

# VULNERABILIDADE DAS MULHERES GRÁVIDAS EM COMUNIDADES ÉTNICO-CULTURAIS DA GUINÉ-BISSAU: A CONTRIBUIÇÃO DA BIOÉTICA PRINCIPALISTA NA PROTEÇÃO À SAÚDE

*Justo José de Pina<sup>1</sup>*

*Laura Cecília Fagundes dos Santos Braz<sup>2</sup>*

Submetido em: 30/11/2024

Aceito em: 10/12/2024

**Resumo:** O presente artigo foi elaborado em cumprimento das atividades curriculares do programa de pós-graduação em Direito na Universidade Católica do Salvador. O seu conteúdo é essencialmente composto de descrição da situação das mulheres grávidas das comunidades étnico-culturais da Guiné-Bissau e como a Bioética Principlista pode contribuir de forma a minimizar a vulnerabilidade destas mulheres.

**Palavras-chave:** Guiné-Bissau. Comunidades étnico-culturais. Mulheres grávidas. Bioética principlista.

## 1. INTRODUÇÃO:

A Guiné-Bissau, é um país africano que se situa na costa ocidental da África. Embora com condições favoráveis ao seu desenvolvimento até então padece de subdesenvolvimento. Este fenómeno afeta todos os setores em especial a de saúde.

O sistema de saúde nacional que inclui a pública, privada e tradicional, conforme os dados do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário recente, parece atingir os resultados satisfatórios, mas quando confrontado com outras realidades vê-se que falta muito a fazer no setor de saúde.

A preocupação para com a saúde é um dever fundamental do governo e de todos os cidadãos guineense, pois o bem saúde é assumido pela Carta Magna do nosso país.

Na defesa a saúde pública não se deve esquecer a situação das mulheres grávidas das comunidades étnico-culturais da Guiné-Bissau, fato que o sistema nacional de saúde vem omitindo anos após anos.

Sendo um dever conhecido por todos mas negligenciado sem razão conhecida sem o jurídico

---

<sup>1</sup> Mestrando em Direito pela Universidade Católica do Salvador (UCSal). Licenciado em Direito pela Faculdade de Direito de Bissau (Guiné-Bissau).

<sup>2</sup> Doutora em Direito pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora de Direito da Universidade Católica do Salvador (UCSal).

***Revista Latino-Americana de Direitos da Natureza e dos Animais***, Salvador, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

***Revista Latinoamericana de los Derechos de la Naturaleza y de los Animales***, Salvador de Bahía, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

***Latin American Journal of Nature Rights and Animal Law***, Salvador, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

poder atuar eficientemente, é recomendável recurso a este novo projeto de ciência – a Bioética. Esta nova ciência é estudada a partir de várias perspectivas das quais se destaca o modelo principialista. Nesta pesquisa revelamos como os princípios propostos pelos precursores do principialismo podem ajudar a minimizar o nível de vulnerabilidade das mulheres grávidas das comunidades étnico culturais.

▪ **A AUSÊNCIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ÀS MULHERES GRÁVIDAS EM COMUNIDADES ÉTNICO-CULTURAIS NA GUINÉ-BISSAU**

## **2.1. A GUINÉ-BISSAU**

### **2.1.1. Situação geográfica**

A Guiné-Bissau fica situada na costa ocidental da África, entre o Senegal (ao Norte) e a Guiné-Conakry (a Leste e ao Sul) e ao Oeste pela Oceano. É um país pequeno, com área de 36.125 km<sup>2</sup>, dos quais 22% constituem zonas fluviais, com numerosos ilhas.

### **2.1.2. A população**

Em 2016<sup>3</sup>, a população da Guiné-Bissau foi estimada em cerca de 1.743.652 habitantes (taxa de crescimento anual de 2,2 por cento), caracterizada por uma população muito jovem: cerca de 54 por cento da população tem menos de 15 anos de idade. As mulheres representam 51 por cento da população e 49 por cento tem entre 15 e 49 anos de idade. A esperança média de vida à nascença é de 52,4 anos - 54,1 para sexo feminino e 51,5 para o sexo masculino. **Cerca de 42 por cento da população vive em zonas urbanas.** A ocupação do território é mais densa em região de Biombo, intermédia na província leste e sul e mais baixa nas regiões mais ocidentais. Existem entre dez e trinta etnias<sup>4</sup> no País. Porém, cinco grupos étnicos representam mais de 85 por cento do total da população: Fula, Balanta, Mandinga, Manjaco e Papel. Além da diversidade étnica, no País coabitam também diferentes credos religiosos (muçulmanos, católicos, protestantes e animistas).

A língua oficial é o Português, sendo que o crioulo é a língua de comunicação oral mais utilizado em todo o território nacional. Além destas duas línguas comuns, cada grupo étnico tem a sua língua privativa (Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário –PNDS. 2018-2022, p. 15).

### **2.1.3. Governação**

Na Guiné-Bissau, o poder político é constitucionalmente exercido através de um sistema de democracia multipartidário (artigo 1º e 4º da Constituição da República da Guiné-Bissau), semipresidencialista<sup>5</sup>. Formalmente existe a separação de poderes entre Presidencial, Legislativo, Executivo e Judiciário (artigo 59º, da Constituição da República da Guiné-Bissau). Desde o conflito político-militar de 1998, nenhum governo conseguiu terminar o seu mandato, vivendo-se assim, em situações de instabilidade política e institucional permanente. Esta situação contribuiu negativamente para que a Guiné-Bissau se colocasse em 44º lugar, no Índice Ibrahim de Governação Africana de 2016, entre os 54 Países africanos. Constituindo segundo este índice como um dos países africanos mais mal governado (PNDS.2018- 2022, p. 16).

<sup>3</sup> A data referenciada parece não condizer com esta pesquisa, pois ela é recente, mas, na verdade, não tem outro documento oficial recente que reporte fielmente a estrutura da população guineense para fins sanitários.

<sup>4</sup> A divisão da população guineense em grupos étnicos segue os critérios da semelhança cultural, linguística e facto de terem os ancestrais comuns.

<sup>5</sup> É um misto de parlamentarismo e presidencialismo, mas de pendor presidencialista.

A extensão dos efeitos de satisfação das necessidades coletivas pelo poder público central, é quase limitada ao Sector Autónomo – o capital - Bissau, conseqüentemente as políticas públicas que atendem as necessidades mais básicas, como a de “*saúde das mulheres grávidas*”, acabam não atingindo as outras regiões e áreas sanitárias mais vulneráveis.

O órgão do poder público incumbido essencialmente de cuidar da saúde pública na Guiné-Bissau é o Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau.

#### ▪ **COMUNIDADES ÉTNICOS-CULTURAIS DA GUINÉ-BISSAU**

De acordo com o Plano Nacional de Desenvolvimento III de 2018-2022, o Serviço Nacional de Saúde ou os Serviços de Cuidado para com a Saúde, tanto públicos como privados, estão ordenados em três níveis de base territorial, que são: (1) primário, local ou comunitária ou mais apropriado das tabancas<sup>6</sup>; (2) secundário, ou regional e (3) terciário, ou central. Os serviços de primeiro nível são destinados às comunidades locais. Dentre estas comunidades locais, tem ainda as consideradas, segundo o plano nacional de desenvolvimento sanitário, como as comunidades de isolamento – as aludidas Tabancas (PNDS. 2018-2022, p. 19).

Neste trabalho, devido a falta de tempo, de obras de consulta e de experiência na investigação científica, não estamos em condição de oferecer um conceito material das comunidades étnico-culturais da Guiné-Bissau, mas simplesmente enquadrá-las na estrutura do sistema sanitário guineense.

Sendo assim, podemos dizer que **as comunidades étnico-culturais da Guiné-Bissau**, de acordo com PNDS (2018-2022), *são aquelas que fazem parte do nível primário ou local, mas em situação de isolamento, nomeadamente as Tabancas.*

#### ▪ **AUSÊNCIA DA ASSISTÊNCIA MÉDICA ÀS MULHERES GRÁVIDAS DA COMUNIDADES ÉTNICOS-CULTURAIS**

Para justificar a ausência da assistência médica às mulheres grávidas das comunidades étnico-culturais da Guiné-Bissau, é necessário esclarecer os pontos seguintes: sistema sanitário nacional, distribuição de serviços e técnicos de saúde, distinção entre assistência médica e o acesso a saúde.

##### ▪ **Sistema nacional de saúde**

Aminata Mendes (2020, p.22), na sua tese de mestrado<sup>7</sup>, definiu o Sistema Nacional de Saúde da Guiné-Bissau, com base no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III de 2018-2022, como um conjunto ordenado de instituições, serviços e infraestruturas sanitárias de setor público, privado e de medicina tradicional destinados a cuidar da saúde da população da Guiné-Bissau.

O sistema nacional de saúde está organizado em três níveis: primário ou local, secundário ou regional, terciário ou central ou nacional. O primário limita a nível local, secundário abrange toda região e a terciária cobre todo território nacional.

<sup>6</sup> Tabancas são pequenos agregados sociais rudimentares circunscritos numa pequena porção de terra. Vivem quase de próprio esforço e do que a natureza oferece generosamente.

<sup>7</sup> Dissertação de Mestrado Académico apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, na Área de concentração: Epidemiologia, sob o tema: Perfil Epidemiológico Materno no Hospital de Referência Nacional da Guiné-Bissau – 2013 a 2018.

De acordo com o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III, de 2018-2022, o território da Guiné-Bissau está dividido em 11 Regiões Sanitárias e 114 Áreas Sanitárias, onde cada Área Sanitária abrange uma população que vai de 5.000 a 12.000 habitantes (PNDS, 2018-2022, p.19).

▪ **Distribuição dos serviços e técnicos de saúde a nível nacional**

No ponto anterior referimos ao Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, que é um documento que estuda, descreve, analisa e planeja o setor de saúde da Guiné-Bissau por um período determinado (normalmente de 4 em 4 anos).

Este documento espelha, dentre outras matérias, a distribuição de Serviço Sanitário em todo território nacional. O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III, de 2018-2022 – o mais recente, estudou a situação sanitária do país, inclusive a distribuição de serviço sanitário, em três níveis: 1) primário, ou comunitário (a que ele considera da prioritária); 2) secundário ou regional; e 3) terciário ou central ou a nível nacional.

A nossa pesquisa se delimita às áreas sanitárias comunitárias ou locais<sup>8</sup>, isto é, as comunidades étnico-culturais, no sentido que as definimos na alínea “a” do ponto “2.3”.

No âmbito comunitário<sup>9</sup>, de acordo com o PNDS III, temos duas categorias de serviços sanitários: (1) serviços de iniciativa de base comunitária e (2) serviços de iniciativa de base de Centros de Saúde.

A nível dos **serviços de iniciativa de base comunitária**<sup>10</sup>, o Plano descreve que até então, “existe praticamente uma cobertura nacional de agentes de saúde comunitária já formados de acordo com o Plano Estratégico Nacional de Saúde Comunitária de 2016-2020”. Detalha o mesmo documento que “a distribuição [do serviço sanitário] não está associada ao risco ou isolamento das Áreas Sanitárias” (PNDS, 2018-2022, p. 19). Significa que a distribuição dos serviços sanitários atingiu todas as comunidades étnico-culturais, mas esta distribuição não teve em conta ao nível de vulnerabilidade dessas comunidades em concreto. Foi o que diríamos em nossa linguagem jurídica de uma simples “*igualdade formal*”. No documento sanitário em pauta, reconheceu-se que, na distribuição de Agentes de Saúde comunitária deveriam ser priorizadas as Áreas Sanitárias de grande isolamento, o que por infelicidade não se verificou.

Ainda nos serviços de iniciativa de base comunitária, além de serviços sanitários fornecidos pelo governo, as comunidades étnico-culturais beneficiavam, segundo o PNDSIII, de serviço de Projeto Jedidias, da missão holandesa Kimon. O projeto cobre as Regiões Sanitárias de Quinara (onde começou – concretamente no Tite), Tombali e Bolama-bijagós.

**Os serviços sanitários de iniciativa com base nos Centros Saúde** a nível comunitário são duas espécies, conforme nos informa o PNDS III: Centros Sanitários Generalistas (de tipo A B e C) e Especializados – mas de primeiro contato (centro de tratamento ambulante do programa nacional de luta contra a sida, centros de diagnóstico e tratamento do programa nacional de luta contra a tuberculose, os centros de reabilitação nutricional, **os centros materno-infantis (CMI)** e o centro de saúde mental).

Os centros de saúde generalizados prestam todos os serviços sanitários, inclusive assistência médica às mulheres grávidas das comunidades locais. Conforme os níveis de qualidade de

<sup>8</sup> Neste caso, as comunidades do nível primário que se encontram em situação de isolamento com relação à manifestação do poder público.

<sup>9</sup> Isto não significa que estas duas categorias de serviços estejam presentes nas comunidades étnico-culturais. Como acima esclarecemos estas comunidades são as mais isoladas do nível primário ou local.

<sup>10</sup> Nos deixa entender que aqui se trata dos serviços ofertados pelo poder público às comunidades locais.

serviço prestado são classificados em de tipo A B e C. Os de tipo A prestam serviços de melhor qualidade com relação a de tipo B e este melhor que do tipo C. Por exemplo, conforme os dados do anexo 03 do PNDS III, os de tipo A têm 1 a 3 médicos, ao passo que, os outros não têm nenhum médico se quer (PNDS, 2018-2022, p. 146).

Diz o PNDS III que, em 2017, existia 153 Centros de Saúde em todo território nacional, “dos quais 5 de tipo A, 15 do tipo B e 133 do tipo C”. Segundo o PNDS III, “raio de acessibilidade geográfica assumida até este momento é de 5km”. Significa dizer que, o ministério de saúde pública, assumiu disponibilizar à cada comunidade étnico-cultural pelo menos um serviço de saúde que distam à 5km no máximo. Mas esta abstração não chegou a se realizar, sendo que tem até então casos de comunidades locais que distam de Centros de Saúde a mais de 30km. Por exemplo, conforme o PNDS III<sup>11</sup>, “Centro de Saúde de Lugajol [tem a distância de] 42km da última tabanca [desta Área Sanitária]”.

Embora não podíamos deixar de falar de Centros de Saúde que prestam todos os serviços de saúde nas comunidades étnicos-culturais, pois cuidam também das mulheres grávidas dessas comunidades, interessa mais a nossa pesquisa, os centros especializados especialmente **os centros maternos infantis (CMI)**, pois seriam os mais úteis.

Os Centros de Saúde Especializados são os que prestam um só serviço de saúde. Os Maternos-Infantis, como um deles, na Guiné-Bissau são na sua maioria apoiadas pelas Cáritas, fazem parte da ação social da Igreja Católica.

▪ **Acesso a saúde e a assistência médica às mulheres grávidas das comunidades étnicos culturais**

▪ Acesso à saúde

Saúde é um bem que pelo seu elevado valor o Direito acolhe como um *bem jurídico*, mas de valor fundamental. Direitos fundamentais, conforme nos ensinou Professor Doutor Edvaldo Brito (2020, p. 58), “são prerrogativas inatas do ser humano, por isso, essenciais para preservar a sua existência com dignidade”. Não há nenhuma palavra se quer a crescer se não abanar a cabeça, porque a experiência é a testemunha viva de que a dignidade do Homem sem saúde é muito debilitada, sem ir mais longe com a mulher grávida.

O Constituinte guineense de olho reconheceu a saúde como um direito fundamental. O artigo 15º da atual Constituição da República da Guiné-Bissau, estabelece que,

A saúde pública tem por objetivo promover o bem-estar físico e mental das populações e a sua equilibrada inserção no meio sócio ecológico em que vivem. Ela deve orientar-se para a prevenção e visar a socialização progressiva da medicina e dos sectores médico e medicamentoso.

O artigo é a única referência ao bem saúde no texto constitucional da nossa querida Guiné. A razão não nos cabe dizer aqui, mas talvez seja porque a matéria de saúde não levanta bastante controvérsia na sociedade guineense, pois é senso comum que a saúde é essencial e prioritária.

Além da doutrina portuguesa, a Constituição da República da Guiné-Bissau Anotada (2019), a obra que conta com a participação de dois eminentes Professores Portugueses e dois professores nacionais, respetivamente Cláudio Monteiro, João de Espírito Santo, Domingos Pereira e Hélder Pires, deu sentido mais claro que original ao texto da Carta Magna guineense.

O artigo 15º faz, conforme a Constituição da República da Guiné-Bissau Anotada (2019, p. 44),

<sup>11</sup> PNDS III, isto é, de 2018 a 2022, página 22, seu 3º parágrafo.

“a referência a saúde pública em duplo sentido: (1) num a política pública e (2) noutra a um conjunto de instituições que a executa”. Ficou claro então que, o Estado da Guiné-Bissau propõe servir destas duas dimensões da saúde pública para realizar um dos três fins dos Estados modernos – “o bem-estar” físico e mental da população guineense. O constituinte guineense concebe o ser humano saudável como aquele que não sofre ou padece de nenhuma patologia física nem psíquica. E considera este estado saudável como um dos componentes do bem-estar social, por isso, assumido como a meta do Estado guineense.

Os comentaristas da Constituição guineense vêm neste artigo o dever de o Estado adotar legislações infraconstitucionais, instituições, infraestruturas (hospitais, farmácias, transportes, etc.) e serviços de forma tornar acessível a saúde pública a todos. A saúde pública aqui, conforme a explicação dos comentaristas, inclui os serviços, instituições e infraestruturas de setor público e privado.

Um ponto muito importante, frisou Professor de Lisboa - João de Espírito Santo que, a saúde pública não visa somente curar o corpo e o psique da população, mas também a prevenir esta de doenças existentes e das novas doenças, o que pode implicar, segundo o mesmo professor em “aconselhamento médico concreto ou mesmo a prática de atos médico ou paramédicos (de que é exemplo a vacinação contra a doença)”. Em uma só palavra, podemos dizer que a prevenção de que fala o artigo 15º da CRGB, inclui a nossa preocupação neste artigo científico – a assistência médica das mulheres grávidas das comunidades étnico-culturais. O que redundará em prevenir estas mulheres e seus futuros bebês das doenças.

Na verdade, a assistência médica é uma das prevenções das doenças contra as mulheres grávidas como do futuro bebê e conseqüentemente da comunidade em geral.

Por isso, não basta a existência de hospitais, centros de saúde e serviços de saúde para afirmar que tem assistência médica as mulheres grávidas das comunidades étnico-culturais da Guiné-Bissau, pois a assistência vai muito além do acesso a saúde, uma vez que aquele exige acompanhamento de perto do estado de saúde destas mulheres, algo que é muito raro.

- Índice de gravidez e situação das mulheres grávidas na Guiné-Bissau

Neste item queremos tratar do quantum e do dia-a-dia das mulheres grávidas em comunidades étnico-culturais da Guiné-Bissau.

Teremos como a mulher grávida, toda pessoa de sexo feminino que se encontra grávida, independentemente da idade, ou estado civil. Uma vez que, na Guiné-Bissau, o termo “mulher” é mais reservado para a pessoa casada de sexo feminino.

Importa salientar antes de mais que, para as guineenses ter filho é a regra, isto é, toda mulher é destinada a ter filho. Sendo exceção a esterilidade, associada na maioria dos casos à maldição ou a um mal espiritual.

A gravidez na Guiné-Bissau se verifica nos primeiros anos após o casamento, sendo um dos principais fins do casamento a procriação. Mas ultimamente tem verificada um índice muito elevado da gravidez das meninas solteiras, até mesmo a precoce. A explicação deve ser a falta de informação, indecisão com relação futuro matrimónio, etc.

A esperança média de vida da população feminino guineense é até 54 anos de idade. Sendo que o período fértil vai de 14 à 45 anos de idade, podemos concluir que 90 por cento das mulheres guineenses estão na sua fase fértil. Com dados menos precisos, pois o país ainda é dominado pela administração informal, pode-se estimar que dentre a população feminina na idade fértil, 10

**Revista Latino-Americana de Direitos da Natureza e dos Animais**, Salvador, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

**Revista Latinoamericana de los Derechos de la Naturaleza y de los Animales**, Salvador de Bahía, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

**Latin American Journal of Nature Rights and Animal Law**, Salvador, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

% se encontra grávida em cada ano civil.

O dia-a-dia da mulher grávida destas comunidades ético-culturais é muito comum ao de qualquer pessoa que aí vive. Pois, poucas pessoas destas comunidades lhes dão um tratamento especial, como se a existência humana nestas comunidades dependesse exclusivamente das mulheres grávidas. Quando na verdade é dever de todo mundo contribuir para que venha a vida os novos membros. Como o novo membro neste caso o bebê que a mulher grávida abriga será útil para toda comunidade, até mesmo para o Estado, a sua proteção e da mãe deve ser dever de todos de 9 meses aos 5 primeiros anos.

### 1. Acesso a saúde pelas mulheres grávidas

Embora não tenha uma fonte de informação segura além do plano que acima referimos, os resultados das políticas públicas sobre a saúde materna na Guiné-Bissau são positivamente surpreendentes. Hoje em todos os cantos de país tem centros de saúde tanto de caráter generalizadas como os especializados que atendem as mulheres grávidas.

Na verdade, a realidade não era esta, uma vez que a administração pública guineense, ainda que permeada de princípios de descentralização e desconcentração, sua manifestação era mais sentida no Capital – Bissau, e nas regiões aos redores de Bissau.

Conforme mostramos acima no que tem que haver com a organização do sistema sanitário, isto é, a distribuição das instituições, dos serviços e das infraestruturas sanitárias, a nível das regiões e áreas sanitárias, as que foram mais favorecidas eram as mais próximas do capital. O que forjava as mulheres grávidas das outras regiões e áreas sanitárias deslocarem para as regiões onde tem centros.

Mas hoje, graças ao empreendimento das políticas públicas relativas a saúde pública e a ação dos organismos internacionais, caso do UNICEF e os demais, quase em todas a regiões sanitárias tem centros de saúde para atender as mulheres grávidas.

Na verdade, hoje a Guiné-Bissau, em especial o Ministério da Saúde Pública presta muita atenção à saúde reprodutiva e materna. Esta consideração da nossa parte deve-se ao fato de que hoje além serviços e infraestruturas disponíveis, é instituída a obrigatoriedade de acompanhamento médico no período de gestação. A mulher grávida é obrigada a procurar centro de saúde materno-infantil para o efeito do seu acompanhamento até o parto.

Contudo, não podemos nos contentar com este meio passo dado no setor da saúde pública reprodutiva e materno. Porque o século em que vivemos exige muito mais que isso, já que nos outros países a realidade é outra.

Neste modo de olhar o progresso, nos leva a considerar que, a questão que se coloca hoje, é a situação de debilidade da mulher grávida, não lhe sendo possível andar uma longa distância a procura de assistência médica. Sendo que as estradas não são das melhores e as redes de transporte público não atendem em absoluto as situações de urgência que são características da vida da mulher grávida. Havendo por isso, a necessidade de poder público dar mais um passo afrente neste setor.

### 2. Assistência médica das mulheres grávidas das comunidades étnico-culturais

Do ponto de vista mais restrito, o acesso a saúde se distingue da assistência médica, embora ambos fazem parte da mesma categoria, o direito a saúde. O acesso a saúde se concretiza com

***Revista Latino-Americana de Direitos da Natureza e dos Animais***, Salvador, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

***Revista Latinoamericana de los Derechos de la Naturaleza y de los Animales***, Salvador de Bahía, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

***Latin American Journal of Nature Rights and Animal Law***, Salvador, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

disposição de meios de atendimento médico, tais como, centros de saúde, clínicas, hospitais, serviços, instituições, etc.; algo diverso é a assistência médica, que pressupõe o acompanhamento de perto ou por etapas o evoluir do estado de saúde do feto e da mãe grávida. Posto isto, importa dizer que, não é suficiente dispor de tais meios sanitários, tal como os discriminamos no parágrafo anterior, mas também de serviço presente e ativo para acompanhar o estado de gravidez durante todo período de nove meses ou até mesmo extensível até o período de 3 anos pós-parto. Por exemplo, atualmente tem no país serviços ambulantes de assistência atempada das mulheres grávidas, embora não esteja disponível e presente em toda parte do país. Na verdade, a sociedade guineense está estabelecida de forma estratificada em comunidades étnico-culturais, isto é, comunidades humanas estabelecidas por afinidades linguísticas, culturais e até mesmo por semelhanças genéticas.

Divido a influência do ocidente, tanto pela ação de colonização portuguesa como pela educação e desenvolvimento das cidades, algumas dessas comunidades se transformaram em centros urbanos ou cidades evoluídas. As que conservaram aquelas características tradicionais são as designadas hoje na Guiné-Bissau de “*tabancas*” – as Comunidades étnico-culturais, neste caso aqui presente.

De acordo com o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário de 2018 a 2022 (PNDS III, 2018-2022), o previsto era para ter centros de atendimento médico num raio de acessibilidade geográfico de 5km. Desejava-se colocar os centros de saúde em toda parte de forma que não haja nenhum Centro de Saúde que fique longe destas tabancas a mais de 5km. Mas segundo o mesmo plano, PNDS III (2018-2022, p. 22),

*O raio de acessibilidade geográfica assumida até este momento é de 5km. Com base neste critério, 66% da população não terá ainda acesso geográfico aos serviços, isto é, vive para além dos 5km da estrutura de prestação CPS mais próximo. Essa visão global da disponibilidade das infraestruturas dos cuidados de saúde é muito diferenciada entre as Regiões Sanitárias e dentro das mesmas regiões. Por exemplo, na **Região de Oio**, cerca de 69% da população vive a mais de 5km de Centros de saúde mais próxima. Existem Áreas Sanitárias com localidades populacionais a mais de 30km de Centros de Saúde mais próxima (por exemplo: Centro de Saúde de Lugajol a 42km da última tabanca e com as zonas montanhosas).*

Esta realidade expõe as mulheres grávidas das comunidades étnico-culturais as condições de vulnerabilidade. Esta vulnerabilidade é agudizada pela falta de estradas, luz e água, má alimentação, analfabetismo, entre outras situações degradadas a que a população feminina da Guiné-Bissau em estado de gravidez está sujeita.

O direito a saúde é um direito natural antes de ser fundamentada na constituição, neste caso em concreto, na Constituição da República da Guiné-Bissau.

Falta do direito a saúde, não vamos nos debruçar sobre a susceptibilidade do feto ser ou não o titular de posições positivas e negativas de Direito, pois isto nos levaria a uma discussão que não tem fim na doutrina jurídica hodierna e a desviar do objeto da nossa pesquisa que incide diretamente sobre a mulher grávida das tabancas mais distantes da Guiné-Bissau. Assim sendo, o sujeito de direito a saúde aqui é a mulher grávida das comunidades étnico-culturais da Guiné-Bissau, que os guineenses chamam de Tabancas.

A Constituição da República da Guiné-Bissau no seu artigo 15º, não consagra expressa e diretamente o direito a saúde, limitou declarando simplesmente que, “*a saúde pública tem por objetivo promover o bem-estar físico e mental das populações (...)*”. Mas mesmo assim, a

**Revista Latino-Americana de Direitos da Natureza e dos Animais**, Salvador, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

**Revista Latinoamericana de los Derechos de la Naturaleza y de los Animales**, Salvador de Bahía, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

**Latin American Journal of Nature Rights and Animal Law**, Salvador, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

Constituição ainda que implicitamente protege direito a saúde, pois a saúde se reporta ao bem-estar físico e mental.

Além desta previsão constitucional, dos vários instrumentos jurídicos de Direito Internacional ratificados e recebidos no Direito guineense, a Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH) e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), consagram o direito a saúde. No DUDH direito a saúde está prevista no seu artigo 25º e no PIDESC no artigo 12º (UNIIOGBIS, 2018.).

Portanto, por força do artigo 29º, que estabelece que “*os direitos fundamentais consagrados na constituição não excluem quaisquer outros constantes das demais leis da República e das regras aplicáveis de Direito Internacional*”, na Guiné-Bissau é dever do Estado promover assistência médica as mulheres grávidas das comunidades étnico-culturais.

Este dever fundamental deve ser realizado de forma equitativa para todas as mulheres grávidas, pois a Constituição da República da Guiné-Bissau formalizou no seu artigo 24º o princípio da igualdade, “*todos os cidadãos são iguais perante a lei, (...)*”. Formalizou, pois este princípio já existia antes mesmo da instituição do poder pública, uma vez que advém do direito natural.

Marcelo Novelino (2021, p. 373), define o princípio de igualdade, “*como o dever jurídico de igual tratamento a indivíduos e grupos pertencentes a mesma categoria essencial*”. Concretizando, significa dizer que as mulheres grávidas de todos os pontos geográficos da Guiné-Bissau são iguais, havendo o dever jurídico sobre o poder público de as tratar de modo igual por pertencerem a mesma categoria essencial – a gravidez.

Entendemos portanto que o Estado guineense deve estender a rede de infraestrutura e serviços sanitários de forma a atingir todas comunidades étnico-culturais da Guiné-Bissau.

## 2. BIOÉTICA PRINCIPALISTA

### 3.1. A BIOÉTICA

A preocupação sobre os problemas ético-morais que foram surgindo ao longo do novo século no campo das ciências que lidam diretamente com a vida foi criando doutrinas e princípios que formaram hoje um objeto de conhecimento que designamos da Bioética.

Definir a **Bioética**, sendo um campo de saber novo, isto é, ainda na fase formação, é imperativo recorrer a sua principal obra de consulta, - **a Encyclopedia of Bioethics**, editada por **Warren Thomas Reich**. De acordo com esta obra a **Bioética** é “*o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo a visão moral, as decisões, as condutas e as políticas – das ciências da vida e do cuidado da saúde, usando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar*” (FERRER e ALVAREZ, 2005, p.76).

A definição não dispensa alguns comentários esclarecedores.

Desde logo, é bom deixar claro que, tem várias formas de vida: além da vida humana, temos a vida animal e vegetal. Mas a Bioética tem como objeto as duas primeiras formas de vida, isto é, a vida humana e animal e das duas prevalece a vida humana.

Também cumpre esclarecer que as dimensões morais de que ocupa a Bioética, não incide somente sobre a vida humana biológica, mas também sobre a vida humana biográfica. Significa isto dizer que, os tratamentos que devemos dar em termos morais a vida, em sentido comum do termo, se requer também com relação a vida social, ou seja, a personalidade da pessoa humana. Se não devemos matar e causar dores, também não devemos reduzir ao “nada”.

**Revista Latino-Americana de Direitos da Natureza e dos Animais**, Salvador, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

**Revista Latinoamericana de los Derechos de la Naturaleza y de los Animales**, Salvador de Bahía, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

**Latin American Journal of Nature Rights and Animal Law**, Salvador, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

Um outro ponto que parece exigir comentários esclarecedoras é o caráter interdisciplinar da Bioética. O seu caráter interdisciplinar deve-se à complexidade dos temas principais que compõem o objeto do seu estudo. O estudo destes temas pressupõe a intervenção de vários e diferentes campos de saber, tais como, medicina, Direito, ciências sociais, filosofia, teologia, etc. Além dessa complexidade, a vida está presente quase em todos campos de saber. Em Bioética encontramos uma multiplicidade de teorias e paradigmas teóricos e uma pluralidade de metodologias de análise. Isto (seu caráter interdisciplinar), pode agitar a doutrina, exigindo que a Bioética, tal como outros campos de saber, tenha princípios e métodos próprios. Acautelando esta objeção, explica Josen que, “*uma disciplina como um conjunto de princípios e de métodos em torno de uma única teoria é provavelmente um arcaísmo. Em qualquer disciplina acadêmica convivem, hoje em dia, uma pluralidade de teorias e de métodos*”. Sendo assim, para Josen, podemos dizer que a Bioética é uma disciplina acadêmica, embora esteja ainda em formação. Mas ficou claro no Para Fundamentar Bioética (2005, p.78) que, “*a Bioética não pode pretender ser, pelo menos neste momento, uma matéria completamente desligada das disciplinas que lhe deram origem e que continuam a lhe dar solidez*”. O texto explica que a Bioética, por enquanto não pode se desligar das clássicas ciências morais, isto é, da Filosofia e da Teologia.

Os primeiros bioetistas foram os teólogos. Fato confirmado pelo Josen ao falar dos três teólogos que presidiram a criação da Bioética: Joseph Fletcher, Richard A. McCormick e Paul Ramsey. O próprio Josen é um teólogo. Mas hoje tende-se mais a secularizar os análises sobre os fenômenos béticos, na medida em que o mundo em que vivemos ser pluralista e as questões bioéticas interessarem a todos não só aos religiosos.

Em uma única voz, deve-se, portanto, fechar esta discussão com a conclusão inequívoca de que a Bioética é um objeto de conhecimento INTERDISCIPLINAR que procura moralizar a forma como lidamos com A VIDA humana e animal.

### 3.2. BIOÉTICA PRINCIPIALISTA

No passado foram propostos vários **modelos ou perspectivas de estudo da Bioética**. Como por exemplo, o modelo casuístico, da moralidade comum e paradigma de virtudes. Mas hoje prevalece **o principialismo**.

Podemos definir o principialismo como um modelo teórico que dá mais ênfase ou usa mais as normas morais gerais - os princípios – no estudo da Bioética.

Embora não sejam os únicos, os precursores do principialismo foram **Tom L. Beauchamp** e **James F. Childress**, com a sua obra conjunta, ***Principles of Biomedical Ethics***. Nesta obra monumental, os dois autores formularam quatro princípios fundamentais que deve orientar os pesquisadores da biomedicina, hoje Bioética. Os quais sejam: **respeito pela autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça**.

Estes princípios foram corolário do relatório da comissão criada nos EUA pela lei National Research Act, para estudar as questões éticas relativas as pesquisas científicas nos campos da biomedicina e das ciências de comportamento. O relatório desta comissão designada oficialmente de **o Relatório de Belmont**, publicado em 1978, institui **os três princípios** que devem presidir toda pesquisa que envolve a vida humana como animal nos EUA. No ano seguinte os dois autores acima referidos reinterpretem os três princípios que vinham neste relatório: **o de respeito pelas pessoas, de beneficência e de justiça**. Com isso, cunharam os

***Revista Latino-Americana de Direitos da Natureza e dos Animais***, Salvador, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

***Revista Latinoamericana de los Derechos de la Naturaleza y de los Animales***, Salvador de Bahía, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

***Latin American Journal of Nature Rights and Animal Law***, Salvador, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

quatro princípios elencados no parágrafo anterior, que constituem hoje a espinha dorsal do principialismo.

### 3.2.1. Princípio de respeito da autonomia

Este é o “*princípio mãe*” do principialismo e conseqüentemente de toda disciplina da Bioética. Os autores procuram analisar a autonomia das pessoas sujeitas a experiência nas pesquisas no campo da biomedicina, isto é, o consentimento e a recusa informada por parte deles.

#### 3.2.1.1. Conceito da autonomia

A autonomia que aqui nos interessa é a individual. Na obra, Para Fundamentar Bioética (2005, p. 123), a autonomia foi definida como,

*a capacidade que têm as pessoas para se autodeterminar, livres tanto de influências externas que as controlem, como de limitações pessoais que as impeçam de fazer uma genuína opção, como poderia sê-lo a compreensão inadequada do objeto ou das circunstâncias da escolha.*

A pessoa livre ou autônoma, decide o projeto da sua ação e atua conforme este projeto sem nenhum constrangimento de âmbito interno ou externo, ele atua conforme os seus desejos e planos.

A Para Fundamentar Bioética (2005, p. 124), nos informa que, quase

*Todas as teorias sobre a autonomia admitem que existem duas condições essenciais para que as ações de uma pessoa sejam autônomas: 1) liberdade externa ou seja, o agente deve estar livre de influências externas que o controlem; 2) agência (ou liberdade interna), ou seja, o sujeito deve ter a capacidade para agir intencionalmente.*

Os expoentes máximos da Bioética principialista, Beauchamp e Childress, exigem três condições ou pré-requisitos para haver uma ação autonomia. Para eles o que deve ser analisado na matéria da autonomia é a ação livre e não a pessoa como autônoma, uma vez que uma pessoa fortemente constrangida pode tomar uma decisão autônoma e uma pessoa livre pode por ignorância adotar uma ação que não seja por autodeterminação.

Por isso, estes dois autores, afirmam que numa ação autônoma o agente moral deve estar agindo 1) de forma intencional; 2) com compreensão e 3) sem influências externas que controlem a sua ação.

#### 3.2.1.2. Respeito pela autonomia

O respeito pela autonomia vem completar a ação autônoma. É o dever moral de todos respeitar a ação livre de constrangimento tanto interno como externo do sujeito. Negar as pessoas autônomas o direito de agir segundo seus próprios valores e decisões constitui em um ato de autoritarismo ou paternalismo.

Temos o dever moral de atuarmos positivamente a favor da autonomia alheia. Este respeito exige ações e não só atitudes da nossa parte. Em especial, os profissionais de saúde devem dar aos seus doentes as informações suficientes que possibilitem as suas decisões autônomas no âmbito de tratamento ou diagnóstico.

Os autores de Para Fundamentar Bioética (2005, p. 125), realça também fato de que

*a autonomia não é o único valor moral e o respeito da autonomia não é o único princípio. A autonomia pessoal não prevalece sempre quando entra em conflito com outros valores e princípios, nem ocupa o primado numa suposta hierarquia de deveres.*

Assim, deve-se respeitar a autonomia das ações das pessoas livres, mas esta autonomia deve levar em conta ou deve compatibilizar-se com outros valores também de suma importância.

#### 3.2.1.3. Pessoas de autonomia diminuída

**Revista Latino-Americana de Direitos da Natureza e dos Animais**, Salvador, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

**Revista Latinoamericana de los Derechos de la Naturaleza y de los Animales**, Salvador de Bahía, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

**Latin American Journal of Nature Rights and Animal Law**, Salvador, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

O princípio de respeito pela autonomia não se aplica as pessoas com autonomia diminuída, isto é, os incapazes ou imaturos. Assim, as crianças, dependentes químicos, são incapazes de exercer a sua autonomia.

Nestas situações, ensinam os pais do principialismo que, deve-se admitir as intervenções de índole paternalista.

### 3.2.2. O princípio de não-maleficência

O **princípio de não-maleficência** consiste em não causar danos intencionalmente aos outros. Na tradução da obra de Tom L. Beauchamp e James F. Childress, pela Luciana Pudenzi, princípios de Ética Biomédica (2002, p. 209), a não-maleficência é definida como, “*a obrigação de não afligir dano intencionalmente*”. Os autores norte-americanos, segundo a tradução da Luciana, transcreveram o juramento de Hipócrates, como traço histórico do princípio: “*usarei o tratamento para ajudar o doente de acordo com a minha habilidade e com meu julgamento, mas jamais o usarei para lesá-lo ou prejudicá-lo*”.

Para o compreender bem o princípio é importante então distinguir a beneficência da não-maleficência. Os dois princípios não se confundem, uma vez que, a não maleficência impõe uma obrigação negativa, ao passo que, a beneficência impõe as obrigações positivas. Mas é claro que as obrigações de não maleficência obrigam com mais força que as obrigações de beneficência. Por exemplo, a obrigação de não matar pesa mais de que evitar a morte alheia. Mas esta prevalência de não maleficência sobre a beneficência não é absoluto, pois tem casos em que este deve prevalecer sobre aquele.

Para tornar mais denso o princípio, Beauchamp e Childress recorreram ao William Frankena, que embora ter unido os dois princípios em um só, elencou para eles quatro obrigações gerais. Os quais sejam: 1) não se deve fazer mal ou causar dano; 2) deve-se prevenir o mal ou o dano; 3) deve-se eliminar o mal ou dano; e 4) deve-se fazer ou promover o bem. Os pais do principialismo dividiram as quatro regras de Frankena em duas partes:

Princípio de não maleficência

- Não se deve fazer mal ou causar dano

Princípio de beneficência

- Deve-se prevenir o mal ou dano
- Deve-se eliminar o mal ou dano
- Deve-se fazer ou promover o bem.

#### 3.2.2.1. O conceito do “dano”

A explicação do princípio de não maleficência parte normalmente com a definição do que é o dano.

Beauchamp e Childress, usam o termo dano na obra traduzida, Princípios de Ética de Biomédica (2002, p.214), como o fato de “*frustrar ou prejudicar os interesses de alguém, sem que constitua necessariamente uma ofensa ou uma injustiça ao prejudicado*”. Por exemplo, os interesses do condenado a pena de prisão por roubo ficam frustrados sem que haja injustiça com relação a isso. Mas o correto seria dizer que o princípio de não maleficência não proíbe qualquer dano, mas somente aqueles que constituem uma ofensa, ou seja, um injusto prejuízo aos direitos e interesses fundamentais das pessoas. Também os danos permitidos não devem ser levados ao extremo.

#### 3.2.2.2. Algumas normas morais que se apoiam no princípio de não maleficência

**Revista Latino-Americana de Direitos da Natureza e dos Animais**, Salvador, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

**Revista Latinoamericana de los Derechos de la Naturaleza y de los Animales**, Salvador de Bahía, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

**Latin American Journal of Nature Rights and Animal Law**, Salvador, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

Tal como qualquer princípio, a não maleficência estabelece muitas regras de conduta moral que devem orientar a conduta do ser humano na sua convivência com os outros. Dessas numerosas regras, destacou –se as seguintes: 1) não matar; 2) não causar dor ou sofrimento; 3) não causar incapacidade; 4) não ofender; 5) não privar outras pessoas dos bens da vida.

### 3.2.3. O princípio de beneficência

A vida moral nos impõe além do dever de respeitar as decisões autônomas das outras pessoas, de não lhes causar dano, somos ainda vinculados pela moralidade a promover o bem e a realização dos demais.

Beauchamp e Childress dividiram o princípio da beneficência em dois subprincípios: o princípio da beneficência positiva e o princípio da utilidade. Segundo a tradução de Luciana Pudenzi, os dois autores norte-americanos, Tom L. Beauchamp e James F. Childress (2002, p.281) “*a beneficência positiva requer a propiciação de benefícios. A utilidade requer que os benefícios e as desvantagens sejam ponderados*”.

### 3.2.4. Princípio da justiça

O princípio surgiu nos EUA na circunstância em que o acesso a saúde não era igual para todos neste país. Esta realidade em que vivia a população dos EUA desencadeou o debate sobre a questão da “*justiça*” na distribuição de recursos e serviços sanitários neste país.

A justiça, segundo Beauchamp e Childress na tradução de Luciana Pudenzi, Tom L. Beauchamp e James F. Childress (2002, p. 352), “*a justiça é um tratamento justo, equitativo e apropriado, levando em consideração aquilo que é devido às pessoas*”. Na mesma tradução, os dois autores definem justiça distributiva, como “*uma distribuição justa, equitativa e apropriada no interior da sociedade, determinada por normas justificadas que estruturam os termos de cooperação social*”. O domínio da justiça distributiva inclui políticas que repartem os diversos benefícios de forma equitativa por parte de governo e, neste caso em concreto, de sistema de assistência de saúde.

Normalmente, o problema da justiça distributiva aparece em condições de escassez, por isso, a justiça distributiva requer a ponderação.

## 4. A CONTRIBUIÇÃO DO PRINCIPALISMO PARA A PROTEÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES

O principialismo é uma teoria da Bioética que resultou de certas circunstâncias no setor de saúde da sociedade Norte-americana. Circunstâncias estas que por serem repugnantes exigia soluções imediatas às quais os princípios bioéticos vêm ao encontro.

A situação em que se encontra as mulheres grávidas das comunidades étnicas culturais da Guiné-Bissau, reclama as mesmas soluções urgentes.

Ao nosso ver, embora possa se lançar a mão aos outros mecanismos, o principialismo se encaixa num dos melhores para fazer face a situação das mulheres grávidas das comunidades étnicas culturais da Guiné-Bissau.

Em primeiro lugar temos ao dispor o princípio da autonomia. Este princípio pode mover muito o governo guineense a criar condições que favoreçam a autonomia das mulheres grávidas das comunidades étnicas culturais do nosso país. O governo da Guiné-Bissau, além do dever jurídico que impende sobre ele, tem o dever moral de informar através de sistema nacional de saúde, as mulheres grávidas sobre tudo que envolve a gravidez criando assim nelas uma

**Revista Latino-Americana de Direitos da Natureza e dos Animais**, Salvador, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

**Revista Latinoamericana de los Derechos de la Naturaleza y de los Animales**, Salvador de Bahía, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

**Latin American Journal of Nature Rights and Animal Law**, Salvador, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

autonomia esclarecida.

Quanto ao princípio de não-maleficência, a ordem moral impõe que o sistema sanitário guineense se abstenha de causar danos às mulheres grávidas dessas comunidades. Pois quando lhes nega a assistência médica no período em que mais precisam, isto constitui um ato flagrante causador dos danos a estas mulheres.

No que concerne ao princípio de beneficência, é o dever moral do Estado guineense através do sistema nacional de saúde, impedir que ocorra mal ou danos às mulheres grávidas das comunidades étnico-culturais, tais como as doenças que afetam a saúde reprodutiva dessas mulheres e a mortalidade materna-infantil; eliminar males ou danos já produzidos ou que estão produzindo seus efeitos; e promover o bem-estar dessas mulheres que precisam muito desta ação benéfica do Governo.

Por último, como acima demosmos através do plano nacional do desenvolvimento sanitário da Guiné-Bissau que, a distribuição de centros de saúde a nível de todo território nacional não obedeceu aos critérios da justiça nem formal nem material que fará distributiva. Vimos que tem na Guiné-Bissau algumas comunidades étnico-culturais a mais de 30km distantes dos centros de saúde. Os melhores centros de saúde se situam no capital ou aos redores do capital. Além disso, os serviços sanitários são escassos nessas comunidades, pois os técnicos de saúde não dispõem de bons condições de vida nestas comunidades, por isso, acabam fugindo para capital. Tudo isso revela uma flagrante injustiça na distribuição de centros e serviços sanitários. O que pode ser corrigido se for repensada o princípio da justiça distributiva.

## 5. CONCLUSÃO:

A situação em que se encontram as mulheres grávidas das comunidades étnico-culturais da Guiné-Bissau é muito alarmante. Estas mulheres não dispõem dos recursos sanitários que deviam ser oferecidos pelo poder público. Não obstante constituir um dever jurídico, o desrespeito é maior e flagrante, podendo neste caso jogar um papel muito importante o incentivo moral através da Bioética principialista.

## REFERÊNCIAS:

- Aminata Mendes. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no hospital de referência nacional de Guiné-Bissau – 2018 a 2022. Fortaleza, 2020.
- Constituição da República da Guiné-Bissau.
- Constituição da República da Guiné-Bissau Anotado.
- BRITO, Edvaldo. Direitos Fundamentais na Pandemia. São Paulo. Editora IASP 2020.
- FERRER, José; ALVAREZ, Juan. Para fundamentar bioética. 1ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005.
- NOVELINO, Marcelo. Direito constitucional. Salvador – 2021
- Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III, 2018-2022. Bissau -2017.
- UNIOGBIS. Textos fundamentais dos direitos humanos. Guiné-Bissau, 2018.

***Revista Latino-Americana de Direitos da Natureza e dos Animais***, Salvador, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

***Revista Latinoamericana de los Derechos de la Naturaleza y de los Animales***, Salvador de Bahía, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

***Latin American Journal of Nature Rights and Animal Law***, Salvador, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

**SUGESTÕES DA PESQUISA DA EQUIPE EDITORIAL:**

Para conhecer mais, ver também neste periódico:

- COLONIALIDADE DOS ANIMAIS NÃO-HUMANOS: PENSANDO A ANIMALIDADE A PARTIR DO SUL, de Rafael Van Erven Ludolf, Evelyn Pipas Morgado, Luiza Alves Chaves - Revista Latino-Americana de Direitos da Natureza e dos Animais, Salvador, v. 3, n. 2, 2020.
- O ANIMAL COMO SUJEITO DE DIREITO (1928), de Cesare Goretti - Revista Latino-Americana de Direitos da Natureza e dos Animais, Salvador, v. 4, n. 1, 2021.
- EL DERECHO Y EL ANIMAL (1914), de Alfredo Gonzalez Prada - Revista Latino-Americana de Direitos da Natureza e dos Animais, Salvador, v. 1, n. 1, 2018.

***Revista Latino-Americana de Direitos da Natureza e dos Animais***, Salvador, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

***Revista Latinoamericana de los Derechos de la Naturaleza y de los Animales***, Salvador de Bahía, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.

***Latin American Journal of Nature Rights and Animal Law***, Salvador, v. 7, n. 1-2, p. 1-15, 2024.