a vida e saúde da população.

Os passaportes de saúde ou de vacinação devem resultar do consenso dentre os Estados, e essa conformação advinda do consenso, em especial calcado nos tratados internacionais, deve observar inevitavelmente o legado onusiano.

A soberania dos Estados encontra a moldura do Direito Internacional, de modo a permitir a liberdade de circulação dentro das garantias coletivas sanitárias dentro dos limites estabelecidos pela ciência em prol da plena existência humana, jamais por critérios pautados por elementos econômicos e mercadológicos que reflitam interesses particulares.

O futuro depende dessa reflexão, não apenas em relação a eventuais surtos, endemias, epidemias ou pandemias futuras, como em relação ao uso da tecnologia totalmente atrelada aos direitos de personalidade do ser humano, bases fundamentais do Sistema Internacional de Direitos Humanos.



REFERÊNCIAS

AKINOLA, Boade. **Fg phases out old yellow card, replaces with new electronic version.** Abuja: BH4A Federal Ministry of Health and Agencies, 2019. Disponível em: [FG phases out old yellow card, replaces with new electronic version - BH4A](#) Acesso em set. 2021.

ARENDT, Hannah. **Origens do Totalitarismo: Antissemitismo, Imperialismo, Totalitarismo.** Trad. Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

BLENKINSOP. Philip. **Rich, developing nations wrangle over COVID vaccine patents.** Genebra: Reuters, 2021. Acesso em: [Rich, developing nations wrangle over COVID vaccine patents | Reuters](#) Acesso em set. 2021.

BRASIL. **Decreto no 592, de 6 de julho de 1992. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos.** Brasília: Presidência da República, 1992a. D.O.U 07/07/1992 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm Acesso em set. 2021.

BRASIL. **Decreto no 678, de 6 de novembro de 1992.** Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Brasília: Presidência da República, 1992b. D.O.U. 09/11/1992. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0678.htm Acesso em set. 2021.

BRASIL. **O que é vacinação?** Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.minsaude.gov.br/index.php/documentosite/outros-documentos/kit-informativo-da-semana-africana-de-vacinacao/192-o-que-e-a-vacinacao/file#:~:text=As%20vacinas%20s%C3%A3o%20subst%C3%A2ncias%20biol%C3%B3gicas,sua%20potencia%20de%20provocar%20doen%C3%A7a.> Acesso em set. 2021.

CASH, Richard; NARASIMHAN, Vasant. Obstacles à la surveillance mondiale des maladies infectieuses: conséquences de la notification publique dans une économie mondialisée / Richard A. Cash et Vasant Narasimhan. **Bulletin de l' Organisation mondiale de la santé: la revue internationale de santé publique**, 2001; v. 4, 189-198. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/74854/RA_2001_4_189-198_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em set. 2021.

CDC. **Introduction to epidemiology.** Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2012. Disponível em: <https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html> Acesso em set. 2021.



CDC. **Understanding Viral Vector COVID-19 Vaccines**. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2021. Disponível em: [Understanding Viral Vector COVID-19 Vaccines | CDC](#) Acesso em set. 2021.

CHARLEAUX, João Paulo. **A desigualdade entre países ricos e pobres no acesso à vacina**. São Paulo: Nexo, 2021. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/01/22/A-desigualdade-entre-pa%C3%ADses-ricos-e-pobres-no-acesso-%C3%A0-vacina> Acesso em set. 2021.

CHINA CONSULAR AFFAIRES. **好消息！中国版“国际旅行健康证明”正式上线**. Pequim: China Consular Affaires, 2021. Disponível em: [boas notícias! a versão chinesa do "international travel health certificate" é lançada oficialmente \(mfa.gov.cn\)](#) Acesso em set. 2021.

COLUMBIA UNIVERSITY. **Epidemic, Endemic, Pandemic: What are the Differences?** New York: Public Health Now, 2021. Disponível em: <https://www.publichealth.columbia.edu/public-health-now/news/epidemic-endemic-pandemic-what-are-differences> Acesso em set. 2021.

CORUM, Jonathan; ZIMMER, Carl. **How the Sinovac vaccine works**. New York: The New York Times, 2021. Disponível em: [How the Sinovac Covid-19 Vaccine Works - The New York Times \(nytimes.com\)](#) Acesso em set. 2021.

COVID PASSPORT. **EU Digital COVID Certificate, the health pass for Europe**, 2021. Disponível em: [EU Digital COVID Certificate, the vaccine passport for Europe \(covidpasscertificate.com\)](#) Acesso em set. 2021.

COVID 19 VACCINE TRACKER. **Approved vaccines**. Quebec: MI4 McGill – Faculty of Medicine and Health Sciences, 2021. Disponível em: [MI4 - McGill University](#) Acesso em set. 2021.

DAVIDSON, Helen. **China's coronavirus health code apps raise concerns over privacy**. London: The Guardian, 2020. Disponível em: [China's coronavirus health code apps raise concerns over privacy | China | The Guardian](#) Acesso em set. 2021.

DEUTSCHE WELLE. **WHO blasts COVID booster push for wealthy as world's poor go unvaccinated**. Bonn: Deutsche Welle News, 2021. Disponível em: [WHO blasts COVID booster push for wealthy as world's poor go unvaccinated | News | DW | 18.08.2021](#) Acesso em set. 2021.

DOU, Eva. **China to recognize Western shots for its vaccine passports, as it seeks to reopen**. Washington D.C.: The Washington Post, 2021. Disponível em: [China to recognize Pfizer, Moderna, J&J coronavirus vaccines in travel health code applications - The Washington Post](#) Acesso em set. 2021.



DRAPKIN, Aaron. **Israel's vaccine passport scheme 'is no golden ticket'**. London: Politics.co.uk, 2021. Disponível em: [Israel's vaccine passport scheme 'is no golden ticket' - Politics.co.uk](https://www.politics.co.uk/news/israel-vaccine-passport-scheme-is-no-golden-ticket) Acesso em set. 2021.

ECMA. **Call for participation on vaccine passport international standardization**. Genebra: European Computer Manufacturers Association, 2021. Disponível em: [Call for participation on vaccine passport international standardization - Ecma International \(ecma-international.org\)](https://www.ecma-international.org/press-releases/2021/09/21-09-2021) Acesso em 2021.

ELLIOTT, Christopher. **Vaccine passports: How to prove you've gotten your COVID-19 shots for travel and avoid scams**. Sacramento: USA Today, 2021. Disponível em: [Vaccine passport: How to prove you got a COVID-19 shot for travel \(usatoday.com\)](https://www.usatoday.com/story/news/health/2021/09/15/vaccine-passports-how-to-prove-you-got-a-covid-19-shot-for-travel/7711170002/) Acesso em set. 2021.

EUROPEAN COMMISSION. **E-Health Network: Guidelines on Technical Specifications for Digital Green Certificates**. 3 v. Brussels: e-Health Network, 2021a. Disponível em: [digital-green-certificates v3 en.pdf \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/digital-green-certificates/v3_en.pdf) Acesso em set. 2021.

EUROPEAN COMMISSION. **Questions and Answers – EU Digital COVID Certificate**. Brussels: European Commission, 2021b. Disponível em: [Questions and Answers – EU Digital COVID Certificate \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/digital-green-certificates/en/faq) Acesso em set. 2021.

EUROPEAN MEDICINE AGENCY. **COVID-19 Vaccine AstraZeneca: PRAC investigating cases of thromboembolic events - vaccine's benefits currently still outweigh risks – Update**. Amsterdam: European Medicine Agency, 2021. Disponível em: <https://www.ema.europa.eu/en/news/covid-19-vaccine-astrazeneca-prac-investigating-cases-thromboembolic-events-vaccines-benefits> Acesso em set. 2021.

GREELY, Henry T. **COVID-19 immunity certificates: science, ethics, policy, and law**. Durham: Journal of Law and the Biosciences, 2021. Disponível em: [Isaa035.pdf \(silverchair.com\)](https://www.silverchair.com/jlb/article/doi/10.1002/law.1403) Acesso em set. 2021

GUENOT, Marianne. **AstraZeneca Scientist Says Delta Variant Makes Herd Immunity Impossible. Here's Why**. Sheridan: Science Alert, 2021. Disponível em: [AstraZeneca Scientist Says Delta Variant Makes Herd Immunity Impossible. Here's Why \(sciencealert.com\)](https://www.sciencealert.com/astrazeneca-scientist-says-delta-variant-makes-herd-immunity-impossible-heres-why) Acesso em set. 2021.

GUERRA, Sidney. **O Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos e o Controle de Convencionalidade**. São Paulo, Atlas, 2013.

HUNZIKER, Patrick. **Personalized-dose COVID-19 vaccination in a wave of virus Variants of Concern: Trading individual efficacy for societal benefit**. Massachusetts: Precision Nanomedicine, 2021. Disponível em: [Dose personalizada vacinação Covid-19 em uma onda de vírus Variantes de Preocupação: Negociação](https://www.precision-nanomedicine.com/2021/09/15/dose-personalizada-vaca%C3%A7%C3%A3o-Covid-19-em-uma-onda-de-v%C3%ADrus-Variantes-de-Preocupa%C3%A7%C3%A3o-Negocia%C3%A7%C3%A3o)



[de eficácia individual para benefício social | Publicado em Precision Nanomedicine](#)
Acesso em set. 2021.

IATA. **Timatic**. Montreal: International Association of Travel Agents Network, 2012. Disponível em: [Timatic \(archive.org\)](#). Acesso em set. 2021.

IATA. **IATA Travel Pass Initiative**. Montreal: International Association of Travel Agents Network, 2021. Disponível em: [IATA - Travel Pass Initiative](#) Acesso em set. 2021.

IBM. **IBM Digital Health Pass**. New York: IBM, 2020. Disponível em: [do Passe De Saúde Digital IBM](#) Acesso em set. 2021.

KATELLA, Kathy. **Comparing the COVID-19 Vaccines: How Are They Different?** New Haven: Yale Medicine, 2021. Disponível em: <https://www.yalemedicine.org/news/covid-19-vaccine-comparison> Acesso em set. 2021.

KRAMMER, Florian. **SARS-CoV-2 vaccines in development**. London: Nature, 586, 2020 Disponível em: [SARS-CoV-2 vaccines in development | Nature](#) Acesso em set. 2021.

LIMA, Nísia Trindade; BUSS, Paulo Marchiori; SOUSA, Rômulo Paes. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1116/a-pandemia-de-covid-19-uma-crise-sanitaria-e-humanitaria> Acesso em set. 2021.

LIMA, Rodrigo Carvalho de Abreu. **Medidas Sanitárias e Fitossanitárias na OMC: Neoprotecionismo ou defesa de objetivos legítimos**. São Paulo: Aduaneiras, 2005.

MAHASE, Elisabeth. **Covid-19: Countries dump vaccines as demand slumps and sharing proves difficult**. London: The British Medical Journal, 2021. Disponível em: [Covid-19: Countries dump vaccines as demand slumps and sharing proves difficult | The BMJ](#) Acesso em set. 2021.

MIRANDA, Sílvia Helena Galvão de; et al. Normas sanitárias e fitossanitárias: proteção ou protecionismo. **Informações Econômicas**, São Paulo, v.34, n.2, fev. 2004. Disponível em: <http://www.iea.sp.gov.br/OUT/publicacoes/pdf/tec3-0204.pdf> Acesso em set. 2021.

MONDIELLI, Eric. Breves Considerações Sobre As Especificidades Das Normas Sanitárias Internacionais De Forma Geral E Em Particular Do Regulamento Sanitário Internacional. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v.8, n. 1, mar/jun 2007, p.118-150. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80044/83943> Acesso em set. 2021.



MOURA, Júlia. **Executivos da Pfizer vendem ações da empresa no dia em que eficácia da vacina foi divulgada.** São Paulo: Folha de São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/11/executivos-da-pfizer-vendem-acoes-da-empresa-no-dia-em-que-eficacia-da-vacina-foi-divulgada.shtml> Acesso em set. 2021.

NEBEHAY, Stephanie. **WHO does not back vaccination passports for now – spokeswoman.** Geneva: Reuters, 2021. Disponível em: [WHO does not back vaccination passports for now - spokeswoman | Reuters](#) Acesso em set. 2021

NINOMYIA, Vitor Yukio. **Vacinação covid-19: Coronavac e AstraZeneca/Oxford.** Belo Horizonte: Blog Coronavírus – Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, 2021. Disponível em: <https://coronavirus.saude.mg.gov.br/blog/229-vacinacao-coronavac-astrazeneca-oxford> Acesso em set. 2021.

OMC. **Acordo Relativo à aplicação de Medidas Sanitárias e Fitosanitárias.** Genebra: Organização Mundial de Comércio, 1994. Disponível em: http://siscomex.gov.br/wp-content/uploads/2021/05/OMC_Acordo_Sanitaria_Fitossanitaria.pdf Acesso em set. 2021.

ONU. **International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.** Genebra: United Nations, 1966. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx>, Acesso em 2021.

ONU. **CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health.** Genebra: United Nations, 2000. Disponível em: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf> Acesso em set. 2021.

OPAS. **OMS inclui mais duas vacinas contra COVID-19 em sua lista de uso emergencial e aprova sua implantação por meio do mecanismo COVAX.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2021. Disponível em: [OMS inclui mais duas vacinas contra COVID-19 em sua lista de uso emergencial e aprova sua implantação por meio do mecanismo COVAX - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde \(paho.org\)](#) Acesso em set. 2021.

OSAC. **Nigeria's e-Yellow Card Rollout.** Washington D.C.: U.S. Department of State, 2019. Disponível em: [OSAC Nigeria eYellow Card Rollout.pdf \(prd-medweb-cdn.s3.amazonaws.com\)](#) Acesso em set. 2021.

OSUMI, Magdalena. **Germany and Hong Kong now recognize Japan's vaccine passports.** Tokyo: The Japan Times, 2021a. Disponível em: [Germany and Hong Kong now recognize Japan's vaccine passports | The Japan Times](#) Acesso em set. 2021.



OSUMI, Magdalena. **Japan's vaccine passports: Here's what you need to know.** Tokyo: The Japan Times, 2021b. Disponível em: [Japan's vaccine passports: Here's what you need to know | The Japan Times](#) Acesso em set. 2021.

POTERFIELD, Carlie. **Arizona Becomes Sixth State To Ban Coronavirus Vaccine Passports.** New York: Forbes, 2021. Disponível em: [Arizona Becomes Sixth State To Ban Coronavirus Vaccine Passports — See The Full List Here \(forbes.com\)](#) Acesso em set. 2021.

RAINSY, Sam. **Covid-19 recoveries: From immunity passport to health pass.** Brussels: The Brussels Times, 2021. Disponível em: [Opinion | Covid-19 recoveries: From immunity passport to health pass \(brusselstimes.com\)](#) Acesso em set. 2021.

ROMERO, Arturo; TRONCOSO, Maria del C. **La vigilancia epidemiológica: significado e implicaciones en la práctica y en la docência.** Santiago: Cuadernos de Medicina Sociale, v. 17, 1981. Disponível em: <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/02/Cuadernos-Medico-Sociales-17.pdf> Acesso em set. 2021.

ROTH, Kenneth. **Should People Without Coronavirus Antibodies Be Second-Class Citizens?** New York: Human Rights Watch, 2020. Disponível em: [Should People Without Coronavirus Antibodies Be Second-Class Citizens? | Human Rights Watch \(hrw.org\)](#) Acesso em set. 2021.

SARMENTO, George; FREITAS, Janaína Helena de. A convenção americana de direitos humanos e o direito à livre circulação de pessoas: desafios e perspectivas. **Revista Jurídica FURB**, v. 22, nº. 47, p. 29-54, jan./jun. 2018.

SHENG, Wei. **China is traveling with a digital vaccine passport.** Pequim: Technode, 2021. Disponível em: [China is traveling with a digital vaccine passport - TechNode](#) Acesso em set. 2021.

SO, Anthony D; WOO, Joshua. **Reserving coronavirus disease 2019 vaccines for global access: cross sectional analysis.** London: The British Medical Journal, 2020. Disponível em: [Reserving coronavirus disease 2019 vaccines for global access: cross sectional analysis | The BMJ](#) Acesso em set. 2021.

SCHWEIZERISCHE EIDGENOSSENSCHAFT. **Coronavirus: COVID certificate.** Berna: Federal Office of Public Health, 2021. Disponível em: [COVID certificate \(admin.ch\)](#) Acesso em set. 2021.

TERCATIN, Rossela; JEAN, Celia. **Coronavirus: Knesset okays electronic bracelet for returnees from abroad.** Jerusalem: The Jerusalem Post, 2021. Disponível em: [Coronavirus: Knesset okays electronic bracelet for returnees from abroad - The Jerusalem Post \(jpost.com\)](#) Acesso em set. 2021.



THE COMMONPASS PROJECT. **CommonPass**. New York: RockFeller Foundation, 2020. Disponível em: [CommonPass — The Commons Project](#) Acesso em set. 2021.

THE KNESSET. **Health Minister Edelstein: Other countries very enthusiastic about the idea of a “green passport” for those who get vaccinated**. Jerusalem: Knesset News, 2021. Disponível em: [Health Minister Edelstein: Other countries very enthusiastic about the idea of a “green passport” for those who get vaccinated \(knesset.gov.il\)](#) Acesso em set. 2021a.

THE KNESSET. **Labor, Welfare and Health Committee eases quarantine requirement for vaccinated and recovering individuals returning to Israel**. Jerusalem: Knesset News, 2021. Disponível em: [Labor, Welfare and Health Committee eases quarantine requirement for vaccinated and recovering individuals returning to Israel \(knesset.gov.il\)](#) Acesso em set. 2021b.

THE ROYAL SOCIETY. **12 challenges for vaccine passports**. London: The Royal Society, 2021. Disponível em: [About us | History of the Royal Society | Royal Society](#) Acesso em set. 2021.

TRIPATHI, Dharendra. **BioNTech e Pfizer caem após estudo indicar perda de eficácia das vacinas**. São Paulo: Investing.com, 2021. Disponível em: <https://br.investing.com/news/stock-market-news/biontech-e-pfizer-caem-apos-estudo-indicar-perda-de-eficacia-das-vacinas-889478> Acesso em set. 2021.

UNITED STATES. **International Sanitary Convention of 1944**. Washington: Department States, 1945. Disponível em: [International Sanitary Convention of 1944, Modifying Convention of June 21 ... - Google Livros](#) Acesso em set 2021.

WALDMAN, Eliseu Alves. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. **Informe epidemiológico do SUS**. v. 7, n 3. Brasília, set. 1998. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=en Acesso em set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of World Health Organization**. New York: International Health Conference, 1946. Disponível em: [who constitution en.pdf](#). Acesso em set 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Regulation n 2: International Sanitary Regulations**. Genebra: United Nations, 1951. Disponível em: [WHA4_60_eng.pdf \(who.int\)](#) Acesso em set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Health Regulation**. Genebra: United Nations, 1969. Disponível em: [Microsoft Word - IHR1969Pub.doc \(who.int\)](#). Acesso em set. 2021.



WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Health Regulations (2005)**. 3 ed. Genebra: World Health Organization, 2005. Disponível em: [International Health Regulations \(2005\) Third Edition \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789289103146). Acesso em set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Digital documentation of COVID-19 certificates: vaccination status: technical specifications and implementation guidance, 27 August 2021**. Genebra: World Health Organization, 2021a. Disponível em: [Digital documentation of COVID-19 certificates: vaccination status: technical specifications and implementation guidance, 27 August 2021 \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789289103146) Acesso em set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Interim position paper: considerations regarding proof of COVID-19 vaccination for international travellers**. Genebra: World Health Organization, 2021b. Disponível em: [Interim position paper: considerations regarding proof of COVID-19 vaccination for international travellers \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789289103146) Acesso em set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Vaccine efficacy, effectiveness and protection. Genebra: World Health Organization, 2021c. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/vaccine-efficacy-effectiveness-and-protection> Acesso em set. 2021.

YONG, Chean Yeah et al. **Recent Advances in the Vaccine Development Against Middle East Respiratory Syndrome-Coronavirus**. Lausanne: Frontiers of Microbiology, 2019. Disponível em: [Frontiers | Recent Advances in the Vaccine Development Against Middle East Respiratory Syndrome-Coronavirus | Microbiology \(frontiersin.org\)](https://www.frontiersin.org/journal/10.3389/fmicb.2019.01611/full) Acesso em set. 2021.

