

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS – CCJ  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE DIREITO – CAMPUS JOÃO PESSOA  
COORDENAÇÃO DE MONOGRAFIA**

**VÍTOR BARROS CANÔNICO**

**DA DIGNIDADE COMO AUTONOMIA, DA LIBERDADE DE RELIGIÃO E DO  
DIREITO DE RECUSA A TRATAMENTOS MÉDICOS COM SANGUE POR  
TESTEMUNHAS DE JEOVÁ**

**JOÃO PESSOA  
2023**

**VÍTOR BARROS CANÔNICO**

**DA DIGNIDADE COMO AUTONOMIA, DA LIBERDADE DE RELIGIÃO E DO  
DIREITO DE RECUSA A TRATAMENTOS MÉDICOS COM SANGUE POR  
TESTEMUNHAS DE JEOVÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Direito de João Pessoa do Centro de  
Ciências Jurídicas da Universidade  
Federal da Paraíba como requisito parcial  
da obtenção do grau de Bacharel em  
Direito.

Orientador: Dr. Robson Antão de  
Medeiros

**JOÃO PESSOA  
2023**

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

C227d Canonico, Vitor Barros.

Da dignidade como autonomia, da liberdade de religião e do direito de recusa a tratamentos médicos com sangue por testemunhas de Jeová / Vitor Barros Canonico. - João Pessoa, 2023.  
99 f. : il.

Orientação: Robson Medeiros.  
TCC (Graduação) - UFPB/CCJ.

1. Dignidade como Autonomia. 2. Liberdade de Religião. 3. Testemunhas de Jeová. 4. Transfusão de Sangue. I. Medeiros, Robson. II. Título.

UFPB/CCJ

CDU 34

**VÍTOR BARROS CANÔNICO**

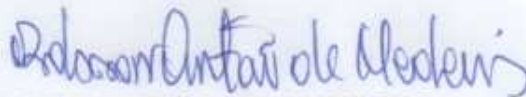
**A LIBERDADE DE RELIGIÃO E O DIREITO DE RECUSA A TRATAMENTOS  
MÉDICOS COM SANGUE POR TESTEMUNHAS DE JEOVÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Direito de João Pessoa do Centro de  
Ciências Jurídicas da Universidade  
Federal da Paraíba como requisito parcial  
da obtenção do grau de Bacharel em  
Direito.

Orientador: Dr. Robson Antão de Medeiros

**DATA DA APROVAÇÃO: 02 DE JUNHO DE 2023**

**BANCA EXAMINADORA:**



**Prof. Dr. ROBSON ANTÃO DE MEDEIROS  
(ORIENTADOR)**



**Prof.ª Dr.ª LORENA DE MELO FREITAS  
(AVALIADORA)**



**Prof. Ms. MATHEUS VICTOR SOUSA SOARES  
(AVALIADOR)**

## RESUMO

Este trabalho aborda o direito de recusa às transfusões de sangue por parte das Testemunhas de Jeová, considerando a liberdade de religião, a dignidade da pessoa humana e o direito à vida. O objetivo é garantir os direitos fundamentais, preservar a vida com dignidade e promover tratamentos adequados que respeitem as convicções religiosas dos pacientes. Por meio de uma abordagem metodológica dedutiva e pesquisa bibliográfica, foram analisados fundamentos legais, constitucionais e jurisprudenciais que envolvem essa questão. Iniciou-se explorando a visão das Testemunhas de Jeová em relação ao uso do sangue, incluindo suas bases religiosas e sua cooperação com profissionais médicos. Em seguida, foram examinados os direitos fundamentais envolvidos, destacando-se a liberdade de religião, a dignidade da pessoa humana e o direito à vida, com base em juristas renomados. O direito de recusa a tratamentos por justificativa religiosa foi analisado em detalhes, abordando o consentimento informado, a legislação brasileira e as diretrizes do Conselho Federal de Medicina. Também foram discutidos aspectos relacionados aos casos envolvendo crianças e adolescentes, bem como a responsabilidade dos profissionais de saúde. Foram explorados precedentes jurídico-legislativos tanto no âmbito nacional quanto internacional, destacando-se decisões relevantes de cortes internacionais de direitos humanos e o reconhecimento em diferentes países sobre a recusa a tratamentos com sangue por motivos religiosos. Além disso, foi destacada uma recente decisão no Brasil que pode impactar positivamente todo o país. Diante dessa análise, fica evidente que o direito das Testemunhas de Jeová à recusa a tratamentos médicos com sangue encontra respaldo legal e constitucional. A liberdade de religião deve ser respeitada, assim como o direito à vida digna. A Constituição Federal de 1988, a legislação, a doutrina e a jurisprudência reforçam a clareza desse direito, promovendo a importância do diálogo entre as Testemunhas de Jeová, os profissionais de saúde e as autoridades competentes.

**Palavras-chave:** Dignidade como Autonomia. Liberdade de Religião. Testemunhas de Jeová. Transfusão de Sangue.

## ABSTRACT

This paper addresses the right to refuse blood transfusions by Jehovah's Witnesses, considering freedom of religion, human dignity, and the right to life. The objective is to guarantee fundamental rights, preserve life with dignity, and promote appropriate treatments that respect the religious convictions of patients. Through a deductive methodology and bibliographic research, legal, constitutional, and jurisprudential foundations regarding this issue were analyzed. The Jehovah's Witnesses' perspective on blood usage was explored, including their religious bases and cooperation with medical professionals. Subsequently, the fundamental rights involved were examined, highlighting freedom of religion, human dignity, and the right to life, based on renowned jurists. The right to refuse treatment based on religious justifications was extensively analyzed, covering informed consent, Brazilian legislation, and guidelines from the Federal Council of Medicine. Moreover, aspects related to cases involving children and adolescents were discussed, as well as the responsibility of healthcare professionals. Precedents at both the national and international levels were explored, emphasizing relevant decisions from international human rights courts and recognition in different countries regarding the refusal of blood treatments due to religious reasons. Additionally, a recent decision in Brazil that may have positive effects nationwide was highlighted. In light of this analysis, it becomes evident that the right of Jehovah's Witnesses to refuse medical treatments involving blood is supported by legal and constitutional grounds. Freedom of religion must be respected, along with the right to a dignified life. The Constitution, legislation, doctrine, and jurisprudence reinforce the clarity of this right, promoting the importance of dialogue among Jehovah's Witnesses, healthcare professionals, and competent authorities.

**Key-words:** Dignity as Autonomy. Freedom of Religion. Jehovah's Witnesses. Blood Transfusion.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACP - Ação Civil Pública

CEDH - Corte Europeia dos Direitos Humanos

CF/88 - CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

CFM - Conselho Federal de Medicina

COLIH - Comissão de Ligação com Hospitais

Cremerj - Conselho Regional de Medicina

EUA - Estados Unidos da América

INC - Instituto Nacional de Cardiologia

Inca - Instituto Nacional de Câncer

Into - Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia

MPF - Ministério Público Federal

OMS - Organização Mundial da Saúde

PBM - Patient Blood Management

Sinasan - Sistema Nacional de Sangue e Derivados

STF - Supremo Tribunal Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2 AS TESTEMUNHAS DE JEOVÁ E O SANGUE.....</b>	<b>10</b>
2.1 A VISÃO DAS TESTEMUNHAS DE JEOVÁ SOBRE O SANGUE.....	10
2.2 DAS FRAÇÕES DE SANGUE E COOPERAÇÃO COM MÉDICOS E AUTORIDADES.....	14
2.3 TRATAMENTOS ALTERNATIVOS À TRANSFUSÃO DE SANGUE ALOPÁTICO.....	16
<b>3 DO DIREITO À LIBERDADE DE RELIGIÃO, À VIDA E DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.....</b>	<b>18</b>
3.1 DO DIREITO À LIBERDADE DE RELIGIÃO COMO DIREITO CONSTITUCIONAL FUNDAMENTAL.....	18
3.2 DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E SEU ENTENDIMENTO COMO AUTONOMIA E HETERONOMIA.....	20
<b>3.2.1 Da Dignidade Como Autonomia.....</b>	<b>22</b>
<b>3.2.2 Da Dignidade Como Heteronomia.....</b>	<b>23</b>
3.3 DO DIREITO À VIDA COM DIGNIDADE.....	24
<b>4 DO DIREITO DE RECUSA A TRATAMENTO MÉDICO POR JUSTIFICATIVA RELIGIOSA.....</b>	<b>28</b>
4.1 CONSENTIMENTO GENUÍNO E SUA MANIFESTAÇÃO POR ESCRITO....	28
4.2 DISPOSITIVOS DO DIREITO BRASILEIRO E DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.....	31
4.3 NOS CASOS ENVOLVENDO CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	38
4.4 DA RESPONSABILIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	42
<b>5 PRECEDENTES JURÍDICO-LEGISLATIVOS.....</b>	<b>45</b>
5.1 DO DIREITO INTERNACIONAL E A RECUSA A TRATAMENTOS COM SANGUE.....	45
5.1.1 Decisão da Corte Europeia dos Direitos Humanos.....	45
5.1.2 Do Reconhecimento Em Variados Países.....	48
5.2 DO DIREITO NACIONAL.....	53
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>56</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>64</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A liberdade de religião é um direito fundamental garantido pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) e por diversos tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário. Uma vez que garante o direito do indivíduo de escolher e praticar sua religião sem sofrer qualquer tipo de discriminação ou perseguição, este direito é considerado um dos pilares da democracia e do Estado de Direito.

Naturalmente, há situações em que este pode se questionar se este entra em conflito com outros direitos igualmente fundamentais e indisponíveis, tais quais o direito à vida e à saúde, conforme frequentemente ocorre nos casos de recusa de tratamento médico por questões de consciência religiosa. É o caso das Testemunhas de Jeová, denominação religiosa cristã que considera inaceitáveis uma variedade de tratamentos médicos que fazem uso de sangue e diversos hemoderivados.

Este trabalho se propõe a explorar e analisar os fundamentos legais e constitucionais que envolvem essa questão delicada, buscando compreender os limites e possibilidades que a legislação e a jurisprudência conferem aos indivíduos que se baseiam em convicções religiosas para recusar tratamentos médicos que envolvam o uso de sangue.

Inicialmente, será abordada a visão das Testemunhas de Jeová em relação ao uso do sangue, explorando as bases religiosas que fundamentam a recusa de tratamentos médicos que envolvam transfusões sanguíneas, bem como delimitando a posição oficial da organização religiosa sobre o assunto. Será também discutido como as Testemunhas de Jeová cooperam com profissionais médicos visando a garantia de sua saúde enquanto têm suas crenças respeitadas.

Em seguida, serão analisados os direitos fundamentais que entram em jogo nesse contexto: a liberdade de religião, a dignidade da pessoa humana e o direito à vida. Textos de juristas como Luís Roberto Barroso, Celso Ribeiro Bastos, Nelson Nery Júnior e Álvaro Villaça Azevedo servirão de embasamento desta análise.

Com esta base lançada, o direito de recusa a tratamento por justificativa religiosa será analisado diretamente. Serão exploradas as questões relacionadas ao consentimento informado, assim como os dispositivos legais do direito

brasileiro e as diretrizes do Conselho Federal de Medicina relevantes ao tema. Se falará também de forma específica sobre a aplicação destes pontos nos casos envolvendo crianças e adolescentes, assim como da responsabilidade dos profissionais de saúde diante dessas situações.

A seguir, o próximo capítulo trará uma análise dos precedentes jurídico-legislativos relacionados ao tema, tanto no âmbito do direito nacional quanto no do internacional. Serão apresentadas decisões relevantes de cortes internacionais de direitos humanos, bem como o reconhecimento em diferentes países sobre a questão da recusa a tratamentos com sangue por razões religiosas. Além do mais, será explorada recente decisão no Brasil, cuja execução poderá exercer efeitos em todo o território nacional.

O presente trabalho foi desenvolvido utilizando o método indutivo, baseando-se em pesquisa bibliográfica e análise de fontes como artigos científicos, legislação, jurisprudências e livros específicos do âmbito do Direito, buscando compreender e delimitar o direito de recusa às transfusões de sangue por parte das Testemunhas de Jeová. Pretende-se assim compreender as bases legais e constitucionais que respaldam esse direito, examinar os aspectos éticos e religiosos envolvidos, além de analisar os precedentes jurídicos e as decisões judiciais relacionadas. O objetivo é proporcionar uma visão abrangente desse tema complexo, buscando conciliar os direitos individuais e a proteção da vida, contribuindo para o aprofundamento do debate jurídico diante dessa questão delicada.

## 2 AS TESTEMUNHAS DE JEOVÁ E O SANGUE

As Testemunhas de Jeová são uma denominação religiosa cristã. Contam com mais de 8,5 milhões de membros em 239 países e territórios ao redor do mundo<sup>1</sup>, todos participantes ativos de uma obra global de proselitismo e pregação da Bíblia, e existem como denominação religiosa desde o final do século XIX. Professam, principalmente, acreditar na Bíblia em sua inteireza como fonte da vontade de Deus, e seguem rigidamente seus preceitos. Suas crenças são amplamente divulgadas por seus membros e através de seu site oficial, o jw.org, cujo conteúdo está disponível, inteiro ou em parte, em mais de mil idiomas.

Suas atividades incluem a organização de reuniões semanais, realizadas em suas igrejas, os “Salões do Reino”, assim como congressos e assembleias bíblicas anualmente. Além disso, participam ativamente de ajuda humanitária para os necessitados, especialmente em casos de acidentes e desastres naturais, e são internacionalmente conhecidos por seu trabalho com alfabetização e ajuda a cegos e surdos.

### 2.1 A VISÃO DAS TESTEMUNHAS DE JEOVÁ SOBRE O SANGUE

As Testemunhas de Jeová acreditam que o sangue representa a vida, ou a alma, de um humano ou animal, e portanto é algo igualmente sagrado. Conforme reza Levítico 17:14, na tradução Almeida<sup>2</sup>, “a alma de toda a carne é o seu sangue”.

As Testemunhas citam passagens como Gênesis 9:3,4, Levítico 17:10-16 e Atos 15:28-29, de períodos pré, durante e pós-vigor da Lei Mosaica, respectivamente, que categoricamente proíbem a ingestão de sangue de qualquer maneira, devendo o sangue de um animal abatido ser primeiro sangrado antes do consumo de sua carne. Assim reza o primeiro livro da Bíblia<sup>3</sup>:

---

<sup>1</sup> WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF PENNSYLVANIA. **Relatório Mundial das Testemunhas de Jeová do Ano de Serviço de 2021**. jw.org, 2021. Disponível em: <https://www.jw.org/pt/biblioteca/livros/relatorio-ano-servico-2021/totais-gerais-2021/>. Acesso em: 22 maio 2023.

<sup>2</sup> BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. Traduzida por João Ferreira de Almeida, Edição Revista e Corrigida. Sociedade Bíblica do Brasil, 2009.

<sup>3</sup> BÍBLIA. Português. **Tradução do Novo Mundo das Escrituras Sagradas**. Wallkill: Watchtower Bible And Tract Society Of New York, Inc., 2015. Edição de Estudo.

Gênesis 9:3,4

3 Todo animal que se move e que está vivo pode servir-lhes de alimento. Assim como dei a vocês a vegetação verde, eu lhes dou todos eles. 4 Somente não comam a carne de um animal com seu sangue, que é a sua vida.

Sobre esta passagem de Gênesis, crê-se notável a opinião do renomado cientista Sir Isaac Newton<sup>4</sup>, também exímio estudioso da Bíblia. Ao escrever sobre o assunto, no século 18, explicou que a lei de abster-se do sangue era “mais antiga do que os dias de Moisés, sendo dada a Noé e a seus filhos, muito antes dos dias de Abraão”. A saber, versa a Lei Mosaica, sobre o sangue<sup>5</sup>:

Levítico 17:10-16

10 Se algum homem da casa de Israel ou algum estrangeiro que mora entre vocês comer o sangue de qualquer criatura, eu certamente me voltarei contra aquele que comer o sangue, e o eliminarei dentre seu povo. 11 Pois a vida de uma criatura está no sangue, e eu mesmo o dei a vocês para que façam expiação por si mesmos no altar. Pois é o sangue que faz expiação por meio da vida que está nele. 12 Foi por isso que eu disse aos israelitas: “Nenhum de vocês deve comer sangue, e nenhum estrangeiro que mora entre vocês deve comer sangue.

13 Se algum israelita ou algum estrangeiro que mora entre vocês, ao caçar, apanhar um animal selvagem ou uma ave que se pode comer, ele terá de derramar o sangue e cobri-lo com pó. 14 Pois a vida de todo tipo de criatura é seu sangue, porque a vida está no sangue. Por isso eu disse aos israelitas: “Não comam o sangue de nenhuma criatura, porque a vida de todas as criaturas é seu sangue. Quem o comer será eliminado.” 15 Se alguém, quer israelita, quer estrangeiro, comer a carne de um animal que tenha sido encontrado morto ou que tenha sido dilacerado por um animal selvagem, esse homem terá de lavar suas roupas e se banhar em água, e ficará impuro até o anoitecer; então ficará puro. 16 Mas, se ele não as lavar e não se banhar, responderá pelo seu erro.

Destaca-se aqui a severidade de tal proibição no período mosaico, uma vez que sua violação, através da ingestão de sangue, ensejava pena de morte. “Embora essa lei tenha sido dada apenas à nação de Israel, ela mostra a importância que Deus dava a não comer sangue”, dizem as Testemunhas em seu site oficial<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> NEWTON, Isaac. **The Chronology of Ancient Kingdoms Amended**: To Which is Prefix'd, A Short Chronicle From the First Memory of Things in Europe, to the Conquest of Persia by Alexander the Great. 1. ed. Londres, 1728. p.184.

<sup>5</sup> **Tradução do Novo Mundo das Escrituras Sagradas**. op. cit.

<sup>6</sup> WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF PENNSYLVANIA. **O que a Bíblia diz sobre transfusões de sangue?**. Disponível em: <https://www.jw.org/pt/ensinos-biblicos/perguntas/biblia-transfusoes-de-sangue/>. Acesso em: 22 maio 2023.

Pontua-se então o dito sobre o assunto para os cristãos no Novo Testamento<sup>7</sup>:

Atos 15:19-20, 28-29

19 Por isso, a minha decisão é não causar dificuldades a essas pessoas das nações, que estão se convertendo a Deus, 20 mas lhes escrever para que se abstenham de coisas contaminadas por ídolos, de imoralidade sexual, do que foi estrangulado e de sangue. [...]

28 Pois pareceu bem ao espírito santo e a nós não impor a vocês nenhum fardo além destas coisas necessárias: 29 que persistam em se abster de coisas sacrificadas a ídolos, de sangue, do que foi estrangulado e de imoralidade sexual. Se vocês se guardarem cuidadosamente dessas coisas, tudo irá bem com vocês. Saudações!"

Prosseguindo em sua explicação, Newton declara<sup>8</sup>:

quando os Apóstolos e Anciãos no Concílio de Jerusalém declararam que os gentios não eram obrigados a ser circuncidados e a guardar a lei de Moisés, eles excetuaram esta lei de abster-se do sangue, e de coisas estranguladas, como sendo uma lei anterior de Deus, imposta, não apenas aos filhos de Abraão, mas a todas as nações.

As Testemunhas destacam ainda mais, porém, o fato de que esta menção da questão do sangue no Novo Testamento, direcionada especificamente aos cristãos, admoesta explicitamente que os cristãos “se abstenham [...] do que foi estrangulado **e de sangue**”. Não se trataria, portanto, de simples proibição do consumo de animais estrangulados, cuja carne contém sangue, mas sim de uma ordem pela abstenção completa da substância (grifo do autor).

Digno de nota, portanto, é que o sangue já possuía longo histórico de uso medicinal<sup>9</sup>, tão primitivo quanto fosse, mesmo centenas de anos anteriores à época em que foi escrito o Novo Testamento e principiou o cristianismo. Cita-se, a título de exemplo, uma carta de um médico ao Rei Assírio Esar-Hadom<sup>10</sup>, que antecede em séculos a era dos apóstolos, e descreve o tratamento ministrado ao filho do rei, nesses termos:

Samas-sum-iaquin está passando bem melhor; o rei, meu senhor, pode ficar feliz. A partir do 22.º dia eu dou [a ele] sangue para beber, ele beberá [isso] por 3 dias. Durante outros 3 dias, eu darei [a ele sangue] para aplicação interna.

<sup>7</sup> Tradução do Novo Mundo das Escrituras Sagradas, op. cit.

<sup>8</sup> NEWTON, Isaac. op. cit.

<sup>9</sup> WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF PENNSYLVANIA. **A santidade do sangue:** antiga controvérsia. Despertai!, 1986. Disponível em: <https://wol.jw.org/pt/wol/d/r5/lp-t/101986650>. Acesso em: 22 maio 2023.

<sup>10</sup> PARPOLA, Simo; NEUKIRCHEN-VLUYN. **Letters From Assyrian Scholars to the Kings Esarhaddon and Assurbanipal**, Parte I: Textos. 1970. p. 201.

Questionam as Testemunhas: “Será que qualquer judeu fiel daquele tempo, ou qualquer cristão verdadeiro posteriormente, teria aprovado tal tratamento?”.

Cita-se também Plínio (23-79 DC)<sup>11</sup>, naturalista do primeiro século da Era Cristã, que escreveu sobre o uso de sangue humano para o tratamento de epilepsia. O mesmo tratamento é citado pelo médico Areteu da Capadócia, já no segundo século, que descreve o procedimento: “Tenho visto pessoas segurando um cálice abaixo da ferida dum homem recentemente morto, e bebendo uma dose de sangue!”<sup>12</sup> Exemplo posterior deste uso foi relatado pelo historiador Reay Tannahill<sup>13</sup>:

Em 1483, por exemplo, Luís XI, da França, estava morrendo. ‘Ele piorava a cada dia, e os remédios de nada lhe adiantavam, embora fossem dum caráter estranho; pois ele esperava veementemente recuperar-se com o sangue humano que ele tirava e engolia de certas crianças.’

Finalmente, também é sabido pela evidência histórica que os cristãos primitivos eram conhecidos por sua recusa na participação de práticas envolvendo o sangue. Por exemplo, em 177 EC, quando os inimigos religiosos levantaram a acusação falsa de que os cristãos comiam crianças, uma senhora chamada Biblis contestou: “Como é que tais homens comeriam crianças, quando não se lhes permite sequer comer o sangue de animais irracionais?”<sup>14</sup> O autor cristão Tertuliano (cerca de 160-230 EC) também confirmou que os cristãos de seus dias se recusavam a comer sangue. Minúcio Félix, advogado romano que viveu até cerca de 250 EC, asseverou: “Abstemo-nos tanto do sangue humano que, em nossas refeições, evitamos o sangue de animais utilizados como alimento.”<sup>15</sup>

Os exemplos são abundantes, e demonstram que o uso de sangue por parte dos cristãos, para alimentação ou fins medicinais, já é assunto antigo, discutido muito antes do estabelecimento moderno da denominação das Testemunhas de Jeová como são conhecidas.

<sup>11</sup> BEARD, Mary Ritter. **Spqr - Uma História da Roma Antiga**. São Paulo: Planeta, 2015.

<sup>12</sup> ADAMS, Francis. **The Extant Works of Aretæus, the Cappadocian**. Londres: Sydenham Society, 1856. p. 471.

<sup>13</sup> TANAHILL, Reay. **Flesh and Blood, A History of the Cannibal Complex**. Nova Iorque, 1975. p. 63, 64.

<sup>14</sup> EUSÉBIO. **A História Eclesiástica**. Cambridge e Londres: Biblioteca Clássica Loeb, 1980. p. 419.

<sup>15</sup> FÉLIX, Minúcio. **Otávio**. Cambridge e Londres: Biblioteca Clássica Loeb, 1977. p. 409.

Desta forma, as Testemunhas de Jeová entendem que transfundir sangue alogênico, isto é, de outra pessoa, nas próprias veias, é violação direta da ordem bíblica de “abster-se de sangue”, assim como a injeção intravenosa de álcool iria de encontro a uma ordem médica de “abster-se de álcool” no caso de um paciente alcoólatra. Acreditam o mesmo quanto às quatro principais partes do sangue, a saber, glóbulos vermelhos e brancos, plaquetas e plasma, uma vez que creem que estes ainda são, fundamentalmente, “sangue”.

## 2.2 DAS FRAÇÕES DE SANGUE E COOPERAÇÃO COM MÉDICOS E AUTORIDADES

As Testemunhas não são dogmáticas, porém, quanto a procedimentos médicos envolvendo frações sanguíneas, deixando que cada um de seus fiéis utilize suas “consciências treinadas pela Bíblia” para decidir se aceitarão ou não procedimentos envolvendo seu uso. São similarmente não-dogmáticos quanto ao uso do sangue da própria pessoa, como nos casos de hemodiálise ou recuperação intraoperatória de células<sup>16</sup>.

Uma vez que levam o assunto extremamente a sério, todas as Testemunhas de Jeová são forte e repetidamente incentivadas a assinar e autenticar documento pré-elaborado, denominado no Brasil como Diretivas Antecipadas e Procuração para Tratamento de Saúde (Anexo A), que esclarece suas crenças nos casos de emergências médicas. O documento também consta com campos em que se permite a cada indivíduo acrescentar ou explicitar quaisquer crenças adicionais que possuam quanto a tratamentos alternativos às transfusões.

Todas as Testemunhas são também fortemente orientadas a carregar este documento sempre consigo, o deixando em local de fácil identificação e acesso, no caso de emergências médicas, para que suas crenças sejam respeitadas mesmo que se encontrem inconscientes. Também para esse propósito citam, neste documento, pessoas que lhes servirão de procuradores, defendendo sua posição, quando a própria pessoa não puder fazê-lo.

---

<sup>16</sup> O que a Bíblia diz sobre transfusões de sangue?. op. cit.

As Testemunhas também disponibilizam, em seu site oficial, página informativa com material para juristas e autoridades<sup>17</sup>, com notícias e casos jurídicos recentes quanto à denominação, incluindo não só a questão do sangue, como também a recusa a prestar serviço militar por objeção de consciência e a perseguição daqueles que professam esta fé ao redor do mundo.

Ainda em seu site oficial, dispõem de página intitulada “Informações para médicos”<sup>18</sup>, onde elencam os mais recentes estudos científicos sobre tratamentos alternativos à transfusão de sangue alogênico, além de disponibilizar uma diversidade de matérias específicas à médicos das mais variadas especialidades.

Também visando à colaboração com a classe médica, as Testemunhas estabeleceram uma rede mundial de Comissões de Ligação com Hospitais (COLIHs). Só no Brasil há mais de cem destas Comissões, cujos membros, treinados e bem informados, frequentemente buscam a interação e colaboração com médicos, enfermeiros, assistentes sociais, administradores de hospitais e membros do Poder Judiciário, organizando eventos e disponibilizando-se para o fornecimento de todo auxílio que possam necessitar. Em apostila destinada a seus membros<sup>19</sup>, as Testemunhas explicam:

Os irmãos que servem na Colih são treinados para ajudar as comunidades médica e jurídica a entender nossa posição religiosa com respeito ao sangue. Eles podem considerar com os prestadores de serviço de saúde quais são as estratégias para tratamento médico sem transfusão de sangue. Caso seja necessário, eles podem ajudar você a encontrar um médico colaborador.

Há também, além das COLIHs, os Grupos de Visitas a Pacientes (GVPs), que proveem “apoio espiritual, emocional e, se necessário, suporte físico para os pacientes internados em hospitais.”<sup>20</sup> Como define Álvaro Villaça Azevedo em seu parecer sobre o tema<sup>21</sup>, “as Testemunhas de Jeová não são avessas à Medicina.

<sup>17</sup> WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF PENNSYLVANIA. **Informações para autoridades**. Disponível em: <https://www.jw.org/pt/casos-juridicos/>. Acesso em: 22 maio 2023.

<sup>18</sup> WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF PENNSYLVANIA. **Informações para médicos**. Disponível em: <https://www.jw.org/pt/biblioteca-medica/>. Acesso em: 22 maio 2023.

<sup>19</sup> WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF PENNSYLVANIA. **Prepare-se agora para uma emergência médica**. Apostila da Reunião Vida e Ministério: janeiro–fevereiro de 2023. Disponível em: <https://www.jw.org/pt/biblioteca/jw-apostila-do-mes/janeiro-fevereiro-2023-mwb/Programa%C3%A7%C3%A3o-da-Reuni%C3%A3o-Vida-e-Minist%C3%A9rio-para-23-29-de-janeiro-de-2023/Prepare-se-agora-para-uma-emerg%C3%Aancia-m%C3%A9dica/>. Acesso em: 22 maio 2023.

<sup>20</sup> AZEVEDO, Álvaro Villaça. **Autonomia do Paciente e Direito de Escolha de Tratamento Médico Sem Transfusão de Sangue**: mediante os atuais preceitos civis e constitucionais brasileiros. São Paulo, 2010.

<sup>21</sup> Ibid.

Na realidade, apenas desejam que seu direito de escolher um tratamento médico sem transfusão de sangue seja respeitado”.

### 2.3 TRATAMENTOS ALTERNATIVOS À TRANSFUSÃO DE SANGUE ALOPÁTICO

Há uma diversidade de alternativas terapêuticas para os tratamentos médicos com sangue, que podem ser utilizadas por pacientes Testemunhas de Jeová sem violar suas crenças religiosas. A supracitada página de informações para médicos<sup>22</sup> narra alguns destes. Dentre as técnicas envolvendo sangue autólogo, do próprio paciente, citam-se, a título de exemplo: a hemodiluição normovolêmica aguda, a diálise, a circulação extracorpórea e a recuperação intraoperatória de sangue.

Além dessas, há também a possibilidade de uso de técnicas e medicamentos envolvendo frações de sangue alogênico, sempre exigindo-se o consentimento informado do paciente em questão. São exemplos destas as frações de glóbulos vermelhos (hemina, hemoglobina), frações de glóbulos brancos, frações de plaquetas e frações de plasma (albumina, fatores de coagulação, fibrinogênio, imunoglobulinas).

Há também outras técnicas, que não envolvem o sangue diretamente, mas auxiliam a evitar sua perda operatória, tais como o uso de soluções salinas e outras substâncias para aumentar o volume sanguíneo. Podem ser usados também medicamentos como a eritropoetina, uma substância que estimula a produção de glóbulos vermelhos, solucionando situações anêmicas. Em linha geral, há que se priorizar o uso de cirurgias minimamente invasivas, que reduzem a perda de sangue durante o procedimento.

É comum cirurgiões realizarem mesmo procedimentos complexos, como operações cardíacas, cirurgias ortopédicas e transplantes de órgãos, sem o uso de transfusões de sangue<sup>23</sup>. Os pacientes, incluindo crianças, que não recebem transfusão, geralmente se recuperam tão bem quanto, ou até melhor, do que aqueles que aceitam transfusão.

---

<sup>22</sup> **Informações para médicos.** op. cit.

<sup>23</sup> SEEBER, Petram, SHANDER Aryeh. **Basics of Blood Management.** John Wiley & Sons, Ltd, 2012. 2.<sup>a</sup> ed. p. 2.

Não cabe a este trabalho discutir a validade ou não da visão das Testemunhas de Jeová quanto à sacralidade do sangue. De fato, também não cabe ao Estado fazê-lo, “bastando constatar a sua seriedade”, segundo o ministro do Supremo Tribunal Federal (STF) Luís Roberto Barroso<sup>24</sup>, que também ressalta:

Em outras palavras, o que interessa aqui não é o acerto ou desacerto do dogma sustentado pelas testemunhas de Jeová, mas sim o direito, ostentado por cada um de seus membros, de orientar sua própria vida segundo esse padrão ético ou abandoná-lo a qualquer momento, segundo sua própria convicção.

A proteção seletiva a determinados dogmas religiosos equivaleria à negação da liberdade de religião e do pluralismo, violando a exigência de que os diferentes grupos sociais sejam tratados com igual consideração e respeito.

Para que possa haver discussão quanto à liberdade de religião, basta que seja comprovada a natureza religiosa do fundamento. Uma vez que, pelo descrito neste capítulo, esta simplesmente não pode ser razoavelmente questionada, resta concluir que suas crenças devam, concordemente, ser protegidas e respeitadas pelos profissionais de saúde e pelas autoridades, conforme os preceitos do direito fundamental à liberdade de religião, à vida e à dignidade, analisados a seguir.

---

<sup>24</sup> BARROSO, Luís Roberto. **Legitimidade da Recusa de Transfusão de Sangue por Testemunhas de Jeová**: dignidade humana, liberdade religiosa e escolhas existenciais. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <<http://www.conjur.com.br/dl/testemunhas-jeova-sangue.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2022.

### 3 DO DIREITO À LIBERDADE DE RELIGIÃO, À VIDA E DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Naturalmente, toda discussão quanto ao garantimento de direitos fundamentais precisa tratar da principiologia que os embasa. Assim, este capítulo discutirá as questões relevantes relativas aos direitos à liberdade de religião e à vida, assim como o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana.

#### 3.1 DO DIREITO À LIBERDADE DE RELIGIÃO COMO DIREITO CONSTITUCIONAL FUNDAMENTAL

O conceito de liberdade de religião, basilar para esta discussão, é definido por Celso Antônio Bandeira de Mello<sup>25</sup> como o direito de cada indivíduo de escolher livremente sua crença religiosa, bem como de praticá-la ou não, sem que sofra qualquer tipo de discriminação ou coação por parte do Estado ou de terceiros. O jurista destaca que esse direito é fundamental para a garantia da autonomia individual e da dignidade humana, e que sua proteção é uma das principais funções do Estado em uma sociedade democrática e pluralista.

Similarmente, a “liberdade religiosa” é definida por Paulo Bonavides<sup>26</sup> como o direito de cada indivíduo “viver segundo as convicções religiosas que escolher, bem como o direito de professá-las, propagá-las, exercê-las e praticá-las livremente, sem qualquer forma de coerção ou intervenção externa, pública ou privada”. O autor enfatiza que esse direito, além de fundamental, é “uma das primeiras liberdades públicas, que se liga ao exercício da consciência individual e se vincula, por sua vez, à liberdade de pensamento, de crença e de expressão”.

A Constituição Federal de 1988<sup>27</sup> é clara em afirmar neste sentido:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à **liberdade**, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...]

<sup>25</sup> MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 32. ed. São Paulo: Malheiros, 2015.

<sup>26</sup> BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 33. ed. São Paulo: Malheiros, 2018. p. 628.

<sup>27</sup> BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 22 maio 2023.

**VI - é inviolável a liberdade de consciência e de crença**, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias. (grifos nossos).

Como manifestação da vontade do indivíduo, a escolha religiosa é inviolável, uma vez que fazê-lo significaria ir de encontro ao próprio direito à liberdade, caracterizando uma grave violação aos direitos humanos e à dignidade da pessoa humana. Desta forma, o direito à liberdade de religião deve ser respeitado pelo Estado e por toda a sociedade, independentemente da religião ou crença de cada indivíduo, e não pode sofrer limitações injustificadas. Menciona Paulo Bonavides (2018)<sup>28</sup>:

"A liberdade religiosa é um dos pilares fundamentais do Estado Democrático de Direito e, como tal, encontra-se no ápice do sistema de valores constitucionais. [...] A liberdade religiosa, núcleo duro do direito de liberdade, é um princípio, um valor, uma opção filosófica e moral, um direito humano e um fator histórico e cultural"

Ao usar o termo “núcleo duro do direito de liberdade”, o jurista pontua que o conteúdo da liberdade de religião é parte essencial e intangível da liberdade como um todo, e portanto deve ser protegido de forma mais rigorosa pelo Estado e pela sociedade. Ou seja, mesmo em situações de conflito com outros direitos fundamentais ou em momentos de crise, o “núcleo duro da liberdade” contido na liberdade religiosa não pode ser violado ou relativizado.

Além disso, a liberdade de religião também está relacionada ao princípio da laicidade do Estado, que garante a neutralidade e a imparcialidade do Estado em relação às diversas crenças e religiões existentes na sociedade. Isso significa que o Estado não pode favorecer ou discriminar determinada religião em detrimento de outras, devendo tratar todas as religiões de forma igualitária.

Apesar de ser um direito fundamental, a liberdade de religião também possui limites, que estão previstos na Constituição Federal e em outros dispositivos legais. O principal limite é o respeito aos direitos fundamentais de terceiros, como o direito à vida, à integridade física e moral, à liberdade, à igualdade e à dignidade da pessoa humana. Dessa forma, a liberdade de religião não pode ser utilizada como justificativa para a prática de atos que violem esses direitos, como o sacrifício humano, a mutilação genital ou a discriminação por

---

<sup>28</sup> BONAVIDES, op. cit. pp. 662 e 664.

motivos religiosos. Como explica Celso Ribeiro Bastos<sup>29</sup>, as expressões de religiosidade devem estar sempre adstritas a dois requisitos essenciais: à boa-fé dos que a promovem e “à exclusão de qualquer prática que, independentemente do seu pretense caráter religioso, seja atentadora aos princípios da ordem constitucionalmente estabelecida”.

Além disso, a liberdade de religião não pode ser utilizada como um escudo para a prática de crimes ou para a violação de normas legais. A CF/88 explicita, por exemplo, no art. 5º, VIII, que “ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei”. Outro limite da liberdade de religião é o interesse público. Em alguns casos, é possível que o Estado restrinja a liberdade religiosa em nome do interesse público, como na hipótese de preservação da ordem pública, da segurança nacional, da saúde pública ou dos direitos fundamentais de terceiros.

Naturalmente, a liberdade de religião também envolve a proteção da integridade física e moral do indivíduo, bem como o direito de não ser submetido a tortura ou a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, em nome da religião. Isto se fundamenta no princípio da dignidade da pessoa humana, que é um dos valores fundamentais do Estado de Direito e da democracia, e será discutida a seguir.

### 3.2 DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E SEU ENTENDIMENTO COMO AUTONOMIA E HETERONOMIA

A dignidade da pessoa humana é fundamental à inteireza do ordenamento jurídico brasileiro, o que é evidente por sua presença no primeiro artigo de nossa Carta Magna<sup>30</sup>, que o caracteriza como fundamento da República Federativa do Brasil:

---

<sup>29</sup> BASTOS, Celso Ribeiro. **Direito de Recusa de Pacientes, de seus Familiares ou Dependentes, às Transfusões de Sangue**: por razões científicas e convicções religiosas. São Paulo, 2000.

<sup>30</sup> CF/88. op. cit.

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: [...]

III - a dignidade da pessoa humana;

Classificá-lo desta forma faz com que, como descreve Barroso (2010), a dignidade da pessoa humana funcione como “fator de legitimação das ações estatais e vetor de interpretação da legislação em geral”. De fato, o autor destaca que este princípio não é apenas seguido nesta Nação, classificando-o como “um dos grandes consensos éticos do mundo ocidental”. A título de exemplo, a Declaração Universal dos Direitos Humanos<sup>31</sup> começa seu primeiro artigo descrevendo que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”.

Embora seja verdade que o conceito geral de dignidade é vasto e polissêmico, é necessário, para a efetividade e plenitude de seu uso no contexto jurídico, que lhe sejam atribuídos sentidos concretos mínimos. Citando o imperativo categórico kantiano, Barroso<sup>32</sup> assim a define:

Na sua expressão mais essencial, a dignidade exige que toda pessoa seja tratada como um fim em si mesma. A vida de qualquer ser humano tem um valor intrínseco. Ninguém existe no mundo para atender os propósitos de outra pessoa ou para servir a metas coletivas da sociedade. O valor ou princípio da dignidade humana veda, precisamente, essa instrumentalização ou funcionalização de qualquer indivíduo.

Neste sentido, não faz sentido que uma pessoa seja considerada um fim por si só se os valores e objetivos de sua vida são determinados externamente, como por um ente estatal. É por isto que se pontua que outra expressão da dignidade humana é que as decisões mais importantes na vida de uma pessoa não devem ser impostas por uma vontade externa a ela. Barroso<sup>33</sup> menciona: “no mundo contemporâneo, a dignidade humana tornou-se o centro axiológico dos sistemas jurídicos, fonte dos direitos materialmente fundamentais”.

No plano dos direitos políticos, isto se traduz no direito de participação no processo democrático, o que inclui o direito de votar e ser votado, assim como

<sup>31</sup> ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Nova Iorque, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 09 maio 2023.

<sup>32</sup> BARROSO, op. cit.

<sup>33</sup> Ibidem.

participar dos debates públicos e da organização social. Já no plano dos direitos individuais, especialmente relevantes no tocante à matéria deste trabalho, a dignidade da pessoa humana se expressa na autonomia privada, que decorre dos princípios da liberdade e da igualdade. “As pessoas têm o direito de eleger seus projetos existenciais e de não sofrer discriminações em razão de sua identidade e de suas escolhas”, finaliza Barroso<sup>34</sup>.

### 3.2.1 Da Dignidade Como Autonomia

A dignidade da pessoa humana pode ser entendida como autonomia ou como heteronomia, a depender da concepção adotada. Quando entendida como autonomia, segundo fazem todos os grandes documentos de Direitos Humanos do século XX, essa é a perspectiva que dá origem a uma esfera inviolável de proteção à pessoa humana e suas decisões, servindo de fundamento para os direitos fundamentais. A dignidade como autonomia pode então ela mesma ser subdividida em dois de seus aspectos: a capacidade de autodeterminação e exigência de que haja condições adequadas para o exercício da autodeterminação.

A capacidade de autodeterminação se trata do direito de cada indivíduo de decidir que rumos a própria vida tomará, tomando, por conta própria, todas decisões de cunho moral que sejam necessárias, e assumindo para si as consequências que estas tragam. Sobre isso acrescenta Barroso<sup>35</sup>:

Há decisões que o Estado pode tomar legitimamente, em nome de interesses e direitos diversos. Mas decisões sobre a própria vida de uma pessoa, escolhas existenciais sobre religião, casamento, ocupações e outras opções personalíssimas que não violem direitos de terceiros não podem ser subtraídas do indivíduo, sob pena de se violar sua dignidade.

O segundo aspecto, por sua vez, trata-se da exigência de que haja meios práticos que garantam a realidade desta autodeterminação, uma vez que uma autodeterminação meramente retórica de nada adianta. Compreender a dignidade humana como autonomia é, portanto, valorizar o indivíduo humano, respeitando sua liberdade e seus direitos fundamentais.

---

<sup>34</sup> BARROSO, op. cit.

<sup>35</sup> Ibidem.

### 3.2.2 Da Dignidade Como Heteronomia

Em linha contrária à da autonomia, a dignidade como heteronomia traz uma visão da dignidade ligada a valores compartilhados pela comunidade, antes que a escolhas individuais. Em outras palavras, a dignidade aqui é entendida com base nos ideais da sociedade quanto ao que é ou não uma vida boa, independentemente das opiniões particulares de cada indivíduo.

Muito por isto que Barroso<sup>36</sup> acentua que “o conceito de dignidade como heteronomia funciona muito mais como uma constrição externa à liberdade individual do que como um meio de promovê-la”. Uma vez que a liberdade aqui só pode ser exercida dentro daquilo que a sociedade considera “digno”, ao invés da visão de cada indivíduo, pode-se considerar este conceito um “freio à liberdade”, freio este em muito criticado por entre outros pontos, proporcionar o enfraquecimento dos direitos fundamentais, e servir de justificativa para políticas paternalistas, moralistas e perfeccionistas.

De fato, o mesmo autor destaca, ao argumentar pelo predomínio da visão autonomista da dignidade no ordenamento jurídico brasileiro, que “a Carta de 1988 representou uma ruptura com o modelo ditatorial intervencionista, constituindo o marco inicial da reconstrução democrática do Brasil”, razão que justifica “sua ênfase nas liberdades pessoais, parte essencial de um longo elenco de direitos individuais e garantias procedimentais”.

Não se pode afirmar definitivamente que o Brasil siga única e exclusivamente qualquer uma destas visões quanto à dignidade, uma vez que mesmo em julgados do STF que majoritariamente embasam-se em princípios de autonomia, tais como na discussão sobre a recepção de artigos da Lei de Imprensa na ordem constitucional pós-88, ou na discussão da constitucionalidade da proibição de progressão de regime nos crimes hediondos, ainda há minoria relevante de argumentos heteronômicos. Apesar disto, a predominância da dignidade como autonomia é evidente na Constituição e no direito brasileiro vigente.

---

<sup>36</sup> BARROSO, op. cit.

Barroso<sup>37</sup> descreve:

A dignidade da pessoa humana é o fundamento e a justificação dos direitos fundamentais. Ela tem uma dimensão ligada à autonomia do indivíduo, que expressa sua capacidade de autodeterminação, de liberdade de realizar suas escolhas existenciais e de assumir a responsabilidade por elas. [...] Na Constituição brasileira, é possível afirmar a predominância da idéia de dignidade como autonomia, o que significa dizer que, como regra, devem prevalecer as escolhas individuais. Para afastá-las, impõe-se um especial ônus argumentativo.

Evidentemente, a ideia de dignidade com base em autonomia moral é a visão de dignidade mais relevante a este trabalho, uma vez que este trata da legitimidade de uma escolha pessoal, religiosa, no que tange a seus efeitos quando em potencial conflito com outros direitos fundamentais. Que esta seja também a visão predominante na Constituição Federal de 1988 e no ordenamento jurídico brasileiro como um todo apenas ressalta sua importância nesta discussão.

### 3.3 DO DIREITO À VIDA COM DIGNIDADE

Presente no caput do art 5º da Carta Magna, o direito à vida é, conforme Barroso<sup>38</sup> pontua, “de fato especial”. “Qualquer flexibilização da sua força jurídica ou moral é delicada e deve envolver cautelas múltiplas.” Que o direito à vida é essencial à própria sociedade humana é evidente na presença de garantias à sua proteção desde os primórdios da humanidade, como na já citada Lei Mosaica e nas mais antigas das passagens bíblicas.

Sobre sua definição, Álvaro Villaça Azevedo<sup>39</sup> esclarece:

O direito à vida garantido constitucionalmente no art. 5º, caput (CF), por conseguinte, pressupõe não apenas o direito de existir biologicamente. Se o direito à vida é um direito fundamental alicerçado na dignidade humana, a vida assegurada pela Constituição é a vida com autonomia e liberdade.

É por esta razão que, embora o direito à vida seja, como diz Celso Ribeiro Bastos<sup>40</sup>, “o fundamento de todos os demais direitos”, sua discussão aqui ocorre apenas após àquela relativa à dignidade da pessoa humana. Não há que se falar

---

<sup>37</sup> BARROSO, op. cit.

<sup>38</sup> Ibidem.

<sup>39</sup> AZEVEDO, op. cit.

<sup>40</sup> BASTOS, op. cit.

em direito à vida se esta não for uma vida digna, cujo valor constitucional é inviolável. Em que pese sua inviolabilidade, o direito à vida não é absoluto. De fato, nenhum direito o é. Como declarou o Ministro Celso de Mello<sup>41</sup>: “Os direitos e garantias individuais não têm caráter absoluto. **Não há, no sistema constitucional brasileiro, direitos ou garantias que se revistam de caráter absoluto**” (grifo nosso).

Assim, ocorrendo a colisão de direitos fundamentais, não é possível que o sistema jurídico estabeleça prevalência hierárquica de um direito sobre outro aprioristicamente. A análise e ponderação necessária deve ser feita caso a caso, sempre com base na Constituição Federal de 1988. Exemplificando casos de possível conflito do direito à vida com outros direitos e liberdades, Barroso<sup>42</sup> cita que “o Estado não pode proibir alguém de prestar ajuda humanitária em uma região de guerra, ou de praticar esportes radicais, ainda que o risco seja elevado ao extremo.” Estas liberdades são decorrentes da dignidade como autonomia. Como diz Nery Júnior<sup>43</sup>, “o que a Constituição Federal garante é o direito à vida digna, com todos os seus desdobramentos”. Barroso continua:

Como se vê, admite-se sem maior controvérsia que a vida seja colocada em risco pelo próprio indivíduo para que ele possa levar adiante inúmeras decisões pessoais e realizar seu próprio projeto de vida. Em outras palavras, admite-se o risco de morte quando seja indissociável do exercício autônomo da vida, que não pode se converter em mera subsistência, privada de sentido para o seu próprio titular.

Dito isto, a recusa de transfusões de sangue por Testemunhas de Jeová não pode ser considerada um análogo ao suicídio. Como Celso Ribeiro Bastos<sup>44</sup> esclarece, “não se está fazendo aqui a apologia do ‘direito à morte’”. As Testemunhas de Jeová não querem morrer. Muito pelo contrário, buscam viver, e da forma mais digna possível. É por esta razão que buscam os hospitais e a ajuda de profissionais médicos, submetendo-se a seus tratamentos e incentivando que outros façam o mesmo. Azevedo<sup>45</sup> esclarece:

---

<sup>41</sup> BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Mandado de Segurança 23.452/RJ**. Rel. Min. Celso de Mello, 2000

<sup>42</sup> BARROSO, op. cit.

<sup>43</sup> NERY JÚNIOR, Nelson. **Escolha Esclarecida de Tratamento Médico por Pacientes Testemunhas de Jeová**: como exercício harmônico de direitos fundamentais. São Paulo, 2009.

<sup>44</sup> BASTOS, op. cit.

<sup>45</sup> AZEVEDO, op. cit.

Dessa forma, quando um paciente Testemunha de Jeová procura um médico ou hospital, é internado e opta por receber tratamento médico que dispensa o uso de transfusão de sangue, está exercendo o direito à vida em sentido pleno.

Permitir que seja violada sua dignidade humana por forçá-los a se submeter a tratamentos que violam sua consciência religiosa é não só inconstitucional, como cria o que Celso Ribeiro Bastos<sup>46</sup> aptamente chama de “situação estapafúrdia”, uma vez que estaria “beneficiando aquele que não procurasse auxílio médico, em detrimento daquele que, procurando-o, acabasse por perder sua liberdade pessoal”.

Na verdade, a conclusão a que Bastos<sup>47</sup>, Barroso<sup>48</sup>, Azevedo<sup>49</sup> e Nery Júnior<sup>50</sup> chegam, unanimemente, em seus respectivos pareceres, é a de que **a recusa de transfusão de sangue por Testemunhas de Jeová não é conflito entre o direito à vida e o direito à liberdade de religião**, ou qualquer outro. Assevera Nery Júnior:

Não obstante, não raro, encontram-se decisões judiciais em que os praticantes da religião Testemunhas de Jeová são condenados a se submeter compulsoriamente ao tratamento médico que envolva transfusão de sangue. De ordinário, verifica-se na fundamentação dessas decisões a manifestação de um pensamento que se pretende fundado em uma ponderação de interesses entre dois direitos fundamentais: liberdade religiosa *versus* direito à vida, optando-se em dar prevalência a este último em detrimento da liberdade de religião. Todavia, conforme passaremos a demonstrar, esse suposto conflito entre dois direitos fundamentais (liberdade religiosa vs. direito à vida) apresenta-se como um **falso problema**, não havendo na hipótese um autêntico conflito entre o bem jurídico vida e a liberdade religiosa (grifos do autor).

Conforme Nery explica, a colisão de direitos fundamentais em sentido estrito somente ocorre quando a realização de um direito fundamental causa dano no direito fundamental de **outra pessoa**. Uma vez que a recusa de transfusão de sangue alopático em nada afeta outras pessoas, não atenta de nenhum modo com o direito fundamental de outrem, e portanto não há que se falar em conflito no sentido estrito.

Também não se trata de conflito em sentido amplo, a saber, a colisão entre direitos fundamentais e bens coletivos, uma vez que, por não desejar a morte, a

---

<sup>46</sup> BASTOS, op. cit.

<sup>47</sup> Ibid.

<sup>48</sup> BARROSO, op. cit.

<sup>49</sup> AZEVEDO, op. cit.

<sup>50</sup> NERY JÚNIOR, op. cit.

Testemunha de Jeová não está violando o bem coletivo da vida ou da saúde, mas sim meramente optando por qualquer das inúmeras alternativas ao tratamento com transfusão de sangue alopático. O objetivo final permanece sendo a preservação da vida, o fazendo à luz da Constituição Federal de 1988 no que diz respeito aos preceitos do direito à vida com dignidade.

## 4 DO DIREITO DE RECUSA A TRATAMENTO MÉDICO POR JUSTIFICATIVA RELIGIOSA

Compreendida a principiologia relevante ao tema, partimos à análise das outras bases que justificam o direito de recusa a tratamento por justificativa religiosa, conforme se aplicam a variados casos de recusa de transfusão de sangue alopático ou procedimentos similares por Testemunhas de Jeová.

### 4.1 CONSENTIMENTO GENUÍNO E SUA MANIFESTAÇÃO POR ESCRITO

Segundo Barroso<sup>51</sup>, a recusa a que se realize qualquer procedimento envolvendo transfusão de sangue por parte de Testemunha de Jeová é realizada através do **consentimento genuíno**. Conforme o autor, este se trata de válida e adequada manifestação de vontade. Para que se caracterize o consentimento genuíno, é preciso que se verifiquem três distintos aspectos, a saber: o sujeito do consentimento, a liberdade de escolha e a decisão informada.

O sujeito do consentimento é o próprio titular do direito fundamental em questão, cujo papel é manifestar sua vontade de maneira válida e inequívoca. A validade desta manifestação depende da capacidade civil do sujeito, assim como de sua capacidade de discernimento ao expressá-la. Também pontua Barroso que a decisão há de ser expressa, “não se devendo presumir a recusa de tratamento médico”. Um segundo aspecto do consentimento genuíno é a liberdade de escolha, isto é, que este seja fruto de uma escolha livre de seu titular, sem qualquer interferência externa indevida. O consentimento não é genuíno se for produto de ameaças, por exemplo. Também por esta razão a vontade deve ser revogável a qualquer tempo.

Finalmente, para que o consentimento seja genuíno, a decisão que o embasa deve ser informada. Isto significa dizer que não pode se tratar de decisão tomada cegamente, sem todas as informações devidas. Nery Júnior<sup>52</sup> fala mais sobre o **consentimento informado**. Citando Elena Highton e Sandra Wierzba<sup>53</sup>:

---

<sup>51</sup> BARROSO, op. cit.

<sup>52</sup> NERY JÚNIOR, op. cit.

<sup>53</sup> HIGHTON, Elena; WIERZBA, Sandra. **La Relación Médico-Paciente: El Consentimiento Informado**. 2.ª ed. Buenos Aires: Ad-Hoc, 2003, § 1.º, p. 1.

O consentimento informado implica numa declaração de vontade efetuada por um paciente, pela qual, após receber uma suficiente informação referente ao processo de intervenção cirúrgica que se propõe como medicamento aconselhável, este decide prestar sua aceitação e submeter-se a tal procedimento ou intervenção.

Em outras palavras, o médico tem a obrigação de, antes de qualquer intervenção, dar ao paciente informações adequadas sobre sua condição de saúde, assim como os métodos de tratamento possíveis. Esta informação deve ser prévia e em linguagem compreensível, e deve ressaltar não só os potenciais benefícios de dado procedimento, como também de seus potenciais riscos. O médico deve também dar ao paciente o tempo necessário para que tome sua decisão sem qualquer tipo de pressão.

O consentimento informado “se consubstancia em ato jurídico *stricto sensu*”, como ressalta Nery Júnior<sup>54</sup>. Em outras palavras, se trata de concreta manifestação de vontade, que portanto deve produzir os efeitos jurídicos decorrentes da lei. Como ato jurídico *stricto sensu*, sua forma será, via de regra, livre. Assim, a recusa das Testemunhas de Jeová em discussão pode ser manifestada tanto em forma verbal quanto em forma escrita, como no caso do já citado documento Diretivas.

A existência de documento escrito, explica Nery Júnior<sup>55</sup>, é vantajosa principalmente por dois motivos: sua natureza vinculativa e sua eficácia eximidora. Sua natureza vinculativa significa dizer que o documento, como externalização de vontade, é juridicamente vinculante para os profissionais de saúde, obrigando-os a respeitar a vontade nele expressa. Sua eficácia eximidora, por outro lado, se refere à eximissão de responsabilidade do profissional médico, uma vez que o paciente, ao exercer sua liberdade por, neste caso, recusar-se a submeter a determinado tratamento, assume as consequências decorrentes do seu ato. Sobre isto, pontua André Gonçalo Dias Pereira<sup>56</sup>:

Num caso concreto, que mereceu a apreciação do Contencioso da Ordem dos Médicos, concluiu-se de igual modo, que: “age de forma deontologicamente correcta o médico que se abstém de efectuar uma transfusão sanguínea em cumprimento de uma vontade livre, consciente e expressa, por escrito, do doente, após ter sido devidamente esclarecido das consequências da recusa do tratamento. Os médicos têm a obrigação deontológica de respeitar as opções religiosas dos

<sup>54</sup> NERY JÚNIOR, op. cit.

<sup>55</sup> Ibid.

<sup>56</sup> PEREIRA, André Gonçalo Dias. **O consentimento informado na relação médico-paciente**, cit., III, § 51, 2, p. 505.

doentes. **O médico que procede a uma transfusão de sangue contra a vontade do paciente não está no exercício de nenhum direito.** O seu comportamento é, inclusive, punível nos termos da lei penal (grifo nosso).

Entretanto, veja-se que respeitar a vontade do paciente não se confunde com abandoná-lo à própria sorte. Como destaca Nery Júnior<sup>57</sup>, após o esclarecimento informado e subsequente recusa quanto a determinado tratamento, “o estabelecimento hospitalar tem o **dever** de informar quais os tratamentos alternativos disponíveis e quais os hospitais que melhor atendam as suas exigências” (grifo do autor).

Que dizer então da obtenção de consentimento no caso de paciente inconsciente? É válido nestes casos documento previamente assinado pelo paciente manifestando a recusa a transfusões de sangue? Sobre isso comentam Maria de Fátima Freire de Sá e Ana Carolina Brochado Teixeira<sup>58</sup>:

A segunda situação que vislumbramos é a de paciente maior, mas inconsciente. Aqui temos duas outras situações.

Caso haja prova acerca da crença adotada pelo paciente, seja através de documento de identificação religioso, seja através de declaração firmada pela pessoa, registrada em cartório, ou declaração que tenha a assinatura de duas testemunhas, onde rechaça qualquer tratamento que tenha por finalidade a transfusão sanguínea, não vemos outra alternativa senão privilegiar sua vontade. Caso contrário, ou seja, inexistindo provas, o ato deve ser praticado. Nossa opinião é coerente, portanto, com um dos fundamentos constitucionais da República Federativa do Brasil, qual seja, a dignidade da pessoa humana. Também a liberdade é princípio constitucional que deve ser materialmente interpretado.

Ora, submeter alguém a uma transfusão de sangue mediante o emprego da força significa fazê-la objeto de tratos desumanos e degradantes. A possibilidade de decidir o próprio destino diante das encruzilhadas da vida é um ato que afeta a liberdade mais íntima de autodeterminação.

Veja que, segundo as autoras, a mera identificação religiosa do paciente bastaria para que se deva privilegiar a vontade do paciente inconsciente. Porém, em muito fortalecendo seu caso, as Testemunhas de Jeová diariamente carregam consigo o já citado documento Diretivas (Anexo A), que, por padrão, tem sua validade duplamente comprovada, uma vez que frequentemente é tanto assinado por duas testemunhas quanto registrado em cartório.

<sup>57</sup> NERY JÚNIOR, op. cit.

<sup>58</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. **Responsabilidade médica e objeção de consciência religiosa.** Revista Trimestral de Direito Civil, 21:133, 2005

## 4.2 DISPOSITIVOS DO DIREITO BRASILEIRO E DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Há variados dispositivos legais que tocam neste tema. Cita-se, inicialmente, o Código Civil de 2002<sup>59</sup>, particularmente seu artigo 15, que reza: “Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”. O artigo é claro em sua redação: não pode haver constrangimento de paciente para que se submeta a qualquer tratamento ou intervenção médica com risco de vida. Gustavo Tepedino, Heloisa Helena Barboza e Maria Celina Bodin de Moraes dizem<sup>60</sup>, sobre o assunto:

Na esteira de tais considerações, há de ser interpretado o art. 15: não só o constrangimento que induz alguém a se submeter a tratamento com risco deve ser vedado, como também a intervenção médica imposta a paciente que, suficientemente informado, prefere a ela não se submeter, por motivos que não sejam fúteis e que se fundem na afirmação de sua própria dignidade. Nesta sede, a normativa deontológica há de se conformar aos princípios constitucionais.

Em outras palavras, não é constitucionalmente possível forçar um paciente, ainda que com risco de vida, a submeter-se a qualquer tipo de tratamento. Como pontua Álvaro<sup>61</sup>: “o paciente, independentemente de seu estado clínico, é sujeito de direito” e portanto não pode ser discriminado. Ressalta, também, que o artigo 15 não prevê qualquer exceção ao consentimento do paciente. Assevera categoricamente, assim, o predomínio da autonomia da vontade do paciente.

Não só no Código Civil se vislumbram dispositivos em defesa desta autonomia. Nota-se, por exemplo o que o Estatuto da Pessoa Idosa<sup>62</sup> diz sobre a opção de tratamento de saúde para essas pessoas:

Art. 17. À pessoa idosa que esteja no domínio de suas faculdades mentais **é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.**

Parágrafo único. Não estando a pessoa idosa em condições de proceder à opção, esta será feita:

I – pelo curador, quando a pessoa idosa for interditada;

<sup>59</sup> BRASIL. **Lei nº 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2002.

<sup>60</sup> TEPEDINO, Gustavo; BARBOZA, Heloisa Helena; MORAES, Maria Celina Bodin de. **Código Civil interpretado conforme a Constituição da República**. v. 1. 2004. p. 41.

<sup>61</sup> AZEVEDO, op. cit.

<sup>62</sup> BRASIL. **Lei nº 10.741**, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2003.

- II – pelos familiares, quando a pessoa idosa não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;
- III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;
- IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público (grifo nosso).

Assim, a pessoa idosa possui o direito a manifestar consentimento informado quanto a que tipos de tratamento de saúde se submeterá. Novamente, nota-se que em nenhum momento o caput deste artigo trata do estado clínico do paciente. Esta opção só aparece elencada no inciso III de seu parágrafo único, adicionada à exigência de não conhecimento da opção da pessoa idosa, além da não existência de tempo hábil para consulta de seu representante. Ambas hipóteses não se aplicariam, por exemplo, no caso de pessoa idosa Testemunha de Jeová que apresentou documento Diretivas, antecipadamente esclarecendo sua opção de tratamento.

Também digna de nota nesse sentido é a Lei de Transplantes<sup>63</sup>. Embora seu artigo 1º explicita que esta lei não inclui a transfusão de sangue quando fala em transplante de tecidos, os princípios utilizados para a realização de procedimento de tal natureza certamente podem ser entendidos analogamente. O art. 10 disciplina:

Art. 10. O transplante ou enxerto **só se fará com o consentimento expresso do receptor**, assim inscrito em lista única de espera, **após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento** (grifo nosso).

Esclarece, assim, a importância do consentimento expresso e informado para a realização de procedimento invasivo da privacidade do paciente, requerendo “aconselhamento” por parte do médico para que o paciente tome sua decisão plenamente ciente do que está envolvido. Analisando conjuntamente os dispositivos supracitados, Nery Júnior<sup>64</sup> menciona que:

Sugerimos, nesta ocasião, o seguinte confronto: se o ordenamento jurídico (1) proibiu que o paciente seja constrangido a submeter-se a tratamento ou intervenção cirúrgica com risco de vida; (2) se permitiu que o idoso opte pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável; (3) se exigiu que o potencial receptor de um órgão transplantado consinta com o transplante e que este só ocorra quando o

<sup>63</sup> BRASIL. **Lei nº 9.434**, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1997.

<sup>64</sup> NERY JÚNIOR, op. cit.

paciente tiver sido esclarecido quanto à excepcionalidade e aos riscos do procedimento; por que o paciente Testemunha de Jeová não poderia recusar submeter-se à transfusão de sangue?

A única resposta que se cogita para essa pergunta seria a intolerância ao motivo religioso pelo qual a Testemunha de Jeová se recusa a receber transfusão de sangue. E se esta for a razão, estamos, então, diante de clara discriminação religiosa. Não se pode suprimir o direito de liberdade de escolha de tratamento por motivo religioso. Esta prática é inconstitucional por ser violadora da CF, 5.º, VIII.

Confirmando este entendimento, a Portaria nº 1.820/2009 do Ministério da Saúde<sup>65</sup>, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, prescreve:

Art. 5º Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, garantindo-lhe: [...]

III - o acesso da pessoa ao conteúdo do seu prontuário ou de pessoa por ele autorizada e a garantia de envio e fornecimento de cópia, em caso de encaminhamento a outro serviço ou mudança de domicílio; [...]

V - o consentimento livre, voluntário e esclarecido, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública, considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais; [...]

VII - a indicação de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia;

Muitos dos pontos já discutidos são aqui explicitamente elencados. A portaria garante ao paciente que quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos exigem seu livre, voluntário, esclarecido, prévio e revogável consentimento. Só se excetua desta situação os casos de risco à saúde pública, como, por exemplo, uma doença pandêmica, que como já discutido não é o caso da recusa de sangue por Testemunhas de Jeová.

A portaria garante também que o paciente pode confiar a um procurador a tomada de decisões quando incapaz de exercer sua autonomia, como fazem as Testemunhas de Jeová em seu documento Diretivas. Acima de tudo, como ressalta o caput do artigo, garante que os valores, cultura e direitos de toda pessoa devem ser respeitados, mesmo no que diz respeito a tratamentos de saúde.

<sup>65</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.820/2009**, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1999.

Complementarmente, citam-se alguns atos editados por conselho de regulamentação da profissão médica, o Conselho Federal de Medicina (CFM). Embora, como Barroso<sup>66</sup> pontua, disposições dessa natureza jamais possam se sobrepor às conclusões extraídas diretamente do texto constitucional, “é natural que a comunidade médica atente para as suas previsões, justificando o comentário”.

O Código de Ética Médica do CFM de 2018<sup>67</sup> não trata diretamente da questão do sangue, porém traz diversas disposições relevantes, que podem ser interpretadas em conformidade com a Constituição. Inicialmente, pontua-se que um de seus princípios fundamentais é o respeito à dignidade do paciente:

#### Capítulo I - PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício, mesmo depois da morte. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativas contra sua **dignidade** e integridade (grifo nosso).

Uma vez que a dignidade como autonomia é o princípio regente da recusa do tratamento com sangue por Testemunhas de Jeová, é fundamental que este princípio seja também mencionado neste Código. De fato, o código inclui, em suas *consideranda*, “a busca de melhor relacionamento com o paciente e a garantia de maior autonomia à sua vontade”, novamente explicitando este ponto. Vejamos também o item XXI do capítulo dos princípios fundamentais:

#### Capítulo I - PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas

Novamente, reforça que o médico deve aceitar as escolhas de seus pacientes, respeitando sua autonomia. Mais direto neste sentido é o art. 24, constante do capítulo relativo aos direitos humanos:

#### Capítulo IV - DIREITOS HUMANOS

É vedado ao médico:

<sup>66</sup> BARROSO, op. cit.

<sup>67</sup> BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM Nº 2.217**, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, DF, 2018.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

O Código de Ética Médica privilegia, assim, a dignidade como autonomia, já exaustivamente discutida, demonstrando a inexistência de um poder para obrigar o paciente a receber determinado tratamento. De fato, o próprio médico pode, segundo o item IX do Capítulo 2, “recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”. Ele não deve, nestes casos, abandonar o paciente, mas, conforme o art. 36, § 1º do Código:

Art. 36, § 1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que o suceder.

Assim, caso recuse-se a realizar tratamento sem sangue, deve o médico respeitar a autonomia do paciente por assegurar a transição segura deste a outro profissional de saúde. Ainda neste capítulo, citam-se:

#### Capítulo V

#### RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de promoção de saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Renova-se aqui a possibilidade de o consentimento do paciente ser fornecido por representante legal, destacando a obrigação médica de usar “todos os meios disponíveis de promoção de saúde e de prevenção”. Nota-se, novamente, a menção de ressalva “em caso de iminente risco de morte”, que, como já visto, deve ser interpretada à luz da Constituição Federal de 1988, que não faz qualquer ressalva do tipo no que se trata do direito à vida com dignidade, interpretada esta como autonomia.

De fato, é evidente na redação deste Código de Ética que este adota a concepção constitucional de vida digna com autonomia. Em comentário ao Capítulo I, item XXII, e ao art. 41 da versão de 2010 deste código, cujas contrapartes permanecem inalteradas na versão de 2018, Barroso<sup>68</sup> descreve:

O conjunto formado por esses dois artigos corrobora a conclusão de que o novo Código de Ética do Conselho Federal de Medicina se pauta pela ideia de dignidade como valor complexo, e não pela atribuição de peso supostamente absoluto ao valor objetivo da vida humana. Basta essa constatação para que o diploma se abra a uma interpretação conforme ao sistema constitucional, permitindo que se leve em conta a dignidade, em sua dupla perspectiva. Na hipótese de que se trata – recusa de determinados tratamentos por testemunhas de Jeová – tal interpretação conduz à prevalência da autonomia em respeito à decisão existencial fundada em convicção religiosa.

Prossegue-se então à análise da Resolução CFM nº 1021, de 1980<sup>69</sup>. A Resolução, que antecede as vigentes Constituição Federal de 1988 e Código Civil, dizia de forma clara, em sua conclusão, que “se houver iminente perigo de vida, o médico praticará a transfusão de sangue, independentemente de consentimento do paciente ou de seus responsáveis.”

Para além de sua invalidade como documento legal, por não ser ato do Poder Legislativo, esta Resolução é também crassamente inconstitucional e ilegal, violando diretamente a Constituição Federal de 1988 e o Código Civil atualmente em vigor, conforme extensivamente argumentam Nelson Nery Júnior<sup>70</sup> e Álvaro Villaça Azevedo<sup>71</sup>. Apesar disto, foi apenas 39 anos depois, em 2019, com a edição da Resolução CFM Nº 2232<sup>72</sup>, que a Resolução nº 1021 foi expressamente revogada pelo CFM. A nova Resolução, que “estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente”, é consideravelmente mais harmônica com a Constituição de 1988. Dentre seus dispositivos, cita-se:

Art. 1º A recusa terapêutica é, nos termos da legislação vigente e na forma desta Resolução, um direito do paciente a ser respeitado pelo

<sup>68</sup> BARROSO, op. cit.

<sup>69</sup> BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1021**, de 26 de setembro de 1980. Adota os fundamentos do parecer no processo CFM n.º 21/80, como interpretação autêntica dos dispositivos deontológicos referentes à recusa em permitir a transfusão de sangue, em casos de iminente perigo de vida. Brasília, DF, 1980.

<sup>70</sup> NERY JÚNIOR, op. cit.

<sup>71</sup> AZEVEDO, op. cit.

<sup>72</sup> BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM Nº 2.232**, de 17 de julho de 2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Brasília, DF, 2019.

médico, desde que esse o informe dos riscos e das consequências previsíveis de sua decisão.

Art. 2º É assegurado ao paciente maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente, no momento da decisão, o direito de recusa à terapêutica proposta em tratamento eletivo, de acordo com a legislação vigente.

A Resolução sintetiza, assim, tudo o que já foi discutido até aqui, narrando a importância do consentimento informado e garantindo o direito de recusa. O artigo 12 também valoriza a recusa terapêutica prestada por escrito, perante duas testemunhas, como é o caso do documento Diretivas preparado pelas Testemunhas de Jeová. A Resolução até mesmo acrescenta como possibilidade a recusa utilizando “tecnologia com áudio e vídeo”, para fins de “sua preservação e inserção no respectivo prontuário”.

Desafortunadamente, o texto ainda é infeliz em repetir o erro da resolução que revoga. Destacam-se, por exemplo, em seus artigos 10 e 11:

Art. 10. Na ausência de outro médico, em casos de urgência e emergência e quando a recusa terapêutica trazer danos previsíveis à saúde do paciente, a relação com ele não pode ser interrompida por objeção de consciência, devendo o médico adotar o tratamento indicado, independentemente da recusa terapêutica do paciente.

Art. 11. Em situações de urgência e emergência que caracterizarem iminente perigo de morte, o médico deve adotar todas as medidas necessárias e reconhecidas para preservar a vida do paciente, independentemente da recusa terapêutica.

Desta forma, a Resolução CFM nº 2232/19 desrespeita crassa e diretamente o texto constitucional, mais uma vez prescrevendo a violação da dignidade da pessoa humana como autonomia, indo de encontro ao direito constitucional da liberdade de religião, assim como do direito à vida com dignidade. Vai de encontro também com o mais recente entendimento jurisprudencial, nacional e internacional, que será analisado no próximo capítulo. Lembra-se, aqui a análise de Barroso<sup>73</sup>:

Relembre-se, como já assinalado, que a ordem jurídica respeita até mesmo decisões pessoais de risco que não envolvam escolhas existenciais, a exemplo da opção de praticar esportes como o alpinismo e o paraquedismo, ou de desenvolver atuação humanitária em zonas de guerra. Com mais razão deverá respeitar escolhas existenciais.

Por tudo isso, é legítima a recusa de tratamento que envolva a transfusão de sangue por parte das testemunhas de Jeová. Tal decisão funda-se no exercício de liberdade religiosa, direito fundamental

---

<sup>73</sup> BARROSO, op. cit.

emanado da dignidade da pessoa humana, que assegura a todos o direito de fazer suas escolhas existenciais. Prevalece, assim, nesse caso, a dignidade como expressão da autonomia privada, não sendo permitido ao Estado impor procedimento médico recusado pelo paciente. Em nome do direito à saúde ou do direito à vida, o Poder Público não pode destituir o indivíduo de uma liberdade básica, por ele compreendida como expressão de sua dignidade.

Ora, uma vez que resta demonstrado que o direito à recusa de tratamento envolvendo transfusões de sangue é amplamente protegido no ordenamento jurídico brasileiro, desde os princípios e fundamentos constantes da Carta Magna até às disposições infraconstitucionais e outros atos relevantes, partimos, agora, para uma análise da aplicação deste direito nos casos de pacientes menores de idade.

#### 4.3 NOS CASOS ENVOLVENDO CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Todas as disposições até aqui discutidas trataram, explícita ou implicitamente, de pacientes adultos, dotados de plena capacidade civil. Que dizer então de crianças e adolescentes Testemunhas de Jeová? Podem também estes, ou seus pais em seu lugar, recusar tratamentos com sangue alogênico com base na dignidade como autonomia, buscando, em seu lugar, a realização de tratamentos científicos que não a transfusão?

Segundo o Código Civil<sup>74</sup>, em seu artigo 3º, “são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesesseis) anos”.

O padrão internacional para a obtenção de consentimento de menor é delimitado pela Declaração de Helsinque, da Associação Médica Mundial<sup>75</sup>. Tratando da obtenção de consentimento para a participação de pesquisas médicas, a Declaração estabelece:

24. Para sujeitos de pesquisa que forem legalmente incompetentes, incapazes física ou mentalmente de dar o consentimento ou menores legalmente incompetentes, o pesquisador deverá obter o consentimento informado do representante legalmente autorizado, de acordo com a legislação apropriada. Esses grupos não devem ser incluídos em pesquisas, a menos que sejam necessárias para promover a saúde da

<sup>74</sup> BRASIL, 2002, op. cit.

<sup>75</sup> ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. **Declaração de Helsinque**. Helsinque, 1964. Disponível em: <[https://www2.ufrb.edu.br/cep/images/PDF/declaracao\\_de\\_helsinque.pdf](https://www2.ufrb.edu.br/cep/images/PDF/declaracao_de_helsinque.pdf)>. Acesso em: 22 maio 2023.

população representada e não podem, em seu lugar, ser realizadas em indivíduos legalmente competentes.

25. Quando um sujeito considerado legalmente incompetente, como uma criança menor, é capaz de aprovar decisões sobre a participação no estudo, o pesquisador deve obter esta aprovação, além do consentimento, do representante legalmente autorizado.

Sendo assim, o padrão internacional para a obtenção de consentimento informado dos “legalmente incompetentes” é obtê-lo de seu “representante legalmente autorizado”. O parágrafo 25 complementa que, nos casos de crianças e adolescentes considerados capazes de aprovar decisões, os chamados menores amadurecidos, sua aprovação deve também ser recolhida, em conjunção com a de seu representante legal.

Sobre esse ponto, cita-se notória decisão do Tribunal Constitucional Espanhol<sup>76</sup>, que reconheceu também aos menores a titularidade do direito constitucional à liberdade religiosa. Cita-se, também, a Convenção sobre os Direitos da Criança<sup>77</sup>, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, e ratificada pelo Brasil em 2017, que diz:

Artigo 12

1. Os Estados Partes devem assegurar à criança que é capaz de formular seus próprios pontos de vista o direito de expressar suas opiniões livremente sobre todos os assuntos relacionados a ela, e tais opiniões devem ser consideradas, em função da idade e da maturidade da criança.

Finalmente, cita-se também a Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e Dignidade do Ser Humano no que se refere à Aplicação da Biologia e da Medicina<sup>78</sup>, também conhecida como Convenção de Oviedo, tratado internacional do Conselho da Europa, em que prevê:

Artigo 6.º Protecção das pessoas que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento [...]

2 - Sempre que, nos termos da lei, um menor careça de capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efectuada sem a

<sup>76</sup> ESPANHA. Tribunal Constitucional Espanhol, Pleno. **Ap 3468/97**, 2002. Disponível em: <<http://www.tribunalconstitucional.es/jurisprudencia/Stc2002/STC2002-154.html>>. Acesso em: 22 maio 2023.

<sup>77</sup> ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Nova Iorque, 1989. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>> Acesso em 22 maio 2023.

<sup>78</sup> CONSELHO DA EUROPA. **Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e Dignidade do Ser Humano no que se refere à Aplicação da Biologia e da Medicina**. Oviedo, 1997. Disponível em: <[https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao\\_protecao\\_dh\\_biomedicina.pdf](https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf)>. Acesso em: 22 maio 2023.

autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei. A opinião do menor é tomada em consideração como um factor cada vez mais determinante, em função da sua idade e do seu grau de maturidade.

Assim, sempre que for razoável, deve-se ouvir o que o menor amadurecido tem a dizer sobre o assunto, para que expresse plenamente sua liberdade, conforme sua idade e seu grau de maturidade. Nesse sentido também decidiram diversas cortes no Canadá e nos Estados Unidos da América - EUA, como cita Álvaro<sup>79</sup>, mesmo em casos em que o menor se contraponha à decisão dos pais.

Não sendo possível ou razoável obter o consentimento informado do paciente menor, parte-se então à obtenção do consentimento de seus responsáveis legais, tipicamente os pais. Citamos, novamente, a Lei de Transplantes<sup>80</sup>. Embora, como já dito, seu escopo não inclui diretamente a transfusão de sangue, sendo apenas útil para fins de comparação, é notável o que se diz aqui sobre a realização deste procedimento em pessoa inconsciente ou receptor juridicamente incapaz, como é o caso dos menores de idade. O art. 10, § 1º, prescreve que:

Art. 10, §1º Nos casos em que o receptor seja juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam ou comprometam a manifestação válida da sua vontade, o consentimento de que trata este artigo será dado por um de seus pais ou responsáveis legais.

Em linha similar diz o já citado Código de Ética Médica<sup>81</sup>, ao tratar do consentimento para a realização de pesquisas:

É vedado ao médico:

Art. 101. Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.

§ 1º No caso de o paciente participante de pesquisa ser criança, adolescente, pessoa com transtorno ou doença mental, em situação de diminuição de sua capacidade de discernir, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

Infelizmente, em linha contrária a todas estas disposições, a recente Resolução CFM nº 2232 de 2019<sup>82</sup>, já citada, apesar de seus variados avanços na

<sup>79</sup> AZEVEDO, op. cit.

<sup>80</sup> BRASIL, 1997, op. cit.

<sup>81</sup> BRASIL, 2018, op. cit.

<sup>82</sup> BRASIL, 2019, op. cit.

questão do respeito à autonomia de vontade do paciente, ainda apresenta retrocesso no que envolve paciente menor de idade:

Art. 3º Em situações de risco relevante à saúde, o médico não deve aceitar a recusa terapêutica de paciente menor de idade ou de adulto que não esteja no pleno uso de suas faculdades mentais, independentemente de estarem representados ou assistidos por terceiros.

Novamente, ressalta-se a ineficácia jurídica deste dispositivo, para além de sua evidente inconstitucionalidade em vários pontos, por não se tratar de ato do Poder Legislativo. Entretanto, sua mera existência torna digna de nota a necessidade de evolução na redação deste tipo de resolução, para que englobem todos os mais recentes entendimentos médicos e jurídicos sobre o tema. De fato, como pontua Celso<sup>83</sup>:

Analisando a questão de maneira objetiva, verificaremos que a solicitação é plenamente factível, possível de ser atendida na prática, haja vista a diversidade de tratamentos a que é dado ao paciente optar. Se o médico não se sentir preparado para cuidar do caso, há uma rede de apoio a pacientes Testemunhas de Jeová que poderá ser contatada. Todas estas informações constam de um cartão de identificação que os adultos e crianças seguidores desta religião portam consigo.

O referido cartão é o já citado documento Diretivas (Anexo A), que é redigido por todas as Testemunhas de Jeová perante duas testemunhas, com firma reconhecida e registrada em cartório.

Por padrão, este documento é anexado aos prontuários médicos tão pronto quanto da internação do paciente Testemunha em hospital, esclarecendo com absoluto imediatismo suas crenças e quais tratamentos aceitarão ou não, assim como apontando procuradores para o caso de seu titular se encontrar incapaz de esclarecer suas crenças. Estes, que no caso dos menores são tipicamente seus pais, os acompanharão durante todo o procedimento, visando auxiliar e cooperar com os profissionais médicos em tudo que lhes for requisitado, objetivando a melhor saúde de seus filhos ao mesmo tempo em que respeitam sua dignidade como autonomia.

---

<sup>83</sup> BASTOS, op. cit.

#### 4.4 DA RESPONSABILIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O Código Penal<sup>84</sup> não traz nenhum dispositivo específico sobre a questão do sangue. Há, porém, dois artigos relevantes quanto à responsabilização dos médicos ao tratar estes pacientes. O primeiro é o art. 135, do crime de omissão de socorro, em que descreve:

Art. 135 - Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Parágrafo único - A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

Naturalmente, uma vez que o paciente possui o direito de escolher não se submeter a determinado tratamento, é apenas lógico inferir que o médico tem o dever de respeitar a decisão do paciente. Sendo assim, o médico que respeita a vontade do paciente não pode ter sua conduta caracterizada como omissão de socorro. É, na verdade, conduta atípica, uma vez que carece do elemento subjetivo do tipo: o dolo de submeter o sujeito passivo ao desamparo ou ao grave e iminente perigo. Delmanto<sup>85</sup> esclarece: “na hipótese da vítima recusar o socorro oferecido, o delito não se configurará”.

Em similar linha, deve-se entender que o médico que respeita a vontade do paciente por tratar-lhe com métodos terapêuticos alternativos à transfusão de sangue jamais será enquadrado no crime de omissão de socorro. Novamente, destaca-se que o médico, por assim fazer, não estaria ‘deixando de prestar assistência’, atuando na verdade de forma a prestar o máximo de assistência possível, dentro dos limites da autonomia da vontade do paciente.

O segundo ponto relevante quanto à responsabilidade dos profissionais de saúde consta do art. 146, que criminaliza o constrangimento ilegal, mas explicitamente ressalva, em seu terceiro parágrafo, a conduta do médico que

---

<sup>84</sup> BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1940.

<sup>85</sup> DELMANTO, Celso; DELMANTO, Roberto; DELMANTO Jr., Roberto; DELMANTO, Fábio Machado de Almeida. **Código Penal Comentado**. 7.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2007. p. 135.

realiza procedimento sem obter o consentimento do paciente em casos de iminente risco de vida, em que menciona:

Art. 146 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda:

Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa. [...]

§ 3º - Não se compreendem na disposição deste artigo:

I - a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida;

Nesse sentido, o máximo que se poderia extrair diretamente da disposição seria a **inexistência de responsabilidade penal** do médico em caso da não obtenção de consentimento quanto da imposição do tratamento. Digno de nota, porém, é que o artigo não trata como crime a conduta do médico que respeite a vontade do paciente. Ainda mais relevante é notar a controvérsia quanto à redação desse artigo, apontada por Nery Júnior<sup>86</sup>:

Ou seja, a excludente de ilicitude prevista no CP, 146, 3.º, I, por uma leitura constitucional não poderá nunca englobar a intervenção médica em desconformidade com a vontade do paciente. Ao contrário, é mister frisar que o médico, caso desrespeite a vontade do paciente e o submeter compulsoriamente à transfusão de sangue, **estará praticando o crime de constrangimento ilegal (CP, 146) ou, dependendo do dano causado ao paciente, de lesão corporal (CP, 129)** (grifo do autor).

Entende assim o autor que interpretar este excludente como permitindo ao médico violar a vontade do paciente é flagrante inconstitucionalidade, por tudo já analisado até este ponto. Álvaro<sup>87</sup> complementa esse entendimento, pontuando que este delito, assim como sua excludente do iminente perigo de vida, foram inseridos no ordenamento jurídico em 1940, época de paradigma paternalista da relação médico-paciente, prévia ao fundamento da dignidade da pessoa humana consagrado pela Constituição Federal de 1988. Percebe-se, desta forma, que se faz necessário “realizar uma interpretação teleológica, levando-se em consideração todo o ordenamento jurídico no qual a norma está inserida”. Assevera, assim, a impossibilidade da interpretação desse artigo “desconsiderando-se as normas atuais que primam pela autodeterminação do paciente”.

---

<sup>86</sup> NERY JÚNIOR, op. cit.

<sup>87</sup> AZEVEDO, op. cit.

Nesse sentido, então, que os profissionais de saúde têm o dever de garantir o acesso dos pacientes a tratamentos médicos adequados e necessários para preservar sua vida e sua saúde. No caso das Testemunhas de Jeová, é importante que esses profissionais respeitem suas crenças religiosas e sua autonomia de vontade, evitando as transfusões de sangue alogênico e buscando alternativas terapêuticas que não coloquem em risco a vida e a saúde do paciente. Não fazê-lo consistiria em negligência, e poderia até mesmo ser tipificado penalmente.

## 5 PRECEDENTES JURÍDICO-LEGISLATIVOS

Cientes de todos estes pontos, resta apenas averiguar sua aplicação prática pelos mais variados sistemas judiciários nos casos em concreto. Este capítulo verificará casos específicos do Direito Nacional e Internacional.

### 5.1 DO DIREITO INTERNACIONAL E A RECUSA A TRATAMENTOS COM SANGUE

Em se tratando do Direito Internacional, são abundantes as decisões emblemáticas favoráveis ao direito de recusa a tratamentos com sangue por Testemunhas de Jeová, cita-se abaixo com destaque a recente decisão da Corte Europeia dos Direitos Humanos contra a Rússia, além de outras decisões pertinentes à temática.

#### 5.1.1 Decisão da Corte Europeia dos Direitos Humanos

No dia 7 de junho de 2022, a Corte Europeia dos Direitos Humanos (CEDH) divulgou uma decisão histórica contra a Rússia<sup>88</sup>, pela perseguição das Testemunhas de Jeová em seu território. A decisão da Corte trata de 20 casos ocorridos entre 2010 e 2019, envolvendo mais de 1.400 requerentes, dentre os quais se incluem Testemunhas de Jeová individuais e entidades jurídicas.

Entre outras coisas, a Corte declarou que a proibição das atividades das Testemunhas de Jeová na Rússia em 2017 foi ilegal, e ordenou que o país encerre todos os processos criminais pendentes contra os fiéis e liberte todos que estão presos, além da devolução de propriedades confiscadas e do pagamento de indenizações.

Durante todo o julgamento, a CEDH refutou categoricamente cada uma das alegações feitas pela Rússia sobre as Testemunhas de Jeová. Por exemplo, ao tratar do direito internacionalmente reconhecido de recusa à participação em serviço militar por objeção de consciência, repetidamente violado por parte da

---

<sup>88</sup> CORTE EUROPEIA DOS DIREITOS HUMANOS. **Taganrog LRO and others v. Russia**. Application no. 14530/08. 13 mar. 2014. Disponível em: <<https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-217535%22%5D%7D>>. Acesso em: 08 maio 2023.

Rússia em casos envolvendo Testemunhas de Jeová, a Corte reforçou que “a recomendação religiosa de recusa ao serviço militar não infringe nenhuma das leis da Rússia”<sup>89</sup>.

Digno de nota para a seara deste trabalho, porém, é o que a Corte decidiu ao abordar a questão do sangue, citada pela Rússia como justificativa para sua oposição à denominação cristã. Segue, em tradução livre:

162. [...] a liberdade para aceitar ou recusar tratamento médico específico ou para escolher a forma alternativa de tratamento é vital para os princípios de autodeterminação e autonomia pessoal. Para que esta liberdade seja significativa, os pacientes devem ter o direito de fazer escolhas que estejam de acordo com seus próprios pontos de vista e valores, independentemente do quão irracional, insensatas ou imprudentes tais escolhas possam parecer para outros. Um paciente adulto competente é livre para decidir, por exemplo, se submeter-se-á ou não a cirurgia, ou, da mesma forma, fazer uma transfusão de sangue vivo ou preferir substitutos artificiais do sangue. A livre escolha e a autodeterminação são constituintes fundamentais da vida e, inexistindo qualquer indicação da necessidade de proteger a saúde pública, o Estado deve abster-se de interferir na liberdade de escolha individual na esfera da saúde, pois tal interferência só pode diminuir e não aumentar o valor da vida (ibid., §§ 135-36, e Vavříčka e outros v. República Tcheca [GC], n. 47621/13 e 5 outros, § 276, 8 de abril de 2021).

163. Esta posição foi refletida na lei russa que salvaguarda a liberdade de escolha dos pacientes na esfera da assistência médica. Os Fundamentos da Legislação Russa sobre Proteção à Saúde, em vigor no momento dos fatos, e a Lei de Proteção à Saúde (Lei nº 323-FZ de 21 de novembro de 2011), que a substituiu com efeito a partir de 1º de janeiro de 2012, estabeleceram o direito dos pacientes recusar um determinado tratamento médico ou solicitar a sua interrupção na condição de terem recebido informação completa e acessível sobre as possíveis consequências dessa decisão (ver Testemunhas de Jeová de Moscow e outros, citado acima, § 137).

164. A exigência de consentimento informado é particularmente relevante nas circunstâncias do presente caso em que a recusa de transfusão de sangue foi formulada por uma Testemunha de Jeová adulta com capacidade para tomar decisões médicas por si mesma. No entanto, o fato de ela ter exercido seu direito legal de recusar uma forma específica de tratamento médico não foi abordado ou mencionado nas sentenças internas. Para o Tribunal, o teste legal crucial nesta situação é se a recusa foi uma expressão da vontade autêntica da pessoa ou se o grau de influência externa exercido sobre a pessoa foi tal que a persuadiu a afastar-se de seus próprios desejos (ibid., § 138). No entanto, nada nas sentenças domésticas sugere que qualquer forma de pressão imprópria ou influência indevida foi aplicada. Não há evidências de que ela tenha hesitado em recusar uma transfusão de sangue ao ser internada no hospital. Portanto, não havia base factual para alegar que sua vontade foi superada ou que a recusa de uma transferência de sangue não representava sua decisão verdadeira ou genuína.

165. Na ausência de qualquer evidência de pressão indevida, a recusa de transfusão de sangue foi uma expressão do livre arbítrio de um

<sup>89</sup> CORTE EUROPEIA DOS DIREITOS HUMANOS. op. cit, § 169.

membro da comunidade exercendo seu direito à autonomia pessoal na esfera da saúde protegida tanto pela Convenção quanto pela lei russa. A imputação da morte da Sra. S. ao LRO Taganrog apenas porque as Testemunhas de Jeová pregam a importância doutrinária de abster-se de transfusões de sangue em sua literatura religiosa equivalia a uma declaração de que suas crenças religiosas relacionadas à natureza sagrada do sangue eram ilegítimas (veja *As Testemunhas de Jeová de Moscou e Outros*, citado acima, § 141). A Corte reitera que os Estados não têm o direito sob a Convenção de decidir quais crenças podem ou não ser ensinadas porque o direito à liberdade de religião como garantido pela Convenção exclui qualquer discricionariedade por parte do Estado para determinar se as crenças religiosas ou os meios usados para expressar tais crenças são legítimos (ver *Manoussakis e outros v. Grécia*, 26 de setembro de 1996, § 47, *Relatórios 1996-IV*, e *Hasan e Chaush v. Bulgária* [GC], no. 30985/96, § 78, CEDH 2000-XI).<sup>90</sup>

---

<sup>90</sup> No original: 162. [...] the freedom to accept or refuse specific medical treatment or to select the alternative form of treatment is vital to the principles of self-determination and personal autonomy. For this freedom to be meaningful, patients must have the right to make choices that accord with their own views and values, regardless of how irrational, unwise or imprudent such choices may appear to others. A competent adult patient is free to decide, for instance, whether or not to undergo surgery or, by the same token, to have a live blood transfusion or to prefer artificial blood substitutes. Free choice and self-determination are fundamental constituents of life and that, absent any indication of the need to protect public health, the State must abstain from interfering with the individual freedom of choice in the sphere of health care, for such interference can only lessen and not enhance the value of life (*ibid.*, §§ 135-36, and *Vavříčka and Others v. the Czech Republic* [GC], nos. 47621/13 and 5 others, § 276, 8 April 2021).

163. This position has been reflected in Russian law which safeguards the patients' freedom of choice in the sphere of medical assistance. The Fundamentals of Russian Legislation on Health Protection, in force at the material time, and the Health Protection Act (Law no. 323-FZ of 21 November 2011), which replaced it with effect from 1 January 2012, have established the patients' right to refuse a specific medical treatment or to request its discontinuation on condition that they have received full and accessible information about the possible consequences of that decision (see *Jehovah's Witnesses of Moscow and Others*, cited above, § 137).

164. The informed-consent requirement is particularly relevant in the circumstances of the instant case in which the refusal of blood transfusion had been formulated by an adult Jehovah's Witness having capacity to make medical decisions for herself. However, the fact that she had exercised her legal right to refuse a specific form of medical treatment was not addressed or mentioned in the domestic judgments. For the Court, the crucial legal test in this situation is whether the refusal was an expression of the person's authentic will or whether the degree of external influence brought to bear on the person had been such as to persuade him or her to depart from his or her own wishes (*ibid.*, § 138). Yet, nothing in the domestic judgments suggests that any form of improper pressure or undue influence was applied. There is no evidence that she wavered in her refusal of a blood transfusion upon admission to hospital. There was accordingly no factual basis for claiming that her will was overborne or that the refusal of a blood transfer did not represent her true or genuine decision.

165. In the absence of any evidence of improper pressure, the refusal of blood transfusion was an expression of free will of a community member exercising her right to personal autonomy in the sphere of health care protected both under the Convention and in Russian law. The imputation of Ms S.'s death to the Taganrog LRO solely because Jehovah's Witnesses preach the doctrinal importance of abstaining from blood transfusions in their religious literature amounted to a declaration that their religious beliefs relating to the sacred nature of blood were illegitimate (see *Jehovah's Witnesses of Moscow and Others*, cited above, § 141). The Court reiterates that States do not have the right under the Convention to decide what beliefs may or may not be taught because the right to freedom of religion as guaranteed under the Convention excludes any discretion on the part of the State to determine whether religious beliefs or the means used to express such beliefs are legitimate (see *Manoussakis and Others v. Greece*, 26 September 1996, § 47, *Reports 1996-IV*, and *Hasan and Chaush v. Bulgaria* [GC], no. 30985/96, § 78, ECHR 2000-XI).

A decisão reafirmou o entendimento já consolidado internacionalmente de que a recusa a procedimentos de saúde envolvendo sangue é uma expressão de livre escolha de um membro da comunidade, conforme exerce seu direito de autonomia pessoal na área de assistência médica, garantido pela lei russa, assim como pela Convenção Europeia dos Direitos Humanos<sup>91</sup>, ao transcrever que:

Artigo 9.º (Liberdade de pensamento, de consciência e de religião)

1. Qualquer pessoa tem direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião; este direito implica a liberdade de mudar de religião ou de crença, assim como a liberdade de manifestar a sua religião ou a sua crença, individual ou colectivamente, em público e em privado, por meio do culto, do ensino, de práticas e da celebração de ritos.

2. A liberdade de manifestar a sua religião ou convicções, individual ou colectivamente, não pode ser objecto de outras restrições senão as que, previstas na lei, constituírem disposições necessárias, numa sociedade democrática, à segurança pública, à protecção da ordem, da saúde e moral públicas, ou à protecção dos direitos e liberdades de outrem.

Novamente, ressalta-se a amplitude do direito à liberdade de religião, que inclui sua manifestação, individual ou coletiva, em meio público ou privado, assim como a mudança de filiação a qualquer tempo. Assim como todos outros direitos, esta liberdade não é absoluta, sendo restrita nos casos em que for necessário à “protecção da saúde e moral públicas”.

Uma vez que este não é o caso da recusa das Testemunhas, como já discutido, percebe-se novamente que elas se encontram plenamente garantidas em suas escolhas de tratamento com base em sua consciência religiosa.

### 5.1.2 Do Reconhecimento Em Variados Países

A recusa de tratamento envolvendo sangue alogênico pelas Testemunhas de Jeová já é aceita e conhecida em uma variedade de países. Destes, citam-se alguns dos exemplos mais emblemáticos, a saber, nos EUA, na Itália, na Espanha e no Canadá.

---

<sup>91</sup> CONSELHO DA EUROPA. **Convenção Europeia dos Direitos Humanos**. Roma, 4 nov. 1950. Disponível em: <<https://www.oas.org/es/cidh/expresion/showarticle.asp?artID=536&IID=4>>. Acesso em: 08 maio 2023.

Dentre os muitos casos fundamentais sobre o tema nos EUA, cita-se em particular o Processo Randolph vs. Cidade de Nova York<sup>92</sup>. A Sra. Bessie Randolph, uma Testemunha de Jeová, deu à luz seu quarto filho por cesariana em julho de 1975 em um hospital de Nova York. Ela havia deixado claro em seus registros médicos que não aceitaria transfusão de sangue devido às suas convicções religiosas. O obstetra declarou respeitar as profundas convicções religiosas dela, pois ela havia tomado tal decisão como um adulto consciente e competente. Porém, após o parto bem-sucedido, ela sofreu complicações uterinas e precisou passar por uma histerectomia total.

Nota-se que, durante o procedimento, ocorreu uma hemorragia profusa devido ao quadro clínico da Sra. Randolph e à técnica cirúrgica utilizada. O médico então iniciou uma transfusão de sangue por volta das 12h45, seguida de uma segunda transfusão às 13h30. No entanto, a Sra. Randolph sofreu uma parada cardíaca e foi declarada morta às 14 horas. Seu marido, que não era Testemunha de Jeová, processou os médicos e o hospital por indenização. Um acordo particular foi feito com um dos médicos, mas em fevereiro de 1984, um júri decidiu a favor do Sr. Randolph, concedendo uma indenização de US\$ 1,25 milhão pelo erro médico.

Cita-se, em tradução livre, o que o juiz Bambrick, da Suprema Corte do Estado de Nova York, escreveu, em seu parecer de 53 páginas sobre o caso:

É inquestionável que Bessie Randolph era um adulto competente que, de forma inequívoca, indicou aos réus que se recusava a aceitar qualquer tratamento proposto de transfusão de sangue, sob quaisquer circunstâncias. O direito legal de recusar um tratamento, tem-se observado, faz parte do direito contido na lei comum de autodecisão, ou o direito à integridade física. [...]

Deve-se lembrar que não se trata dum processo envolvendo o 'direito de morrer'. Pelo contrário, Bessie Randolph queria muitíssimo viver. Mas, visto que as crenças religiosas dela a proibiam de receber transfusões de sangue salvadoras da vida, o espiritual 'direito à vida eterna' de Bessie Randolph lhe era mais importante. . . . Poder-se-ia até argumentar que, segundo a perspectiva duma Testemunha de Jeová, aceitar um crente uma transfusão de sangue e assim perder a vida eterna, equivale ao 'suicídio espiritual'. [...]

A lei atual identifica o direito do paciente de determinar como se fará seu tratamento, com base no consentimento informado como sobrepondo-se ao que poderia ser, de outra forma, a obrigação do médico de prover-lhe os cuidados médicos necessários. . . . A integridade ética da classe

---

<sup>92</sup> CORTE SUPREMA DE NOVA IORQUE. **Randolph v. City of New York**. Nova Iorque, 12 de out. 1984. at. 6, col. 4.

médica não é conspurcada quando um adulto competente rejeita o tratamento proposto, até mesmo um tratamento que salve a vida, e um médico respeita a escolha informada de seu paciente.<sup>93</sup>

O juiz Bambrick enfatizou que o processo não foi movido devido à morte resultante do respeito à recusa informada da paciente, mas sim devido a um erro médico. Ele afirmou que a Sra. Randolph era um adulto competente que deixou clara sua recusa a qualquer tratamento de transfusão de sangue. Reafirmou também que o direito legal de recusar um tratamento faz parte do direito à autodecisão e à integridade física. O juiz ressaltou que a escolha da paciente foi baseada em suas crenças religiosas, e que os médicos não foram considerados culpados por respeitar a escolha informada da Sra. Randolph de recusar a transfusão.

No entanto, o júri concedeu a indenização porque o médico, contra os desejos da paciente, iniciou a transfusão de sangue às 12h45, o que levou às consequências que se tornaram uma questão para o júri. A questão central do julgamento foi o erro médico e a negligência no tratamento ministrado, e o júri decidiu unanimemente que os réus foram negligentes e que essa negligência foi a causa direta da morte da Sra. Randolph.

Direcionando-nos agora à Itália, citam-se duas sentenças da Corte de Cassação do país. A primeira delas, a Sentença nº 23676/2008<sup>94</sup>, reconheceu, com base em seu Código de Ética Médica e no documento de 20 de julho de 1992 da sua Comissão Nacional de Bioética, que “deve ser reconhecido ao paciente um verdadeiro direito de não se curar, ainda que tal conduta ponha em

<sup>93</sup> CORTE SUPREMA DE NOVA IORQUE. op. cit. No original: It is undisputed that Bessie Randolph was a competent adult who unequivocally indicated to the defendants that she refused any proposed blood transfusion treatment under any circumstances. The legal right to refuse treatment, it has been noted, is part of the common law right to self-determination or the right to bodily integrity. [...]

It is to be remembered that this is not a ‘right to die’ case. On the contrary, Bessie Randolph wanted very much to live. But since her religious beliefs prohibited her from receiving lifesaving blood transfusions, Bessie Randolph’s spiritual ‘right to everlasting life’ was more important to her. . . . One might even argue that from the perspective of a Jehovah’s Witness, for the believer to accept a blood transfusion and thus forsake everlasting life is tantamount to ‘spiritual suicide’. [...]

The current law identifies the patient’s right to determine the course of his own treatment based on informed consent as paramount to what might otherwise be the doctor’s obligation to provide needed medical care. . . . The ethical integrity of the medical profession is not tarnished when a competent adult rejects proposed treatment, even lifesaving treatment, and a physician honors the informed choice of his patient.

<sup>94</sup> CORTE DE CASSAZIONE ITALIANA. **Sentença nº 23676**. Roma, 2008.

risco a própria vida”. A Sentença nº 11335/2008<sup>95</sup>, da mesma Corte, afirma, em linha similar:

A manifestação do consentimento ao tratamento por parte do paciente constitui um verdadeiro requisito para a licitude da atividade do médico, a quem não é atribuído um direito genérico e incondicional de curar, ao passo que o ordenamento reconhece ao mesmo paciente, não apenas a faculdade de escolher entre diferentes soluções terapêuticas, mas também a de eventualmente rejeitar qualquer terapia ou a de interrompê-la a qualquer tempo.

A Corte aqui enfatiza o já discutido princípio do consentimento informado, destacando que a expressão do consentimento pelo paciente é um requisito essencial para que a atividade médica seja considerada legítima, e que o médico não possui um direito automático e incondicional de tratar um paciente independentemente da vontade deste.

O ordenamento legal italiano reconhece ao paciente não apenas o direito de escolher entre diferentes opções de tratamento, mas também o direito de recusar qualquer terapia proposta ou interrompê-la a qualquer momento. Isso significa que o paciente tem o poder de tomar decisões sobre sua própria saúde e tratamento, e essas decisões devem ser respeitadas pelos profissionais de saúde.

Na Espanha, o direito a decidir livremente quanto ao tratamento que será ou não ministrado é consolidado na Lei nº 41/2002<sup>96</sup>, quando menciona, em tradução livre:

Artigo 2. Princípios básicos. [...]

3. O paciente ou usuário tem o direito de decidir livremente, após receber a informação adequada, entre as opções clínicas disponíveis. 4. Todo paciente ou usuário tem o direito de recusar o tratamento, exceto nos casos determinados por lei. Sua recusa ao tratamento será registrada por escrito.<sup>97</sup>

Digno de nota aqui como peculiaridade deste ordenamento jurídico é a exigência de que a negativa de tratamento seja feita por escrito. Como demonstrado, este não é o caso no Brasil nem em nenhum dos outros países

<sup>95</sup> CORTE DE CASSAÇÃO ITALIANA. **Sentença nº 11335**. Roma, 2008.

<sup>96</sup> ESPANHA. **Lei nº 41**, de 14 de noviembre de 2002. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Madrid, 2002.

<sup>97</sup> No original: Artículo 2. Principios básicos. [...] 3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. 4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

citados. De qualquer forma, mais uma vez destaca-se a clareza com que o direito à dignidade como autonomia é respeitado.

Finalmente, no Canadá, cita-se o fundamental Health Care Consent Act de 1996<sup>98</sup>. Ele determina, por exemplo, em seu artigo 5º, que uma pessoa capaz pode expressar seus desejos com respeito a tratamento. Mais diretamente, nos artigos 10 e 26, que dizem, em tradução livre:

Artigo 10.

(1) Um agente da saúde que proponha tratamento a uma pessoa não deve realizar o tratamento, e deve tomar passos razoáveis para assegurar que não será realizado, a não ser que,

(a) ele ou ela tenha a opinião de que a pessoa é capaz em relação ao tratamento, e a pessoa tiver dado consentimento; ou

(b) ele ou ela tenha a opinião de que a pessoa é incapaz em relação ao tratamento, e o responsável por tomar decisões em nome dessa pessoa tenha dado consentimento em seu nome, de acordo com este ato. [...]

Artigo 26.

O agente da saúde não deverá realizar tratamento, conforme o estabelecido na seção 25, se o agente da saúde tiver motivos razoáveis para acreditar que a pessoa, enquanto capaz e após completar 16 anos de idade, expressou um desejo, aplicável às circunstâncias, de recusa à consentimento ao tratamento.<sup>99</sup>

O artigo 10 estabelece que um profissional de saúde não pode administrar um tratamento a uma pessoa, a menos que esteja convencido de que a pessoa é capaz de consentir e tenha dado seu consentimento, ou que a pessoa seja incapaz de consentir e um substituto legal tenha dado o consentimento em nome da pessoa de acordo com a lei. Já o artigo 26 declara que um profissional de saúde não pode administrar um tratamento se tiver motivos razoáveis para acreditar que, quando capaz e com mais de 16 anos de idade, a pessoa

<sup>98</sup> CANADÁ. **Health Care Consent Act**. R.S.O. 1996. c. 2, s. 10. Disponível em: <<https://www.canlii.org/en/on/laws/stat/so-1996-c-2-sch-a/latest/so-1996-c-2-sch-a.html>>. Acesso em: 12 maio 2023.

<sup>99</sup> No original: 10. (1) A health practitioner who proposes a treatment for a person shall not administer the treatment, and shall take reasonable steps to ensure that it is not administered, unless, (a) he or she is of the opinion that the person is capable with respect to the treatment, and the person has given consent; or (b) he or she is of the opinion that the person is incapable with respect to the treatment, and the person's substitute decision-maker has given consent on the person's behalf in accordance with this Act. 1996, c. 2, Sched. A, s. 10 (1). [...] 26. A health practitioner shall not administer a treatment under section 25 if the health practitioner has reasonable grounds to believe that the person, while capable and after attaining 16 years of age, expressed a wish applicable to the circumstances to refuse consent to the treatment. 1996, c. 2, Sched. A, s. 26.

expressou o desejo de recusar o consentimento para o tratamento aplicável às circunstâncias. Dessa forma, o Health Care Consent Act busca equilibrar a proteção dos direitos dos pacientes com a responsabilidade dos profissionais de saúde na prestação de cuidados médicos.

Adicionalmente, cita-se também o Código de Ética da Sociedade Internacional de Transfusão de Sangue (International Society of Blood Transfusion)<sup>100</sup>, adotado pela Organização Mundial da Saúde - OMS em 2000, que é ainda mais direto, dispondo, em seu artigo 2º, sobre a necessidade de consentimento genuíno e informado antes da aplicação de transfusão de sangue:

O termo de consentimento específico deve, quando possível, ser obtido antes da transfusão. O termo de consentimento deve ser informado e, para alcançar esse objetivo, devem ser fornecidas todas as informações sobre os riscos e benefícios conhecidos da transfusão de sangue e quaisquer possíveis terapias alternativas, a fim de permitir a decisão de aceitar ou recusar o procedimento. As informações devem ser fornecidas de forma compreensível para o potencial destinatário.

Assim, resta demonstrada a ampla aceitação do direito de recusa a tratamentos com transfusão de sangue alopático por Testemunhas de Jeová em uma diversidade de países.

## 5.2 DO DIREITO NACIONAL

Procede-se agora a uma análise de um precedente jurídico relevante em matéria de Direito Nacional. Trata-se da recente mas já emblemática decisão da 4ª Vara Federal do Rio de Janeiro (Anexo B), relativa a Ação Civil Pública (ACP) do Ministério Público Federal - MPF, cuja natureza e repercussões afetam todos os hospitais federais deste estado.

A ACP<sup>101</sup>, ajuizada pelo MPF em 2021, questionou a validade de uma resolução do Conselho Regional de Medicina (Cremerj) que estabelecia um protocolo para o tratamento com transfusão de sangue. Segundo o MPF, o protocolo violava o direito de liberdade religiosa dos pacientes, uma vez que não

<sup>100</sup> SOCIEDADE INTERNACIONAL DE TRANSFUÇÃO DE SANGUE. **Código de Ética da Sociedade Internacional de Transfusão de Sangue**. Site oficial da Sociedade Internacional de Transfusão de Sangue. Disponível em: <<https://www.isbtweb.org/resource/portuguese.html>>. Acesso em: 12 de maio de 2023.

<sup>101</sup> BRASIL. Ministério Público Federal. **Ação Civil Pública nº 5103690-53.2021.4.02.5101/RJ**. 2023. Disponível em: [https://www.mpf.mp.br/rj/sala-de-imprensa/docs/decisao\\_transfusao\\_sangue.PDF](https://www.mpf.mp.br/rj/sala-de-imprensa/docs/decisao_transfusao_sangue.PDF). Acesso em: 08 maio 2023.

previa opções de tratamento que não envolvessem a transfusão. A decisão da Justiça Federal foi favorável no sentido de **condenar** a União a coordenar a implantação, por todo o Estado do Rio de Janeiro, do *Patient Blood Management* (PBM), programa de gerenciamento e preservação do sangue do paciente.

O PBM refere-se a um conjunto de medidas clínicas e gerenciais aplicadas com o objetivo de otimizar o uso do sangue do paciente, minimizando assim a necessidade de transfusões e reduzindo os riscos associados a esse procedimento. Entre as principais medidas adotadas pelo PBM estão as já citadas medidas de avaliação pré-operatória do paciente, otimização da hemoglobina, redução da perda sanguínea durante a cirurgia, o uso de medicamentos que reduzem o risco de complicações e a utilização de técnicas minimamente invasivas. Além disso, o PBM também envolve a capacitação dos profissionais de saúde e a promoção da conscientização dos pacientes sobre a importância de uma gestão adequada do sangue.

Na decisão, o magistrado assim definiu:

A despeito de haver previsão normativa emanada da União, não há um plano regional, com metas e objetivos, instrumentos bem definidos que abordem de forma individualizada e discriminada a atribuição de cada órgão, setor ou profissional dentro da política do manejo racional do sangue.

Conforme determinado na decisão da Justiça Federal, é necessário que as medidas sejam implementadas em até **seis meses**, o que inclui o acompanhamento e fiscalização do programa de Patient Blood Management (PBM), a definição de metas a serem alcançadas e um plano de implantação, assim como a capacitação das equipes respectivas. A responsabilidade pela execução das medidas é da União, que é a responsável pela coordenação do Sistema Nacional de Sangue e Derivados (Sinasan).

Naturalmente, estas medidas devem ser executadas observando as diretrizes e recomendações já previstas nos normativos do Ministério da Saúde relacionados ao uso racional do sangue em procedimentos cirúrgicos, incluindo técnicas para reduzir o sangramento e a utilização do próprio sangue do paciente.

Em sede de liminar, enquanto não definido o plano de implantação, os hospitais federais do Rio de Janeiro, assim como o Instituto Nacional de Câncer (Inca), o Instituto Nacional de Cardiologia (INC) e o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Into), têm o prazo de **dois meses** para produzir

protocolos para tratamentos nas fases pré, intra e pós-operatória que tenham como prioridade a preservação do sangue do próprio paciente. Determinou-se, também, que nos casos em que não haja tratamento alternativo disponível no hospital, que estes protocolos prevejam a possibilidade da **transferência para outra unidade de saúde** daqueles que se recusarem a realizar o procedimento com uso de sangue alogênico.

Em igual caráter de urgência, o sistema público de saúde fluminense terá também que disponibilizar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) “com campo específico de opção de recusa, que viabilize ao paciente a manifestação do motivo”, se este assim o desejar.

Similarmente, deverão todas as entidades mencionadas disponibilizar um segundo Termo, para “pacientes que se submetem a tratamento alternativo à transfusão alogênica de sangue em razão da não aceitação do TCLE de transfusão alogênica”. Finalmente, foi determinada a revisão anual dos protocolos e TCLEs, conforme previsão prévia do regulamento do Ministério da Saúde.

A revisão deverá levar em conta os direitos dos pacientes e as possibilidades de tratamento que respeitem a sua liberdade religiosa, sem comprometer a eficácia do tratamento e a garantia do direito à vida e à saúde.

Na ação, o MPF explana que as medidas são de fundamental necessidade para assegurar à população o acesso, através do Sistema Único de Saúde (SUS), a tratamentos alternativos que evitem a transfusão de sangue alogênico. Ressalta também que estas técnicas alternativas são recomendadas pela própria OMS, com base em evidências científicas de que os procedimentos produzem melhores resultados clínicos para os pacientes a médio e longo prazos, além de serem financeiramente mais econômicos para o SUS e, acima de tudo, respeitarem a liberdade religiosa.

Espera-se que esta decisão seja basilar para decisões similares em outros estados e a nível federal, para que a liberdade de religião das Testemunhas de Jeová, assim como seu direito à vida com dignidade, seja respeitado de forma prática por hospitais e instituições de saúde em todo o território nacional.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho, foram abordados diversos aspectos relacionados à liberdade de religião e ao direito de recusa a tratamentos médicos com sangue por parte das Testemunhas de Jeová. A partir da análise dos fundamentos legais, constitucionais e jurisprudenciais, foi possível compreender os desafios e dilemas que envolvem essa questão complexa.

As Testemunhas de Jeová baseiam suas convicções religiosas na interpretação bíblica que proíbe o consumo de sangue. Essa crença fundamenta sua recusa a tratamentos médicos que envolvam transfusões sanguíneas. Nesse contexto, surgem questões éticas e jurídicas sobre o alcance da autonomia individual em matéria de saúde e a responsabilidade dos profissionais de saúde em respeitar as convicções religiosas de seus pacientes.

A liberdade de religião é um direito fundamental garantido pela Constituição Federal de 1988, que assegura a cada indivíduo o direito de professar e manifestar sua crença religiosa. Igualmente fundamental é o direito à vida, entendido nesta a vida digna, conforme o conceito de dignidade da pessoa humana como autonomia, que implica a necessidade do respeito às escolhas existenciais.

Foi demonstrado então como o direito das Testemunhas de Jeová à recusa a tratamento por justificativa religiosa encontra respaldo tanto em dispositivos legais brasileiros quanto em diretrizes do Conselho Federal de Medicina. Foram também abordados aspectos em que atos deste Conselho violam a Constituição, ressaltando a necessidade de avanços na área.

No âmbito internacional, diversos países reconhecem a possibilidade de recusa a tratamentos com sangue por motivos religiosos. Decisões de cortes internacionais de direitos humanos também têm contribuído para a definição dos limites desse direito e a busca por soluções que conciliam os valores em jogo. Também no Brasil há decisões de fundamental importância no estabelecimento de diretrizes para que a dignidade como autonomia seja respeitada nestes casos.

Apesar da complexidade do tema, a Constituição, a Lei, a doutrina e a jurisprudência demonstram notória clareza em defender que as Testemunhas de Jeová, assim como qualquer outra pessoa, podem recusar tratamentos médicos com sangue, se assim movidas por suas consciências. Diante desse cenário, é

fundamental promover o diálogo e o entendimento mútuo entre as Testemunhas de Jeová, os profissionais de saúde e as autoridades competentes, visando à garantia dos direitos fundamentais, à preservação da vida com dignidade e à promoção de tratamentos adequados que respeitem as convicções religiosas dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

ADAMS, Francis. **The Extant Works of Aretœus, the Cappadocian**. Londres: Sydenham Society, 1856. p. 471.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. **Declaração de Helsinque**. Hensique, 1964. Disponível em:  
<[https://www2.ufrb.edu.br/cep/images/PDF/declaracao\\_de\\_helsinque.pdf](https://www2.ufrb.edu.br/cep/images/PDF/declaracao_de_helsinque.pdf)>. Acesso em 22 maio 2023.

AZEVEDO, Álvaro Villaça. **Autonomia do Paciente e Direito de Escolha de Tratamento Médico Sem Transfusão de Sangue**: mediante os atuais preceitos civis e constitucionais brasileiros. São Paulo, 2010.

BARBOSA, Joaquim. **O poder de polícia e o princípio da dignidade da pessoa humana na jurisprudência francesa**. Seleções Jurídicas ADV 12:17, 1996. Disponível em:  
<https://www.acors.org.br/o-poder-de-policia-e-o-principio-da-dignidade-da-pessoa-humana-na-jurisprudencia/>. Acesso em: 08 maio 2023.

BARROSO, Luís Roberto. **Legitimidade da Recusa de Transfusão de Sangue por Testemunhas de Jeová**: dignidade humana, liberdade religiosa e escolhas existenciais. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em  
<<http://www.conjur.com.br/dl/testemunhas-jeova-sangue.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2022.

BASTOS, Celso Ribeiro. **Direito de Recusa de Pacientes, de seus Familiares ou Dependentes, às Transfusões de Sangue**: por razões científicas e convicções religiosas. São Paulo, 2000.

BEARD, Mary Ritter. **Spqr - Uma História da Roma Antiga**. São Paulo: Planeta, 2015.

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. Traduzida por João Ferreira de Almeida, Edição Revista e Corrigida. Sociedade Bíblica do Brasil, 2009.

BÍBLIA. Português. **Tradução do Novo Mundo das Escrituras Sagradas**. Wallkill: Watchtower Bible And Tract Society Of New York, Inc., 2015. Edição de Estudo.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 33. ed. São Paulo: Malheiros, 2018. p. 628.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1021**, de 26 de setembro de 1980. Adota os fundamentos do parecer no processo CFM n.º 21/80, como interpretação autêntica dos dispositivos deontológicos referentes à recusa em permitir a transfusão de sangue, em casos de iminente perigo de vida. Brasília, DF, 1980.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM Nº 2.217**, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM Nº 2.232**, de 17 de julho de 2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Brasília, DF, 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 22 maio 2023.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1940.

BRASIL. **Lei nº 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2002.

BRASIL. **Lei nº 10.741**, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2003.

BRASIL. **Lei nº 9.434**, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.820/2009**, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Ação Civil Pública nº 5103690-53.2021.4.02.5101/RJ**. 2023. Disponível em: [https://www.mpf.mp.br/rj/sala-de-imprensa/docs/decisao\\_transfusao\\_sangue.PDF](https://www.mpf.mp.br/rj/sala-de-imprensa/docs/decisao_transfusao_sangue.PDF). Acesso em: 08 maio 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Mandado de Segurança 23.452/RJ**. Rel. Min. Celso de Mello, 2000.

CANADÁ. **Health Care Consent Act**. R.S.O. 1996. c. 2, s. 10. Disponível em: <<https://www.canlii.org/en/on/laws/stat/so-1996-c-2-sch-a/latest/so-1996-c-2-sch-a.html>>. Acesso em: 12 maio 2023.

CONSELHO DA EUROPA. **Convenção Europeia dos Direitos Humanos**. Roma, 4 nov. 1950. Disponível em: <<https://www.oas.org/es/cidh/expresion/showarticle.asp?artID=536&IID=4>>. Acesso em: 08 maio 2023.

CONSELHO DA EUROPA. **Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e Dignidade do Ser Humano no que se refere à Aplicação da Biologia e da Medicina**. Oviedo, 1997. Disponível em:

<[https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao\\_protecao\\_dh\\_biomedicina.pdf](https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf)>. Acesso em: 22 maio 2023.

CORTE DE CASSAÇÃO ITALIANA. **Sentença nº 11335**. Roma, 2008.

CORTE DE CASSAÇÃO ITALIANA. **Sentença nº 23676**. Roma, 2008.

CORTE EUROPEIA DOS DIREITOS HUMANOS. **Taganrog LRO and others v. Russia**. Application no. 14530/08. 13 mar. 2014. Disponível em: <[https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-217535%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-217535%22]})>. Acesso em: 08 maio 2023.

CORTE SUPREMA DE NOVA IORQUE. **Randolph v. City of New York**. Nova Iorque, 12 de out. 1984. at. 6, col. 4.

DELMANTO, Celso; DELMANTO, Roberto; DELMANTO Jr., Roberto;

DELMANTO, Fábio Machado de Almeida. **Código Penal Comentado**. 7.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2007. p. 135.

ESPANHA. **Lei nº 41**, de 14 de noviembre de 2002. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Madrid, 2002.

ESPANHA. Tribunal Constitucional Espanhol, Pleno. **Ap 3468/97**, 2002. Disponível em: <<http://www.tribunalconstitucional.es/jurisprudencia/Stc2002/STC2002-154.html>>. Acesso em: 22 maio 2023.

EUSÉBIO. **A História Eclesiástica**. Cambridge e Londres: Biblioteca Clássica Loeb, 1980. p. 419.

FÉLIX, Minúcio. **Otávio**. Cambridge e Londres: Biblioteca Clássica Loeb, 1977. p. 409.

HIGHTON, Elena; WIERZBA, Sandra. **La Relación Médico-Paciente: El Consentimiento Informado**. 2.<sup>a</sup> ed. Buenos Aires: Ad-Hoc, 2003, § 1.º, p. 1.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 32. ed. São Paulo: Malheiros, 2015.

NERY JÚNIOR, Nelson. **Escolha Esclarecida de Tratamento Médico por Pacientes Testemunhas de Jeová**: como exercício harmônico de direitos fundamentais. São Paulo, 2009.

NEWTON, Isaac. **The Chronology of Ancient Kingdoms Amended**: To Which is Prefix'd, A Short Chronicle From the First Memory of Things in Europe, to the Conquest of Persia by Alexander the Great. 1. ed. Londres, 1728. p.184.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Nova Iorque, 1989. Disponível em:  
<<https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>> Acesso em 22 maio 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Nova Iorque, 1948. Disponível em:  
<<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 09 maio 2023.

PARPOLA, Simo; NEUKIRCHEN-VLUYN. **Letters From Assyrian Scholars to the Kings Esarhaddon and Assurbanipal**, Parte I: Textos. 1970. p. 201.

PEREIRA, André Gonçalo Dias. **O consentimento informado na relação médico-paciente**, cit., III, § 51, 2, p. 505.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. **Responsabilidade médica e objeção de consciência religiosa**. Revista Trimestral de Direito Civil, 21:133, 2005

SEEBER, Petram, SHANDER Aryeh. **Basics of Blood Management**. John Wiley & Sons, Ltd, 2012. 2.<sup>a</sup> ed. p. 2.

SOCIEDADE INTERNACIONAL DE TRANSFUSÃO DE SANGUE. **Código de Ética da Sociedade Internacional de Transfusão de Sangue**. Site oficial da Sociedade Internacional de Transfusão de Sangue. Disponível em:  
<<https://www.isbtweb.org/resource/portuguese.html>>. Acesso em: 12 maio 2023.

TANAHILL, Reay. **Flesh and Blood, A History of the Cannibal Complex**. Nova Iorque, 1975. p. 63, 64.

TEPEDINO, Gustavo; BARBOZA, Heloisa Helena; MORAES, Maria Celina Bodin de. **Código Civil interpretado conforme a Constituição da República**. v. 1. 2004. p. 41.

WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF PENNSYLVANIA. **A santidade do sangue**: antiga controvérsia. Despertai!, 1986. Disponível em:  
<https://wol.jw.org/pt/wol/d/r5/lp-t/101986650>. Acesso em: 22 maio 2023.

WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF PENNSYLVANIA. **Informações para autoridades**. Disponível em:  
<https://www.jw.org/pt/casos-juridicos/>. Acesso em: 22 maio 2023.

WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF PENNSYLVANIA. **Informações para médicos**. Disponível em:  
<https://www.jw.org/pt/biblioteca-medica/>. Acesso em: 22 maio 2023.

WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF PENNSYLVANIA. **O que a Bíblia diz sobre transfusões de sangue?**. Disponível em:

<https://www.jw.org/pt/ensinos-biblicos/perguntas/biblia-transfusoes-de-sangue/>. Acesso em: 22 maio 2023.

WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF PENNSYLVANIA. **Prepare-se agora para uma emergência médica**. Apostila da Reunião Vida e Ministério: janeiro–fevereiro de 2023. Disponível em: <https://www.jw.org/pt/biblioteca/jw-apostila-do-mes/janeiro-fevereiro-2023-mwb/Programa%C3%A7%C3%A3o-da-Reuni%C3%A3o-Vida-e-Minist%C3%A9rio-para-23-29-de-janeiro-de-2023/Prepare-se-agora-para-uma-emerg%C3%Aancia-m%C3%A9dica/>. Acesso em: 22 maio 2023.

WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF PENNSYLVANIA. **Relatório Mundial das Testemunhas de Jeová do Ano de Serviço de 2021**. JW.ORG, 2021. Disponível em: <https://www.jw.org/pt/biblioteca/livros/relatorio-ano-servico-2021/totais-gerais-2021/>. Acesso em: 22 maio 2023.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
COORDENAÇÃO DO CURSO EM CIÊNCIAS JURÍDICAS**



### **APÊNDICE A - DECLARAÇÃO DE AUTORIA**

**NOME:** Vítor Barros Canônico  
**CPF:** 117.844.874-65  
**Código de Matrícula:** 20210059967  
**Telefone:** (83) 99408-4660  
**E-mail:** vitorcanonico@gmail.com

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS JURÍDICAS, DO CENTRO DE  
CIÊNCIAS JURÍDICAS, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

**ORIENTADOR:** Dr. Robson Antão de Medeiros

**DATA DA DEFESA DA DEFESA FINAL:** 02/06/2023

**TÍTULO/SUBTÍTULO:** A LIBERDADE DE RELIGIÃO E O DIREITO DE RECUSA  
A TRATAMENTOS MÉDICOS COM SANGUE POR TESTEMUNHAS DE JEOVÁ

Declaro, para os devidos fins, que o presente trabalho de dissertação/tese, em fase de qualificação/defesa, apresentada à COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS JURÍDICAS, DO CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, é de minha autoria e que estou ciente: dos Artigos 184, 297 a 299 do Código Penal, Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940; da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, sobre os Direitos Autorais, do Regulamento Disciplinar do Corpo Discente da UFPB, da Resolução da graduação da UFPB; e que plágio consiste na reprodução de obra alheia e submissão da mesma, como trabalho Próprio, ou na inclusão, em trabalho próprio, de ideias, textos, tabelas ou ilustrações (quadros, figuras, gráficos, fotografias, retratos, lâminas, desenhos, organogramas, fluxogramas, plantas, mapas e outros) transcritos de obras de terceiros sem a devida e correta citação da referência.

João Pessoa – PB, 19/05/2023

Assinatura do(a) Autor(a)

**Centro de Ciências Jurídicas – CCJ – UFPB – Campus I  
Cidade Universitária – João Pessoa – PB – Brasil – CEP 58051-900  
Fone +55(83)3216-7648**

**ANEXOS**

<b>ANEXO A – DOCUMENTO “DIRETIVAS ANTECIPADAS E PROCURAÇÃO PARA TRATAMENTO DE SAÚDE” .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO B – SENTENÇA DA AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº5103690-53.2021.4.02.5101/RJ.....</b>	<b>67</b>

## ANEXO A – DOCUMENTO “DIRETIVAS ANTECIPADAS E PROCURAÇÃO PARA TRATAMENTO DE SAÚDE”

### Diretivas Antecipadas e Procuração para Tratamento de Saúde

1. Eu, \_\_\_\_\_

preencho este documento para determinar diretivas relativas ao tratamento de minha saúde e nomear um procurador para o caso de eu vir a ficar inconsciente.

2. Sou Testemunha de Jeová, e não aceito **NENHUMA TRANSFUSÃO de sangue total, glóbulos vermelhos, glóbulos brancos, plaquetas ou plasma** em nenhuma circunstância, mesmo que os profissionais de saúde opinem que isso seja necessário para a manutenção da minha vida. (Atos 15:28, 29) Recuso-me a fazer doações antecipadas e a armazenar meu sangue para posterior infusão.

3. Com respeito a questões que envolvam fim da vida: [Após minha assinatura abreviada (rubrica) na opção que se aplica ao meu caso.]

(a) \_\_\_\_ Não desejo que minha vida seja prolongada se, conforme certo grau razoável de certeza médica, meu quadro clínico for considerado em fase terminal, em razão de enfermidade grave e incurável.

(b) \_\_\_\_ Desejo que minha vida seja prolongada tanto quanto possível, nos limites dos padrões médicos geralmente aceitos, mesmo que isso signifique ser mantido vivo por anos com a ajuda de aparelhos.

4. Instruções com respeito a outros tratamentos de saúde (tais como medicamentos em uso, alergias, problemas de saúde ou qualquer outra instrução sobre minha vontade com relação a tratamentos médicos). É minha vontade que:

---

---

---

---

---

---

---

---

5. Não concedo a ninguém (incluindo meu procurador) autoridade para desconsiderar ou anular minhas instruções expressas neste documento. Familiares, parentes ou amigos talvez discordem das minhas decisões, mas qualquer discordância da parte deles não diminui a força ou a substância da minha recusa de sangue ou de outras instruções.

6. À parte das questões acima abrangidas, nomeio a pessoa indicada neste documento como meu procurador para tomar em meu nome decisões sobre tratamentos de saúde. Outorgo-lhe plenos poderes para solicitar informações de meus médicos, requerer e receber cópias de meus prontuários médicos, tomar medidas legais para garantir que minha vontade seja respeitada e representar-me judicial e extrajudicialmente (cláusula *ad judicium et extra*). Se meu primeiro procurador não estiver disponível, estiver incapacitado ou não estiver disposto a servir, nomeio um procurador alternativo, conforme indicado neste documento, para atuar com os mesmos poderes e autoridade.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

\_\_\_\_\_  
(Local e data)

**DECLARAÇÃO DAS TESTEMUNHAS:** Declaro, para os devidos fins de direito, que o outorgante assinou este documento na minha presença, estando em pleno gozo de suas faculdades mentais e livre de qualquer erro, dolo ou coação. Tenho 18 anos de idade ou mais. **Também, não sou o procurador nem o procurador alternativo do outorgante, nomeados mediante este documento.**

\_\_\_\_\_  
(Assinatura da testemunha)

\_\_\_\_\_  
(Nome e n.º do RG)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura da testemunha)

\_\_\_\_\_  
(Nome e n.º do RG)

### PROCURADOR

Nome e qualificação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Telefone(s): \_\_\_\_\_

### PROCURADOR ALTERNATIVO

Nome e qualificação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Telefone(s): \_\_\_\_\_

dpa-T Ba 1/16

Página 2 de 2

**Diretivas Antecipadas e Procuração  
para Tratamento de Saúde**  
(O documento está assinado na parte interna)

**NÃO APLIQUE SANGUE**



**ANEXO B – SENTENÇA DA AÇÃO CIVIL PÚBLICA****Nº5103690-53.2021.4.02.5101/RJ**

**Poder Judiciário**  
**JUSTIÇA FEDERAL**  
**Seção Judiciária do Rio de Janeiro**  
**4ª Vara Federal do Rio de Janeiro**

Avenida Rio Branco, 243, Anexo II, 1º Andar - Bairro: Centro - CEP: 20040-009 - Fone: (21)3218-8043 - www.jfrj.jus.br -  
Email: 04vf@jfrj.jus.br

**AÇÃO CIVIL PÚBLICA Nº 5103690-53.2021.4.02.5101/RJ**

**AUTOR:** MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL  
**RÉU:** UNIÃO - ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO

**SENTENÇA****I - RELATÓRIO**

Trata-se de Ação Civil Pública proposta pelo Ministério Público Federal em face da União, em que se objetiva, em sede de liminar:

i) que todas as instituições hospitalares federais flexibilizem, em 30 (trinta) dias, seus respectivos Termos de Consentimento Informado a fim de que o referido documento passe a conter opções e/ou campos editáveis para que qualquer paciente possa assinar o referido termo sem ferir sua consciência religiosa, em especial, podendo expressar sua recusa a transfusão de sangue alogênico, evitando, desta forma, a perpetuação da violação e da discriminação dos direitos humanos dos pacientes;

ii) adotar em 60 (sessenta) dias em todos os hospitais que atendem pacientes do Sistema Único de Saúde o seguinte protocolo de atendimento às pessoas maiores e capazes que manifestem objeção ao tratamento mediante transfusão de sangue, garantindo sequencialmente: 1) continuidade de atendimento médico na própria instituição hospitalar, utilizando métodos alternativos às transfusões de sangue disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde; ou 2) na impossibilidade de atendimento na própria instituição, que providencie a imediata transferência ou regulação para outro hospital; ou 3) caso não haja na região de domicílio do paciente instituição apta a dar continuidade ao atendimento, que o paciente seja beneficiado pelo tratamento fora do domicílio, nos termos do art. 4º da Portaria SAS/MD 55/99, ou que seja realizado o tratamento na rede privada, nos termos do artigo 24 da Lei Federal n. 8.080/90; e

iii) a adoção imediata de procedimento voltado à revisão dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas prioritários quanto ao manejo do sangue e derivados, nos moldes dos arts. 19-Q e 19-R da Lei 8.080/90, avaliando-se a substituição das formas de manejo hoje

priorizadas à luz das evidências científicas vigentes quanto à eficácia, acurácia, efetividade, segurança e, ainda, sob o viés econômico, com avaliação que dê observância oportuna aos custos extras e aos riscos da transfusão de sangue alogênico (art. 19-Q, § 2º, I e II da Lei 8.080/90).

Em sede de tutela definitiva, o MPF pede a condenação da União a:

i) promover a adequação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas nacionais para a garantia de acesso dos cidadãos brasileiros aos tratamentos médicos e técnicas que evitam o uso das transfusões de sangue alogênico;

ii) disponibilizar, em todas as unidades federais de saúde, insumos para procedimentos alternativos e seguros, à luz das evidências científicas, em substituição às transfusões de sangue alogênico; e

iii) implementar programas de gerenciamento e manejo do sangue do paciente (BPM) em todas as instituições de saúde federais do país, promovendo a capacitação profissional adequada em todas estas unidades.

Para tanto, o *Parquet* sustenta que os procedimentos que evitam o uso de transfusões de sangue alogênico estão previstos no Sistema Único de Saúde (SUS) e devem ser disponibilizados aos pacientes. Afirmar tratar-se de *"técnicas e procedimentos recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo próprio Ministério da Saúde brasileiro, com base em fortes evidências científicas no sentido de que estas técnicas e procedimentos são seguros, eficazes, produzem melhores resultados clínicos para os pacientes a médio e longo prazo e implicam economia financeira para o SUS, além de garantirem o respeito à liberdade religiosa e à dignidade de pessoas que professam a denominação cristã Testemunhas de Jeová, cujos dogmas de fé impõem a não aceitação da transfusão de sangue"*.

Informa que a presente ação decorre de apurações realizadas no Inquérito Civil n.º 1.30.001.003183/2012-62, que tramita na Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão (PRDC), cuja instauração se deu após representação que contestava os efeitos da Resolução n.º 1.021/80, do Conselho Federal de Medicina, a qual determina ao médico que, em caso de iminente perigo de vida do paciente, realize transfusão de sangue independentemente de consentimento deste ou de seus responsáveis.

Narra que, no decorrer do inquérito, a PRDC obteve resposta do Ministério da Saúde no sentido de que o órgão ministerial da saúde reconhece o risco das transfusões sanguíneas, destacando que elas devem ser indicadas de maneira criteriosa pela equipe médica assistente, com a análise e aprovação pelos profissionais médicos dos serviços de hemoterapia. Além disso, o Ministério da Saúde ressaltou que a Portaria MS n.º 2.712/2013 ainda prevê que, em cirurgias eletivas, devem ser consideradas ações que reduzam o consumo de componentes sanguíneos alogênicos, como métodos que diminuam o sangramento no intraoperatório (medicações, cuidados no intraoperatório e recuperação intraoperatória) ou a realização de transfusão do próprio sangue.

Aduz que, em 20 de maio de 2016, a PRDC realizou audiência pública sobre o tema (fls. 651-660 – anexo 8, págs. 42 e seguintes e anexo 9, págs. 1-3 ao Evento 1). Posteriormente, elaborou representação à Procuradoria-Geral da República (PGR) pelo ajuizamento de arguição de descumprimento de preceito fundamental (ADPF). Diz que a representação foi acolhida pela PGR, que propôs a ADPF 618, que contém os seguintes pedidos: a) declaração de não recepção parcial, sem redução de texto, do art. 146, §3º, I, do

Código Penal e, consequentemente, do item 2 do Parecer Proc. CFM 21/1980, adotado como anexo da Resolução CFM 1.021/1980; e b) declaração de inconstitucionalidade parcial, também sem redução de texto, dos arts. 22 e 31 da Resolução CFM 2.217/2018 e do art. 3º da Resolução CREMERJ 136/1999, para excluir a interpretação de que os médicos devem realizar transfusão de sangue mesmo contra a vontade prévia (por meio de diretivas antecipadas) ou atual dos pacientes maiores e capazes que, por motivo de convicção pessoal, opõem-se ao tratamento.

O MPF afirma que a ADPF 618 tem como objetivo afastar qualquer constrangimento àqueles que se recusem à transfusão no âmbito penal e administrativo.

Não obstante isso, aduz que persistiu no inquérito a necessidade de analisar o tema à luz da adoção de políticas públicas pela realização de métodos alternativos, mediante o estabelecimento de diretrizes ou protocolos pelo Ministério da Saúde.

Nessa órbita, a PRDC elencou 03 (três) pontos que foram levados em consideração no desenvolvimento dos trabalhos. São eles:

i) Há uma carência na disponibilização de tratamentos que evitem a transfusão de sangue, o que impõe a necessidade da adoção de protocolos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

ii) Persiste a negativa de atendimento médico-hospitalar a pacientes que expressam recusa à transfusão de sangue; e

iii) Torna-se imprescindível a análise custo-efetividade do tratamento sem transfusão de sangue alogênico.

**Com relação ao primeiro ponto**, indica que a falta da disponibilização de tratamentos ocorre em descompasso com a previsão de atos normativos que determinam ações redutoras do consumo de componentes sanguíneos alogênicos. Nesse sentido, narra que a Associação de Testemunhas de Jeová apresentou no inquérito - fls. 1215-1230 (Anexo 16) -, a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis para o SUS e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2017, os quais preveem o uso de coagulador de argônio e ringer + lactato, respectivamente, durante cirurgia (intraoperatório) - fls. 1231-1232-1238, Anexo 16 -.

Também afirma que o Brasil se comprometeu, na 63ª Assembleia Mundial de Saúde (63ª *World Assembly*), realizada pela OMS, a promover práticas alternativas à transfusão de sangue, incluindo técnicas de gerenciamento e conservação do sangue do paciente (PBM) (fls. 1239-1242 - Anexo 16).

**No que tange ao segundo ponto**, defende que o Ministério da Saúde cumpra o papel de coordenador do Sistema Único de Saúde e de orientador dos procedimentos das entidades hospitalares para que estas se adequem a seus atos normativos.

**Quanto ao terceiro ponto**, discorre que o guia para o uso de hemocomponentes, do Ministério da Saúde, preconiza que “o uso de sangue e hemocomponentes é uma prática cara para o SUS, que necessita e utiliza tecnologia de ponta e recursos humanos altamente especializados”. Prossegue, afirmando que diversas entidades governamentais têm adotado protocolos de gerenciamento/manejo do sangue do paciente (PBM) como política pública de saúde para a população em geral, como os documentos “*National Patient Blood Management*

*Implementation Strategy*”, publicado pelo governo da Austrália (fls. 1249-1269 – Anexos 16 e 17), e “*Building National Programmes of Patient Blood Management (PBM) in the EU – A Guide for Health Authorities*”, publicado pela Comissão Europeia (fls. 1270-1349 – Anexos 17, 18, 19 e 20).

E, com base nos três pontos acima levantados, o MPF formulou novo questionamento ao Ministério da Saúde, a fim de que ele apontasse as medidas que vem adotando para viabilizar o acesso dos cidadãos brasileiros aos tratamentos médicos e técnicas que evitam o uso das transfusões de sangue alogênico já previstos na legislação e em normativos para a rede pública de saúde, bem como a sua efetiva disponibilização e implementação de programas de gerenciamento/manejo do sangue do paciente (BPM).

Além disso, diz o *Parquet* que foi solicitada a realização de fiscalização e a normatização para que hospitais em todo o País se abstivessem de recusar atendimento ou de condicioná-lo à assinatura de documentos de consentimento/adesão para procedimentos de transfusões de sangue aos cidadãos que, por questões de consciência religiosa, expressem sua recusa a essa terapia, mesmo para procedimentos que, segundo a prática médica ou cirúrgica padrão, frequentemente envolvem o uso de sangue alogênico; adotando-se modelos de termos de consentimento adequados, se for o caso (fl. 1417 – Anexo 24).

À causa foi atribuído o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

Inicial acompanhada dos documentos do Evento 01, anexos 2 a 37.

Petição da União no Evento 3, requerendo prazo para manifestação preliminar, nos termos do artigo 2º, da Lei 8.437/92.

Decisão do Evento 4, determinando a citação União e designando a realização de audiência de conciliação para o dia 04/11/2021.

Os arquivos audiovisuais da audiência realizada nos termos da decisão do Evento 4 encontram-se vinculados ao Evento 13.

A União apresentou contestação no Evento 22, requerendo o sobrestamento do feito até o julgamento final da ADPF n.º 618/DF. Requereu, ainda, a limitação dos efeitos da decisão a ser proferida nesta ação coletiva às unidades hospitalares vinculadas ao Ministério da Saúde no Estado do Rio de Janeiro. No mérito, sustentou a inviabilidade da pretensão, à vista da já existente Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, estabelecida pela Lei n.º 10.205/2001 e pela Portaria de Consolidação n.º 5/2017, que já prevê a adoção de procedimentos alternativos à transfusão de sangue. Requereu, por fim, a realização de audiência de conciliação com a participação de representantes do Ministério da Saúde e de unidades hospitalares do Rio de Janeiro para que possam esclarecer sobre questões técnicas atinentes à matéria em debate.

Despacho vinculado ao Evento 24, determinando a apresentação pela União do rol de representantes de unidades de saúde e do Ministério da Saúde para participação em audiência de conciliação.

A União deu cumprimento àquela determinação através das manifestações dos Eventos 30, 31 e 38.

Réplica no Evento 28.

Decisão do Evento 34, designando nova audiência de instrução para o dia 10/03/2022.

Nos Eventos 39 e 43, constam manifestações da Associação das Testemunhas Cristãs de Jeová, requerendo seu ingresso no feito na condição de *amicus curiae*.

Decisão do Evento 44, declinando da competência em favor de uma das Varas especializadas em saúde pública.

O feito foi livremente redistribuído para esta 4ª Vara Federal Cível da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, conforme se verifica do Evento 49.

Na decisão do Evento 53, foi indeferido o requerimento de suspensão do processo em razão da tramitação da ADPF n.º 618 e do RE 1.212.272; foi deferido o ingresso da Associação das Testemunhas Cristãs de Jeová na qualidade de *amicus curiae*. Na ocasião, foi designada nova audiência de conciliação para o dia 04/05/2022, ficando a União responsável pela notificação dos representantes indicados nos Eventos 30, 31 e 38.

Manifestação da Associação das Testemunhas Cristãs de Jeová no Evento 99, indicando representantes da área de saúde a serem ouvidos na audiência designada.

Juntada de documento pela Secretaria do Juízo no Evento 100, anexo 2.

Petição da União no Evento 103, com rol de representantes das unidades de saúde e dos profissionais técnicos a serem ouvidos na audiência designada.

Na data e hora designadas, foi realizada a audiência, oportunidade em que foram realizadas as oitivas das personagens elencadas na assentada do Evento 104, anexo 1, cujos arquivos de vídeo encontram-se acostados nos anexos 2 a 16. Na ocasião, foi proferido despacho para que a União juntasse aos autos ***i) os "Protocolos Operacionais Padrão (POP)", com a descrição de todos os procedimentos alternativos à transfusão alogênica adotados, bem como (ii) os modelos de "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)", devidamente atualizados, citados pelos representantes das unidades de saúde durante as oitivas, além de outros documentos que julgar pertinentes para a solução da lide. Em relação ao item (i), deve ser esclarecido, ainda, se a unidade dispõe de máquina de recuperação intraoperatória de sangue, com o apontamento de eventuais contraindicações ao uso do procedimento."***

Manifestação da Associação das Testemunhas Cristãs de Jeová no Evento 108, com juntada de documentos.

Manifestação do INTO no Evento 111.

A União carrou aos autos os documentos dos anexos 2 a 42 ao Evento 112, contendo os esclarecimentos prestados pelas diversas unidades de saúde federais.

Dada vista às partes sobre os documentos coligidos, a Associação das Testemunhas Cristãs de Jeová se manifestou no Evento 118, e o MPF, no Evento 119.

Na decisão do Evento 122, este Juízo delimitou o objeto da demanda à análise da conformidade dos Protocolos Operacionais Padrão e dos Termos de Esclarecimento Livre e Esclarecido (TCLE) elaborados pelos setores vinculados aos hospitais federais e institutos

abrangidos pela área geográfica do Estado do Rio de Janeiro.

Na mesma decisão, no intuito de direcionamento da demanda à melhor solução da lide e, em última análise, de se realizar uma melhor instrução processual e orientação aos atores do processo, foram apontadas incongruências/irregularidades em alguns POPs e TCLEs de diversas unidades de saúde, tendo o Juízo fixado prazo para que fossem corrigidas as discrepâncias e também para que fossem prestados outros esclarecimentos acerca dos documentos coligidos ou ausentes.

Na petição do Evento 128, o MPF **(i)** noticiou a interposição de agravo de instrumento contra a decisão do Evento 122 em relação à delimitação da demanda; **(ii)** formulou pedido de reconsideração da decisão do Evento 122; **(iii)** requereu a apreciação da tutela provisória; **(iii)** e, subsidiariamente, requereu a intimação dos hospitais federais universitários (autarquias) e institutos a eles ligados, dos hospitais federais administrados pela EBSEH (empresa pública), dos INCAs III e IV e do CEMO, para cumprirem as determinações designadas em audiência.

Em atendimento à decisão do Evento 122, a União peticionou no Evento 134, juntando documentos (anexos 2 a 23). No ensejo, a ré ressaltou que a representação judicial de Hospitais Federais Universitários é atribuição da Procuradoria Federal, em razão da natureza autárquica/fundacional dos nosocômios.

Na decisão do Evento 139, foi indeferido o pedido de reconsideração formulado pelo MPF e determinada a expedição de ofícios aos Hospitais Federais de Ipanema e do Andaraí para cumprimento das determinações do Evento 122.

Juntada de documentos emitidos pelos Hospitais Federais de Ipanema e do Andaraí no Evento 148.

Sobre os documentos juntados, a Associação das Testemunhas Cristãs de Jeová (ATCJ) se manifestou no Evento 158; e o MPF, no Evento 160, reportando se à petição do Evento 128 e reiterando o pedido de intimação dos hospitais lá elencados, para que adotem as providências do Evento 122.

A União juntou novos documentos atinentes ao Hospital Federal de Ipanema (Evento 162).

Por fim, os autos vieram-me conclusos para sentença.

**É o relatório. Passo a decidir.**

## **II - FUNDAMENTAÇÃO**

Conforme já assentado na decisão do Evento 122, a assistência pública à saúde é de competência comum entre a União, Estados-membros, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 23, inc. II, da Constituição Federal.

Quanto à organização do serviço, o art. 198 da Carta Magna preceitua que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

*I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*

*II - atendimento integral, com prioridade para as **atividades preventivas**, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*

*III - participação da comunidade.*

Com o objetivo de concretizar tais desideratos, a Lei n.º 8.080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde, outorgou aos entes federados autonomia de atuação na assistência à saúde, inclusive conferindo-lhes poderes de elaboração de normas técnicas dentro das suas respectivas esferas de atuação, tratando-se, portanto, de um modelo federativo, solidário, descentralizado e não hierarquizado, visando alcançar os fins almejados pela Carta da República.

O art. 15 da Lei n.º 8.080/90 elenca uma série de atribuições comuns a todos entes da federação, dentre elas a de elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde (inciso XVI).

O tratamento a ser dado ao sangue encontra previsão originária no § 4º do art. 199 da Constituição Federal, cujo dispositivo conferiu à lei dispor sobre a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados.

No plano legal, a Lei n.º 10.205, de 21 de março de 2001, veio regulamentar o mandamento constitucional, estabelecendo o ordenamento institucional indispensável à execução adequada das atividades de coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, bem como deu outras providências.

Nesse intento, foi criada a Política Nacional do Sangue, Componentes e Hemoderivados (PNSCH), a ser implantada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pelo Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados - SINASAN (art. 8º), composto por (art. 9º): **(i)** órgãos de vigilância sanitária e epidemiológica, que visem ao controle da qualidade do sangue, componentes e hemoderivados e de todo insumo indispensável para ações de hemoterapia; **(ii)** laboratórios de referência para controle e garantia de qualidade do sangue, componentes e hemoderivados, bem como de insumos básicos utilizados nos processos hemoterápicos, e confirmação de doadores e amostras reativas, e dos reativos e insumos diagnósticos utilizados para a proteção das atividades hemoterápicas; **(iii)** outros órgãos e entidades que envolvam ações pertinentes à mencionada política.

A PNSCH - a ser executada pelo SINASAN -, será dirigida, em nível nacional, por órgão específico do Ministério da Saúde, observado, dentre outros postulados, o estabelecimento de **mecanismos que garantam reserva de sangue, componentes e hemoderivados**, conforme previsão do art. 16, inc. XIII, na Lei n.º 10.205/01.

Em relação às atribuições dos órgãos componentes do SINASAN, nos termos do art. 4º do Decreto n.º 3.990/2001, compete ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Atenção à Saúde:

*I - formular a Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, assessorando tecnicamente os Estados e os Municípios, quando necessário;*

(...)

*III - coordenar as ações na área de sangue e hemoderivados e as atividades voltadas para atender situações de emergência;*

(...)

*V - pactuar com os Estados e o Distrito Federal as metas a serem por eles atingidas e incorporadas aos seus respectivos planos diretores;*

(...)

Aos Estados compete (art. 5º):

*I - formular, em conjunto com os Municípios, a política estadual de sangue, componentes e hemoderivados, definindo a regionalização e a responsabilidade pela assistência hemoterápica em sua área de abrangência, assessorando tecnicamente os Municípios;*

*II - coordenar, em seus limites geográficos, as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, incluindo as ações de vigilância sanitária e as atividades voltadas para o atendimento de situações de emergência, assegurando a unidade de comando e direção da política estadual;*

(...)

De acordo com o art. 11 da Lei n.º 10.205/01, a PNSCH deve ser desenvolvida por meio de rede nacional de Serviços de Hemoterapia, de **forma hierárquica e integrada**, nos moldes do **regulamento** emanado do Ministério da Saúde. Os integrantes da rede, vinculados ou não a quaisquer dos entes federativos, reger-se-ão segundo os respectivos regulamentos e normas técnicas pertinentes.

Nos termos da Resolução-RDC n.º 151, de 21 de agosto de 2001, ANVISA/MS, os Serviços de Hemoterapia públicos e privados que compõem a Hemorrede Nacional serão classificados dentre um dos quatro níveis integrantes do anexo à resolução, de acordo com as atividades que desenvolvem, sendo:

*I - no nível I ou II os serviços: Hemocentro Coordenador - HC e Hemocentro Regional - HR, Núcleo de Hemoterapia - NH;*

*II - no nível III os serviços: Central de Triagem Laboratorial de Doadores - CTLD, Unidade de Coleta e Transfusão - UCT, Unidade de Coleta (fixa e móvel) - UC; e*

*III - no nível IV: Agência Transfusional - AT.*

A classificação dos Serviços de Hemoterapia nos diferentes níveis deve ocorrer de acordo com o preenchimento dos requisitos constantes do anexo à resolução.<sup>1</sup>

No Estado do Rio de Janeiro, o **Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti - HEMORIO** é classificado como Hemocentro Coordenador - HC. E, segundo o próprio instituto informa em seu sítio na *internet*, a Rede de Hemoterapia do Estado do Rio de Janeiro é composta por 90 serviços públicos e contratados na âmbito do SUS, sendo: 01 Hemocentro Coordenador (sendo ele o HEMORIO), 03 Hemocentros Regionais, 20 Núcleos de Hemoterapia, 03 Unidade de Coleta e Transfusão e 63 Agências Transfusionais.<sup>2</sup>

A Resolução SES n.º 1.878, de 05 de agosto de 2019, editada pelo órgão gestor do Estado do Rio de Janeiro e que definiu a Rede e Estadual de Sangue e Hemoderivados, atribuiu ao HEMORIO, dentre outras, a tarefa de **promover treinamentos para profissionais que atuam em serviços de hemoterapia e definir os serviços de hemoterapia aptos para sediar treinamento prático de profissionais da hemorrede pública.**<sup>3</sup>

Sobre os Comitês Transfusionais e os Serviços de Hemoterapia, eles

desempenham papel essencial dentro do sistema e as suas atribuições estão enumeradas nos seguintes dispositivos, constantes do Anexo IV da Portaria de Consolidação MS n.º 5, de 28 de setembro de 2017 - Portaria MS n.º 158, de 4 de fevereiro de 2016 (com grifos):

***Art. 12. Toda instituição de assistência à saúde que realiza transfusão de sangue e componentes sanguíneos comporá ou fará parte de um Comitê Transfusional. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 12)***

***§ 1º É competência do Comitê Transfusional o monitoramento da prática hemoterápica na instituição de assistência à saúde visando o uso racional do sangue, a atividade educacional continuada em hemoterapia, a hemovigilância e a elaboração de protocolos de atendimento da rotina hemoterápica. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 12, § 1º)***

***§ 2º Os serviços de hemoterapia e as instituições de assistência à saúde que possuam Agências Transfusionais constituirão seus próprios Comitês Transfusionais. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 12, § 2º)***

***§ 3º A constituição do Comitê Transfusional será compatível e adequar-se-á às necessidades e complexidades de cada serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 12, § 3º)***

***§ 4º As instituições de assistência à saúde que não possuam Agência Transfusional participarão das atividades do Comitê Transfusional do serviço de hemoterapia que as assiste ou constituirão Comitê Transfusional próprio. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 12, § 4º)***

***Art. 13. O serviço de hemoterapia colaborará com as atividades dos Comitês Transfusionais das instituições de assistência à saúde para as quais forneça componentes sanguíneos para atividade transfusional, de elaboração e implementação de protocolos para controlar as indicações, o uso e o descarte dos componentes sanguíneos, quando solicitado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 13)***

***Art. 14. O serviço de hemoterapia possuirá equipe profissional, constituída por **pessoal técnico e administrativo**, suficiente e competente, sob a supervisão do responsável técnico e administrativo. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 14)***

***Parágrafo Único. A equipe profissional de que trata o "caput" adequar-se-á às necessidades e complexidades de cada serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 14, Parágrafo Único)***

***Art. 15. Os supervisores técnicos das áreas do serviço de hemoterapia possuirão registro profissional no respectivo conselho de classe, requisito para o exercício da profissão. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 15)***

***Art. 16. O serviço de hemoterapia possuirá ambiente e equipamentos adequados para que as diferentes atividades possam ser realizadas segundo as boas práticas de produção e/ou manipulação. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 16)***

***Art. 17. O serviço de hemoterapia implementará programas destinados a minimizar os riscos para a saúde e garantir a segurança dos receptores, dos doadores e dos seus funcionários. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 17)***

***Art. 18. Cada serviço de hemoterapia manterá um conjunto de procedimentos operacionais, técnicos e administrativos para cada área técnica e administrativa. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 18)***

***§ 1º Os procedimentos operacionais serão elaborados pelas áreas técnicas e administrativas pertinentes, incluindo as medidas de biossegurança. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 18, § 1º)***

***§ 2º Os procedimentos operacionais deverão ser aprovados pelos responsáveis técnicos dos***

*setores relacionados e pelo responsável técnico do serviço de hemoterapia ou conforme determinado pelo programa de garantia de qualidade de cada instituição de saúde, em conformidade com o manual da qualidade válido da própria instituição. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 18, § 2º)*

*§ 3º Os procedimentos operacionais de que trata o "caput" serão disponibilizados a todos os funcionários do respectivo serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 18, § 3º)*

*§ 4º O cumprimento das disposições contidas nos procedimentos operacionais de que trata o "caput" é obrigatório a todo o pessoal atuante no serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 18, § 4º)*

*§ 5º Os procedimentos operacionais de que trata o "caput" serão avaliados anualmente quanto à adequação e à atualização, quando apropriado. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 18, § 5º)*

*§ 6º A introdução de novas técnicas no serviço de hemoterapia será precedida de avaliação e validação dos procedimentos para assegurar os critérios de qualidade. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 18, § 6º)*

*Art. 19. Os responsáveis, técnicos e administrativos, com apoio da direção do serviço de hemoterapia, assegurarão que todas as normas e procedimentos sejam apropriadamente divulgados e executados. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 19)*

*Parágrafo Único. Deverá ser garantido o provisionamento no serviço de hemoterapia de todos os insumos necessários para a realização das suas atividades. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 19, Parágrafo Único)*

Ainda, no que se refere aos Comitês Transfusionais, o Ministério da Saúde editou cartilha discorrendo sobre as suas atribuições, que estão de acordo como a normatização acima. O documento, que está na 2ª edição, revisada e atualizada pelo Dr. Marcelo Addas Carvalho, Consultor Técnico da CGSH/DAET/SAES/MS e ouvido na audiência especial (Evento 104, anexo 12), assim dispõe (págs. 117-121):

*O Comitê Transfusional (CT) é um grupo de profissionais de diferentes especialidades responsável pela definição e avaliação contínua da prática hemoterápica e pela hemovigilância, num serviço de saúde.*

#### ***Justificativas***

- Melhorar as práticas hemoterápicas da instituição;
- Aumentar a segurança transfusional;
- Otimizar o uso dos hemocomponentes;
- Reduzir os erros transfusionais;
- Estreitar a relação do serviço de hemoterapia e os diversos serviços do hospital e criar um programa efetivo de revisão da utilização de hemocomponentes;
- Promover educação e atualização continuadas em hemoterapia;
- Atender à exigência legal.

#### ***Características***

*O Comitê Transfusional deve ser:*

**Institucional:** cada instituição – hospital público ou privado, ambulatório, núcleo hemoterápico, hemocentro – deverá ter o seu Comitê Transfusional.

#### **Multidisciplinar**

**Amplamente divulgado:** o CT deverá divulgar, para toda a comunidade hospitalar, as suas funções, área de atuação, composição, rotina e como os profissionais poderão acessá-lo (fluxo de informações dentro de cada instituição).

**Informativo, educativo e atualizado:** o CT tem a obrigação de se manter atualizado nos temas pertinentes à hemoterapia e à hemovigilância e deve constituir-se num fórum educativo e não-punitivo.

**Confidencial:** a necessidade de assinatura de termos de confidencialidade para os assuntos do CT deve ficar a critério de seus membros.

#### **Composição**

- A estrutura organizacional do CT deve considerar a complexidade, as características e as normas de cada instituição e se adequar às mudanças que podem ocorrer na mesma.
- O CT deve relatar as suas atividades à Diretoria Clínica do Hospital.
- O CT pode ser permanente ou ter uma política de renovação periódica de todos ou parte de seus membros, incluindo o seu coordenador.

#### **Coordenador do CT:**

- Deve ser indicado pelo Diretor Clínico do Hospital.
- Preferencialmente, deve ser um médico com suficiente conhecimento em hemoterapia.
- O coordenador ou um membro do serviço de hemoterapia deve ser um membro do CT, mas não necessariamente e não desejavelmente deverá ser o seu coordenador, para evitar conflito de interesse.

#### **Membros do CT:**

- Para ser efetivo, o CT deve contar com: representantes médicos e/ou enfermeiros dos principais serviços que compõem o hospital e que frequentemente prescrevem transfusão de hemocomponentes, um representante técnico do laboratório, um funcionário administrativo, um representante do serviço hemoterápico. Representantes de setores educacionais (ex: residência médica) também podem participar do CT.
- Sugere-se que cada CT realize reuniões periódicas documentadas em ata.

#### **Funções**

- Fazer a revisão crítica da prática hemoterápica na instituição, tendo como objetivo final o uso seguro e racional do sangue. Tal ação poderá ser realizada por meio de um dos seguintes métodos:
  - Auditoria prospectiva: análise das solicitações de hemocomponentes antes da sua liberação para uso;
  - Auditoria concorrente: revisão das solicitações de hemocomponentes um ou dois dias após a

*liberação; – Auditoria retrospectiva: revisão das solicitações dias ou semanas após a transfusão.*

- *Acompanhar a monitoração, investigação e notificação dos incidentes transfusionais imediatos e tardios.*
- *Desenvolver ou validar protocolos para unificação de condutas relativas à hemoterapia e hemovigilância.*
- *Promover a educação continuada nos aspectos principais da hemoterapia e hemovigilância.*

Por fim, quanto ao melhor tratamento a ser ministrado ao paciente, as decisão fica a cargo do médico assistente em conjunto com o responsável técnico da hemoterapia, conforme permeado por toda a regulamentação que rege a matéria, sendo unânime dentro da área de saúde que o médico assistente é o mais qualificado para decidir, por ser ele o profissional mais próximo da realidade do paciente e possuir uma visão holística, de cunho multidisciplinar, em cada situação que lhe é colocada, conforme se extrai das diversas portarias, do Código de Ética Médica e do que ficou assentado nas oitivas efetivadas na audiência especial.

É de bom alvitre salientar que o HEMORIO, na qualidade de Hemocentro Coordenador - HC, corrobora as atribuições acima, segundo se extrai dos termos do Ofício do Evento 1, anexo 9, págs. 16 e seguintes, datado de 01.07.2016, produzido no Inquérito Civil n.º 1.30.001.003183/2012-62.

Nesse quadro, não se mostra despojado de razoabilidade o arcabouço normativo acima, que, no intuito de conferir maior especialização às áreas de saúde e com o fim de organizar os serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (art. 7º, inciso XIII, da Lei n.º 8.080/90), ramificou as responsabilidades pela elaboração de protocolos operacionais padrão para os setores vinculados às respectivas unidades hospitalares, sobretudo quando cada hospital, instituto ou unidade básica de saúde possui **realidades específicas**, quer seja pela **especialidade** do atendimento quer seja pelas **circunstâncias** sob as quais eles são realizados (emergência, urgência ou procedimentos eletivos).

Pelo viés normativo que toca às diretrizes, portanto, o Ministério da Saúde não se eximiu do seu dever de regulamentar em âmbito nacional as ações a serem voltadas ao tratamento do sangue, componentes e seus hemoderivados, inclusive com a determinação do uso racional do sangue. Também é assente que o detalhamento dos procedimentos foi atribuído aos diversos órgãos do SINASAN, sobretudo aos serviços de hemoterapia e aos Comitês Transfusionais vinculados a cada unidade de saúde.

Conforme já observado na decisão do Evento 122, o Ministério da Saúde já demonstrava preocupação com o uso racional do sangue, prevendo a aplicação de métodos que diminuam o sangramento no intraoperatório ou a realização de transfusão autóloga; ou mesmo a utilização de máquina destinada à recuperação intraoperatória de sangue (arts. 6º, 7º e 222 do Anexo IV da Portaria de Consolidação MS n.º 5, de 28 de setembro de 2017 - Portaria MS n.º 158, de 4 de fevereiro de 2016).

O MS orienta que "*os serviços de hemoterapia e hospitais em geral devem incentivar programas educacionais de disseminação de recomendações atualizadas aos médicos prescritores*".<sup>4</sup>

De fato, a audiência realizada em 04.05.2022 foi esclarecedora nesse ponto, cabendo aqui discorrer sobre as observações tecidas pelo **Dr. Marcelo Addas de Carvalho - Médico hematologista e hemoterapeuta; Consultor Técnico da CGSH/DAET/SAES/MS**

**(Evento 104, anexo 12):**

Segundo o Consultor técnico do MS, existe regulamentação interministerial contemplando tanto os POPs quanto os termos de livre consentimento esclarecido, que são de observância obrigatória, permitindo ao paciente a recusa à transfusão alogênica de sangue e seus hemoderivados.

No tocante aos procedimentos alternativos, ele informou que a mesma portaria prevê, em capítulo próprio, a possibilidade de transfusão autóloga, mediante armazenamento prévio, disponibilizado pelos hemorredeiros de todas as unidades federativas e que, mesmo em unidades de saúde em que estão instaladas Agências Transfusionais - que, segundo o consultor, são de menor porte -, em caso de indicação de realização do procedimento de transfusão autóloga, o paciente é direcionado ao Hemocentro ou a outra unidade que possa realizar a coleta.

Esclareceu que, na portaria ministerial, há a previsão da adoção de tecnologia para recuperação intraoperatória de sangue do paciente, mediante a utilização de máquina de recuperação intraoperatória de sangue (conhecida como *Cell Saver*), ressaltando, contudo, que há restrição para a utilização dessa tecnologia, calcada, por exemplo, na sua contraindicação a pacientes infectados e na contraindicação do procedimento para paciente oncológico, por força da baixa evidência na literatura quanto à eficácia, acurácia, efetividade e segurança, sendo muito mais indicado para procedimentos cardiovasculares.

O consultor do MS também pontuou a existência dos Comitês Transfusionais dentro das unidades de saúde, aos quais compete desenvolver as atividades de padronização dos procedimentos à luz da estrutura de cada hospital, dos perfis dos pacientes e da realidade local. A cada comitê, compete discutir a padronização dos procedimentos, mesmo na fase pré-operatória; inclusive a elaboração dos termos de consentimento livre e esclarecido, que devem se amoldar à realidade do paciente.

Assim, num hospital de “portas abertas”, que presta atendimentos de urgência e emergência, os termos do TCLE não devem guardar identidade com os termos aplicáveis a um hospital oncológico, em que as transfusões são predominantemente eletivas e as alternativas de procedimentos são diferentes de um hospital cirúrgico.

O Dr. Marcelo também trouxe à baila que a estrutura do Comitê Transfusional, segundo a legislação, é de implantação obrigatória em cada unidade hospitalar. Quanto à **organização da rede**, disse que a **competência é de cada gestor estadual**, que é realizada com base no perfil dos pacientes, atendidos os parâmetros delimitados na portaria ministerial. Dessa maneira, a depender do porte e da natureza dos atendimentos de cada hospital, eles podem conter somente uma Agência Transfusional, uma Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue, ou até mesmo um serviço de maior complexidade, mas que não é viável a proposta de um serviço de maior complexidade para um hospital que não comporta demanda com ele compatível.

Reforçou que as tecnologias discutidas na audiência, a serem utilizadas como alternativas à transfusão alógena do sangue (suplementação de ferro e eritropoietina nas fases pré e pós operatórias; utilização de máquina de recuperação intraoperatória de sangue nos hospitais com perfil cardiovascular etc), já estão incorporadas pelo SUS e têm sido utilizadas pelas unidades de saúde, resguardadas as particularidades de cada hospital.

No que tange ao TCLE, ele chamou a atenção para o fato de que o MS regulamenta a atividade transfusional, e que o comitê regional em conjunto com o gestor de

cada unidade hospitalar são os responsáveis pela sua implementação.

Indagado pelo Juízo sobre a possibilidade da fixação de protocolo e também termo de esclarecimento com padrões mínimos a serem utilizados por todos os hospitais, notadamente nos procedimentos eletivos, o Dr. Marcelo Addas posicionou-se pela sua inviabilidade, tendo em vista a diversidade de situações observada dentro da realidade de cada unidade de saúde. O consultor técnico do MS defendeu, nesse cenário, que o mais adequado é que cada Comitê Transfusional formule os protocolos e TCLEs de acordo com as respectivas realidades.

De tudo acima, infere-se que o sistema é complexo e reclama esforços mútuos e conjugados dos vários atores que compõem a complexa estrutura do SUS.

Sobre o tema, foram ouvidos, ainda, os representantes dos diversos hospitais e institutos e autoridades administrativas do SUS, do que ficou consignado:

**1 - Dr. Daniel Richard Mercante - Médico Hematologista - Responsável Técnico pelo Hemonúcleo do Instituto Nacional de Cardiologia (Vídeo 3)**

Informou que o INC possui TCLE para pacientes que se recusam a receber sangue. Disse que a unidade de saúde instalou um laboratório que adota medidas e terapias restritivas, principalmente na fase pré-operatória, para cirurgias de maior porte, cujos procedimentos consistem em suplementação de ferro e eritropoietina, visando reduzir a necessidade de transfusão.

No intraoperatório, o responsável técnico afirmou que o INC utiliza a máquina *Cell Saver*, e que o procedimento é realizado em cerca de 15% (quinze por cento) de todos os pacientes (Vídeo 4).

No que se refere à normatização, informou que há previsão do procedimento em POP (Protocolo Operacional Padrão). Aduziu que o procedimento é aceito pelos pacientes Testemunhas de Jeová, e que, ao menos durante os últimos quatro anos, não houve a necessidade de transfusão alogênica.

Questionado pelo Juízo, respondeu que o equipamento possui um alto custo, sendo que, por essa razão, nem todas as unidades de saúde o possuem, mas que é possível a um hospital de grande porte obtê-lo. Quanto à compatibilidade da utilização da máquina *Cell Saver*, disse que normalmente ela é utilizada em procedimentos que tenham tendência de maior perda de sangue.

Por fim, narrou que todos os procedimentos, tanto na fase pré operatória quanto na intraoperatória, são aplicados dentro dos procedimentos eletivos.

**2 - Dra. Gláucia Aparecida Pires Guasti, Médica, Siape 2298616 - Responsável Técnica do serviço de hemoterapia do Hospital Federal de Bonsucesso e Dr. João Luís Lindoso Carvalho - Hospital Federal de Bonsucesso (Vídeos 5 e 6)**

A responsável técnica disse que o hospital tem o POP e também o TLCE e, com relação ao termo de consentimento, afirmou que ele possui esclarecimento acerca dos riscos e benefícios do procedimento transfusional.

Sobre a realidade do nosocômio, informou que o Hospital Federal de Bonsucesso

é dotado de uma estrutura diferente da verificada no INC, tendo em vista a sua natureza de hospital geral, discorrendo que, conquanto o HFB também realize procedimentos de cirurgias cardíacas, nele são executados diversos outros procedimentos, tratando-se de um hospital de atendimento na modalidade “porta aberta”. Nessa linha, respondeu que a unidade possui a máquina *Cell Saver*, mas que a demanda é muito reduzida, tendo em vista as circunstâncias (cirurgias não eletivas) e a natureza geral dos procedimentos.

Para os pacientes que se recusam a transfundir, a Dra. Gláucia esclareceu que o hospital possui um ambulatório para a avaliação na fase pré operatória, em que o paciente é analisado pelo anestesista, que constata se ele manifesta alguma restrição para o procedimento e, em ocorrendo, o setor de hemoterapia é comunicado sobre a recusa, sendo que essa informação é repassada ao médico assistente, no intuito de orientá-lo na terapia de substituição.

Ela aduziu que não há um laboratório específico na hemoterapia, mas que a unidade possui um serviço de hematologia que certamente realiza os procedimentos de terapia alternativa. Nessa esteira, enumerou as terapias adotadas, que são aquelas estimuladoras de colônias, de neutrófilos, tais como terapias de reposição de ferro, de vitamina B12, de eritropoietina, em suma: todas as terapias estimuladoras de hematopoiese, buscando o incremento nas taxas de sangue para a redução do risco transfusional durante o ato operatório.

A médica também indicou que as medicações estão previstas no POP e que, conquanto essas prescrições não partam da hemoterapia, mas sim do médico assistente, há dentro do POP a citação dessas ocorrências.

No que alude à utilização desses procedimentos do pré-operatório, a profissional trouxe à luz que eles são utilizados nos casos eletivos, ressaltando que o Hospital Federal de Bonsucesso também abarca os atendimentos de emergência “aberta”, possuindo características diferentes do INC, tanto quanto ao volume de atendimentos quanto por possuir natureza multidisciplinar.

Para os atendimentos de urgência e emergência, reverberou que não há POP alternativo à transfusão, porquanto não há elemento substituto do sangue, salientando que os procedimentos alternativos consistem em medidas de otimização do volume sanguíneo, sendo certo que isso exige um preparo prévio do paciente, incompatível com os atendimentos de urgência e emergência.

A Dr<sup>a</sup> Glaucia confirmou, ainda, que a máquina de recuperação intraoperatória de sangue (*Cell Saver*) não é utilizada nos procedimentos emergenciais porque não há indicação para a sua utilização nessas circunstâncias, sendo indicado o seu uso apenas nos procedimentos eletivos, em cirurgias cardíacas, ortopédicas e vasculares.

Em resposta ao questionamento do Procurador da República, a médica disse não saber se a máquina *Cell Saver* é utilizada em larga escala no âmbito nacional, mas asseverou que, sem dúvida, as tecnologias terapêuticas para pacientes que apresentam restrições no recebimento de sangue, sobretudo na fase preparatória, são uniformes em todas as unidades de saúde, tendo em vista o consenso nos protocolos nacionais e nos protocolos internacionais.

Questionada pelo patrono da ACTJ acerca do procedimento adotado por ocasião da recusa de sangue pelos pacientes Testemunhas de Jeová, ela informou que, em havendo tal negativa no setor laboratorial, o setor de hemoterapia fornece ao paciente o TLCE específico, em que ele pode manifestar a sua vontade pela não transfusão, mas que no termo consta que,

persistindo a necessidade de transfundir, principalmente em razão de risco de vida, a transfusão será realizada, cuja decisão parte do médico responsável pelo paciente.

Também respondeu que não tem conhecimento de recusa a atendimento pelo HFB quando o paciente manifesta vontade pela não transfusão, e que às Testemunhas de Jeová são prestados todos os cuidados no sentido de se evitar o procedimento transfusional.

A Dra. Glaucia discorreu que os POPs são confeccionados, passam por revisões anuais, ficam disponíveis da rede e que há um campo específico para informar a recusa do paciente na submissão ao procedimento transfusional.

Por fim, e apenas em acrescento, o Dr. João Luís Lindoso Carvalho ressaltou que, além de o termo ficar disponível na rede, ele também pode ser acessado pela *intranet* do hospital.

**3 - Dra. Marcela Martins Vasconcelos, matrícula Siape 3500537, Responsável Técnica da Agência Transfusional da Unidade II do INCA e Dra. Iara de Jesus Ferreira Motta, matrícula Siape 242061, Responsável Técnica da Unidade I do serviço de hemoterapia do INCA (Vídeo 6)**

A Dr. Marcela disse que a unidade possui termo de consentimento que permite ao paciente manifestar a recusa a submeter-se à transfusão sanguínea.

Informou que, diferente do que é observado no INC, no INCA não é usual que se aplique eritropoietina, por ser um medicamento que aumenta o risco de trombose, sendo esse fator potencializado pelo estado de pacientes com câncer, o que os distingue dos pacientes da cardiologia.

Aventou que um procedimento que lá é adotado é o da hemodiluição normovolêmica, que é aceito por alguns pacientes Testemunhas de Jeová, mas que nem todos autorizam esse procedimento. De toda a sorte, frisou que isso só é adotado em caso de necessidade, a depender do quadro clínico do paciente.

Arguida pelo Juízo, a responsável pela Unidade II respondeu que trabalha no INCA há 20 anos, e que são poucos os casos anteriormente citados, mas que mesmo assim todos os pacientes foram atendidos pelo INCA.

Quanto ao fluxo, a Dra. Marcela asseverou que nos casos de recusa o serviço de hemoterapia comunica a clínica geral, que se reúne com o serviço de anestesiologia para a adoção dos procedimentos adequados, e que não se tem notícia de que algum paciente tenha sido rejeitado pelo INCA em virtude da recusa em receber sangue.

Ela sustentou que o hospital detém o POP, que indica como deve ser aplicado o termo de consentimento informado, salientando que há os campos de respostas “sim” e “não”. No que tange à máquina *Cell Saver*, disse que na Unidade II do INCA não há o equipamento.

Já a Dra. Iara de Jesus Ferreira Motta, responsável técnica pelo serviço de hemoterapia da Unidade I do INCA, indicou que lá existe o TCLE com campo para recusa da transfusão. Afirmou que em caso de recusa, que é bastante raro, a questão é submetida ao médico assistente, que vai deliberar sobre o procedimento a ser aplicado ao paciente.

Citou que neste ano houve somente uma recusa, no mês de fevereiro, e que a

paciente, em consenso com a médica assistente, concordou que se realizasse uma autotransfusão pré-operatória, consistente na coleta de uma bolsa de sangue da própria paciente em momento imediatamente anterior ao procedimento cirúrgico, para posterior reinfusão transoperatória em caso de necessidade; todavia, no caso daquela paciente, não houve a necessidade da reinfusão.

A Dra. Iara também narrou que na Unidade I, de forma geral, são realizadas cirurgias de cabeça, pescoço, abdômen, torácica, de transplante etc, mas que nesses pacientes cirúrgicos não há necessidade de transfusão, até porque já são adotados os procedimentos restritivos que reduzem o risco de transfusão a percentuais muito baixos. No que tange aos pacientes hematológicos, ela informou que há maior risco de transfundir, mas que para esses casos há a oportunidade de o paciente manifestar-se e que no ensejo são esclarecidas todas as dúvidas porventura existentes.

Para a máquina *Cell Saver*, a Dr<sup>a</sup> Iara aduziu que o hospital não a utiliza, defendendo que a adoção da tecnologia carece de maiores estudos multicêntricos de controle para os casos específicos do INCA e também que o hospital tem baixo volume transfusional. Essas assertivas foram confirmadas também pela Dra. Marcela.

Por último, a Dr<sup>a</sup> Marcela acrescentou que no INCA II, em substituição à máquina intraoperatória de recuperação de sangue, eles utilizam a técnica da hemodiluição normovolêmica.

#### **4 - Dra. Aline Curi Borchardt, Siape 1944039, responsável pelo setor de Coleta e Transfusão do INTO e Dra. Luciana de Lima, Siape 2082940, representante do INTO (Vídeo 7)**

A Dra. Aline discorreu que a partir do 2º semestre de 2021 foi realizada uma atualização do TCLE, e que ele está vigente há cerca de um mês. Disse que o termo permite que o paciente manifeste a opção de recusa para a transfusão, e que a documentação está disponível aos médicos assistentes para aplicação aos pacientes.

No que se diz respeito aos procedimentos alternativos à transfusão alogênica, respondeu que as equipes médicas do INTO já se baseiam no *Patient Blood Management* – PBM; e ressaltou que, independentemente de o paciente aceitar ou não a transfusão de sangue, o certo é que os procedimentos no pré operatório já são aplicados indistintamente, mormente porquanto das tecnologias resultam ao paciente melhores condições clínicas para submissão aos procedimentos cirúrgicos, que são realizados de forma eletiva. Mas, ainda assim, informou que há protocolos de reforço para melhora da qualidade hematológica do paciente, como a suplementação de ferro, vitamina B12 e eritropoietina.

A responsável técnica disse ainda que no protocolo há a previsão de realização de transfusão autóloga, com a coleta prévia do sangue do próprio paciente (entre 1 e 2 bolsas de sangue), e que tal procedimento é eleito à luz da cirurgia a ser realizada, e buscando evitar a transfusão heteróloga, já que o sangue é um recurso escasso.

Para a máquina *Cell Saver*, pontuou que ela possui algumas limitações técnicas e que por esse motivo perdeu espaço ao longo do tempo, discorrendo que, com as novas tecnologias, que passaram a permitir uma redução do risco hemorrágico, inclusive em procedimento protético, ela não se torna necessária. Além disso, reverberou que em alguns casos há a utilização de substâncias que são incompatíveis com a técnica de recuperação de sangue intraoperatória. Aduziu que no ano de 2018 a máquina foi utilizada no Instituto por 14

vezes, em cirurgias de coluna, e que, em 11 dessas vezes a utilização da máquina não evitou o aporte transfusional, demonstrando-se ineficaz dentro da realidade do INTO.

Em continuidade, a Dra. Luciana de Lima completou que o INTO já possui o termo de consentimento em vigor e que há o POP específico para o paciente que recusa a transfusão de sangue. Não obstante, isso, ela ressaltou que independentemente de recusa a unidade de saúde já aplica as medidas de contingência, que se iniciam a partir da consulta inicial do paciente, em que são avaliadas as necessidades de cada um deles, como a reposição de ferro e suplementação de eritropoietina, sendo certo que todas as medidas são sempre pensadas e executadas visando o uso racional do sangue.

A Dr<sup>a</sup> Luciana também reforçou que a máquina intraoperatória de recuperação de sangue não evitou a transfusão em 78% dos casos de cirurgia de coluna em que ela foi utilizada, evidenciando a sua ineficiência para a realidade do INTO.

**5 - Dr. Jamilson Menezes Souza, mat. 2525489, Médico Hematologista, responsável técnico do setor de hemoterapia do Hospital Federal dos Servidores do Estado - HFSE (Vídeo 8)**

O responsável técnico afirmou que o HFSE possui o TCLE e que nele há campo para manifestação da recusa à transfusão, com espaço para a descrição do motivo. Indicou que o termo foi recentemente atualizado para a inclusão de algumas informações que não constam do termo anterior, a exemplo da possibilidade de suplementação de ferro e eritropoietina, da hemodiluição, da doação autóloga, da recuperação intraoperatória etc.

Discorreu que nas cirurgias eletivas são adotados os procedimentos de hemodiluição normovolêmica, de doação autóloga ou de recuperação intraoperatória do sangue.

Em seguida, após tecer algumas considerações sobre a necessidade de se evitar a transfusão alogênica em razão do risco inerente a essa técnica, demonstrou-se desfavorável à utilização da tecnologia de recuperação intraoperatória, preferindo a hemodiluição normovolêmica ou a doação autóloga.

Ao final da sua oitiva, afirmou que no mesmo dia da audiência reviu alguns pontos do TCLE e que iria proceder à nova atualização.

**6 - Dra. Katia Beatrice Lima Buratta, Siape 3882441 - Responsável Técnica na Agência Transfusional do Hospital Federal da Lagoa e Dr. Marcos Lopes de Miranda, Siape. 3483639, Médico do setor de anestesiologia do Hospital Federal da Lagoa (Vídeo 9)**

A representante técnica asseverou que o hospital possui o POP, em que consta o TCLE com campo para a recusa do procedimento de transfusão, com espaço para a descrição do motivo da negativa de autorização.

Disse que o HFL, por ser uma Agência Transfusional, não é dotado de capacidade para proceder à hemodiluição intraoperatória, e que a unidade não possui *Cell Saver*. No caso de doação autóloga, ela informou que o procedimento de coleta é feito pelo Hemorio, havendo a necessidade de agendamento para que o paciente compareça à hemorrede para coleta do sangue.

No que concerne ao acesso ao TCLE, ela disse que o documento está disponível na rede da unidade, e que qualquer médico do hospital tem acesso ao POP e ao termo de

consentimento.

Na fase pré-operatória, respondeu que existe um protocolo difundido em toda a unidade hospitalar prevendo a suplementação de ferro, eritropoietina etc.

Logo após, foi dada a palavra ao Dr. Marcos Lopes de Miranda, que, além de qualificado como médico anestesista, afirmou que também é especialista atuante na área de terapia intensiva. Frisou que essas duas áreas encontram-se dentro daquelas que mais hemotransfundem.

Em seguida, com relação ao fluxo de atendimento, disse que inicialmente o serviço de anestesiologia do hospital é consultado pela clínica de origem do paciente sobre a possibilidade de realização de cirurgia de maior porte. Relatou uma cirurgia de grande porte (abdômen) no HFL em um paciente com câncer de pâncreas. Narrou que o paciente era Testemunha de Jeová e que ele recusou a transfusão de sangue. Não obstante isso, o paciente foi atendido, relatando a adoção das medidas de suplementação de ferro e de eritropoietina, o que levou os níveis de hemoglobina do paciente a parâmetros normais de uma pessoa saudável, o que, em tese, não seria suficiente para mitigar a necessidade de transfusão. Entretanto, o anestesista noticiou que o procedimento foi realizado sem a ocorrência da transfusão.

O médico também noticiou que o HFL não dispõe da *Cell Saver*, pontuando que o uso da máquina no INC é muito específico para as cirurgias que lá são realizadas, cuja realidade não se aplica aos demais hospitais da rede, tendo em vista a diversidade de especialidades abrangidas pelos demais hospitais.

Questionado sobre se há campo de recusa específico no TCLE, o Dr. Marcos disse que não; e que no caso específico da cirurgia relatada, o médico esclareceu ao paciente o que estava descrito no termo e que, com base no esclarecimento, o paciente escreveu de forma livre a recusa e a sua justificativa no documento. Relatou que esse procedimento de modificação no termo já foi efetuado por ele à mão livre em conjunto com o paciente em outras ocasiões.

#### **7 - Dr. Achilles Menezes Junior, Siape 9654184 - Médico Hemoterapeuta do Hospital Federal do Andaraí (Vídeo 10)**

O responsável técnico do HFA discorreu sobre as particularidades das unidades de saúde, mencionando que os hospitais de Laranjeiras, Bonsucesso, INCA I e Servidores possuem Banco de Sangue, portanto, com perfis hemoterápicos semelhantes. Em relação aos hospitais da Lagoa, Ipanema, INCA II e Andaraí, eles aportam Agências Transfusionais, e que por isso possuem limitações de procedimentos diretamente pelas unidades.

Afirmou que o HFA elaborou recentemente o POP e o TCLE com base nos que são aplicados no INC e no Hospital da USP, mas que eles estão pendentes de aprovação pela direção do Hospital. De toada a sorte, disse que eles já estão em uso pelo setor da hemoterapia. Aduziu que o hospital possui os medicamentos de suplementação para se evitar a transfusão.

#### **8 - Dr. Fabiano Romanholo Ferreira - Substituto Eventual do Coordenador Geral da CGSH/DAET/SAES/MS (vídeo 13)**

O substituto do Coordenador Geral corroborou as assertivas do Dr. Marcelo Addas, no sentido da existência de que já há regulamentação das práticas de manejo do sangue em âmbito nacional, sobretudo no tocante à autonomia do médico para a proposta do melhor

tratamento a ser seguido em cada caso. Contudo, salientou que na atualização das tecnologias, o MS funciona junto à Conitec no processo de validação e aprovação dos protocolos clínicos de acordo com as demandas específicas das unidades de saúde.

### **9 - Antônio Alceu dos Santos - Médico Cardiologista (vídeo 14)**

O médico cardiologista discorreu sobre os protocolos preventivos, alternativos à transfusão sanguínea, elencando o tratamento no pré-operatório com o uso de vitamina B-12, eritropoietina, ferro etc. Disse que as tecnologias já foram internalizadas pelo SUS e que, além do tratamento para elevar os níveis de hemoglobina e outros componentes do sangue, também participou da produção de mais um outro protocolo clínico para a redução do sangramento do paciente. Chamou a atenção para o fato de que, a despeito da existência das técnicas alternativas à transfusão alogênica, muitos profissionais da área de saúde ainda se sentem inseguros em realizar os procedimentos, e que isso se deve à carência de informação, que deveria ser amplamente disseminada na comunidade médica, principalmente com a confecção de protocolos clínicos específicos que apontem a dosagem correta para os possíveis cenários do paciente. Acerca disso, gizou que os dois protocolos (aumento de nível dos componentes sanguíneos e redução do sangramento) estão disponíveis no *site* Bloodless.

### **10 - Guilherme de Castro Machado Rabello - Engenheiro - com especialização em gerenciamento e conservação de sangue (vídeo 15)**

O Dr. Guilherme iniciou sua apresentação dizendo que atua no setor de inovação médica do Instituto do Coração e que o hospital tem estudado o tema de gerenciamento do sangue do paciente desde o ano de 2016. Apontou pela necessidade do uso racional do sangue e da necessidade da adequação dos Termos Livres e Esclarecidos, que devem ser dotados de uma maior flexibilidade. Discorreu sobre o tratamento da anemia, que norteia o tratamento no pré, intra e pós operatório, demonstrando-se o tratamento global o mais acertado.

Apontou que as várias alternativas de elevação das taxas de sangue, que já se encontram disponível na realidade do SUS, devem ser utilizadas de forma sistêmica e não como fator isolado; e que há uma carência de divulgação de informações sobre a disponibilidade das tecnologias disponíveis, sendo esse um entrave na implantação do BPM.

Citou a máquina intraoperatória de recuperação de sangue, o tratamento no pós operatório numa tolerância e outras tecnologias; e que o papel principal do Ministério de Saúde, na sua opinião, é a de divulgação das informações, mormente com treinamento de pessoal, sem o que fica sobremaneira fragilizada a implementação das técnicas idôneas ao manejo racional do sangue.

Quanto à *Cell Saver* reverberou que ela não é remendável para todos os casos, mas que há outras alternativas, como, por exemplo, a hemodiluição normovolêmica, que se apresenta como um instrumento simples e com bom custo benefício.

Questionado pelo Procurador da República, respondeu que o papel do SUS em disseminar normas gerais e diretrizes em âmbito nacional é essencial, até mesmo para nortear as diversas ramificações do sistema de saúde, tendo em vista o caráter educativo da medida; mas que as diversas especificidades devem ser levadas em conta para cada ramo do sistema, pelo que a autonomia técnico-científica dos profissionais, conjugada com as normas gerais e diretrizes do Ministério da Saúde contribuem para concretização dos objetivos a serem alcançados com o plano de manejo racional do sangue do paciente.

Realizadas as oitivas e compulsando os demais elementos de informação do processo, verifico que os documentos do inquérito civil foram reproduzidos há muito tempo e já não retratam a maneira como atualmente os profissionais da área de saúde se ajustaram aos procedimentos de manejo do sangue do paciente. Veja-se, a título ilustrativo, que o termo de negativa do INCA foi confeccionado em 31.01.2014 (Evento 1, anexo 16, pág. 39); e a declaração da Faculdade de Medicina de Botucatu foi realizada em 25.01.2012 (Evento 1, anexo 15, pág. 86). Entretanto, as normas gerais sobre o manejo do sangue são mais recentes, a exemplo da PRT MS/GM 158/2016. O próprio Dr. Guilherme disse que Instituto do Coração tem estudado o tema de gerenciamento do sangue do paciente desde o ano de 2016, tratando-se de uma cultura recente de enfrentamento do tema.

Então, com fulcro nas normas já editadas pela União e apoiando-me nas informações prestadas em audiência, concluí que a regulamentação em âmbito nacional já existe; que as tecnologias essenciais para a implantação do BPM já são aplicadas na realidade do SUS; e que o que deve ser objeto de apuração nesta ACP é se as normas em vigor estão sendo efetivamente cumpridas pelos setores responsáveis pela elaboração e execução dos POPs, notadamente, *in casu*, no âmbito dos hospitais federais do Rio de Janeiro.

Digo no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, porque o caráter descentralizado, com direção única em cada esfera de governo (CF, art. 198, inc. II), e de modelo hierárquico e integrado, contemplado pela Política Nacional do Sangue, Componentes e Hemoderivados (PNSCH) - SINASAN (art. 11 da Lei n.º 10.205/01), nos moldes do regulamento do Ministério da Saúde, conferiu aos **Estados** a atribuição de formular, em conjunto com os Municípios, a política estadual de sangue, componentes e hemoderivados, definindo a regionalização e a responsabilidade pela assistência hemoterápica em sua área de abrangência.

E foi exatamente com lastro na sua competência específica que o Estado do Rio de Janeiro editou a Resolução SES n.º 1.878, de 05 de agosto de 2019, levada a efeito pelo órgão gestor do Estado do Rio de Janeiro, que definiu a Rede Estadual de Sangue e Hemoderivados. A Resolução atribuiu ao HEMORIO, dentre outras funções, a tarefa de **promover treinamentos para profissionais que atuam em serviços de hemoterapia e definir os serviços de hemoterapia aptos para sediar treinamento prático de profissionais da hemorrede pública.**

E, nos moldes da multicitada Portaria MS n.º 158, de 4 de fevereiro de 2016, aos Comitês Transfusionais, em conjunto com os serviços de hemoterapia, é que cabe, dentro das especificidades de cada unidade de saúde, a eleição dos procedimentos a serem observados no manejo do sangue do paciente, até mesmo com a elaboração das normas técnicas, dos Protocolos Operacionais Padrão e da confecção dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Naturalmente que, ocupando o HEMORIO a qualificação de Hemocentro Coordenador - HC e tendo sido a ele conferida a responsabilidade de desenvolver o treinamento dos profissionais dentro da **organização da rede**, através da competência atribuída **pelo gestor estadual** (como bem asseverou o Dr. Marcelo Addas), e que os integrantes da rede, vinculados ou não a quaisquer dos entes federativos, reger-se-ão segundo os respectivos regulamentos e normas técnicas pertinentes, a imposição de normas dentro da sua área de atuação, aptas a dar concretude ao *Patient Blood Management* - BPM, no afã de se observar os preceitos de gestão do sangue do paciente, reclamam a iniciativa conjunta e articulada entre o gestor regional, no caso, o representante do Estado do Rio de Janeiro, e o HEMORIO, sem prejuízo da participação de outros órgãos; tudo a difundir, no âmbito estadual, as orientações que devem ser minimamente observadas pelos Comitês Transfusionais e serviços de hemoterapia na elaboração dos protocolos e TCLEs específicos para cada

unidade de saúde.

As obrigações, embora complexas, **são evidentemente divisíveis entre os sujeitos**, e, não se perdendo de vista essa natureza fracionada, é que a ACP deve ficar adstrita a esta área geográfica; até porque, como já dito, já existem diretrizes em âmbito nacional e certamente alguns estados já estão implementando as suas políticas específicas.

A propósito, cabe pontuar, a título exemplificativo, que o Estado do Ceará editou, em 2017, a Portaria Estadual n.º 2576/2017, da Secretaria Estadual da Saúde - Estado do Ceará. A portaria instituiu oficialmente o Programa de Manuseio do Sangue do Paciente – PBM-CE naquela unidade regional.<sup>5</sup>

Segundo ela preconiza, o PBM-CE será coordenado pelo Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado do Ceará – HEMOCE e pela Câmara de Assessoramento em Hemoterapia para Formulação da Política de Sangue, Componentes e Hemoderivados (Câmara Técnica).

Dentre as suas estratégias, estão:

- O Fortalecimento dos Comitês Transfusionais Intra-hospitalares;
- A construção de protocolos clínicos para promoção das linhas de ação do programa com apoio de sociedades de especialidades profissionais e entidades de classe;
- A implementação de Programa de Manuseio do Sangue do paciente para uso racional do sangue para prescritores e qualificação da transfusão para serviços de saúde públicos e privados;
- A capacitação obrigatória de todos os residentes médicos, médicos e enfermeiros do Programa Mais Médicos e Programa de Saúde da Família, SAMU e outras instituições próprias ou que prestam serviços ao Governo do Estado do Ceará (cooperativas e terceirizados, por exemplo);
- O reconhecimento público oficial das instituições e profissionais participantes do programa;
- O acompanhamento de indicadores e divulgação de resultados para as instituições participantes e sociedade em geral;
- A disponibilização de alternativas à transfusão nos cenários clínicos e cirúrgicos, com fornecimento de medicações e organização de estrutura para infusão, se necessário, além de fornecimento de equipamentos e insumos; e
- A criação de grupos de trabalho para desenvolvimento de protocolos e políticas para atendimento aos pilares do PBM-CE.

Já o HEMOMINAS descreve em sua página o PBM como<sup>6</sup>:

*"A iniciativa, conjunta à Secretaria de Estado da Saúde, atenta às necessidades atuais relacionadas à segurança e sustentabilidade da medicina transfusional, atendendo, ainda, ao chamamento da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a necessidade urgente de implantação de políticas de PBM."*

*Entre os objetivos do PBM estão: contribuir para a redução da demanda por hemocomponentes; reduzir a utilização indevida ou evitável de hemocomponentes; contribuir para a criação de uma cultura de qualidade e moderação e de prevenção em relação às transfusões; contribuir para a redução riscos inerentes à transfusão; aumentar a utilização de recursos alternativos à transfusão no tratamento das anemias e coagulopatias; racionalizar recursos associados à medicina transfusional, com ganho de eficiência; **construir uma rede de***

*educação continuada em medicina transfusional com capilaridade de informação.*

*Como incentivo para adesão ao programa, a Hemominas irá conceder um desconto de 10% para as instituições de saúde que cumpram as exigências estabelecidas.*

*Para 2022, já se encerraram as solicitações de adesão, e os treinamentos já foram realizados pela Unifesp, em parceria com a Hemominas. Para 2023, o cronograma para adesão, treinamento e os requisitos serão disponibilizados no site em breve."*

Note-se que, embora seja de consenso geral a necessidade de implantação do BPM, cada unidade federativa detém a discricionariedade sobre o modo como se fará essa efetivação, atentos às suas respectivas realidades técnicas, econômicas, políticas e sociais.

É por essas razões que não se revela adequado estender eventuais imposições aqui adotadas a todos os estados da federação, sob pena de interferência indevida em políticas públicas já em andamento em outros estados para a implantação do PBM, além de que nenhum dos Estados-membros figuram no polo passivo desta ACP, sendo certo que a eles compete a obrigação de especificidade normativa técnica dentro das suas respectivas áreas geográficas, inclusive com atribuição de responsabilidades.

É dizer, não se está aqui a aplicar interpretação literal do art. 16 da Lei n.º 7.347/85, mas sim a delimitação dos efeitos da sentença ao objeto e aos sujeitos a serem atingidos pela decisão judicial e, ficando restrita a lide aos atores do Estado do Rio de Janeiro, observado, ainda, o princípio da descentralização no âmbito do SUS (art. 198, inciso I, da Constituição Federal).

Esclarecida essa questão processual, e retomando as determinações dadas na audiência, constatei inúmeras incongruências/irregularidades/ausências nos POPs e TCLEs trazidos aos autos, e proferi a decisão do Evento 122, no sentido de adequação ou esclarecimento sobre os referidos documentos.

Ocorre que, mesmo direcionando os pontos controvertidos, muitas das respostas não foram satisfatórias. Cito, a título de exemplo, o modelo de TCLE do Hospital Federal de Ipanema, em que não há campo específico para a recusa.

Pela resposta do HFI para a determinação "*apresentar o TCLE aplicável para o caso de transfusão de sangue, devidamente atualizado, com previsão de campo específico para a recusa do procedimento*", o nosocômio indicou o FORM 15 (confeccionado após a intimação judicial), asseverando que nele consta campo para aceitação ou recusa e que também há campo para revogação do termo. Todavia, no FORM 15 do Evento 162, anexo 3, conquanto se verifique campo de revogação ao final do formulário, não há o campo específico para a recusa inicial do tratamento.

Interessante notar que, no capítulo 5.6, do POP n.º 2.00.027.017 (Evento 1, anexo 2) consta que, em caso de recusa, deve-se anexar o TCLE assinalado com a **opção recusa**. Mas, conforme dito, não há no FORM 15 a opção pela recusa, atraindo incongruência entre o protocolo e o modelo de TCLE.

Ora, o paciente tem o direito de manifestar a sua vontade e, se ele não deseja submeter-se a determinado procedimento terapêutico ou cirúrgico, a ausência de campo específico para essa manifestação lhe retira a garantia de autodeterminação, além de subtrair do próprio profissional de saúde a segurança em não realizar o procedimento por força da própria manifestação do paciente (aliás, a previsão de espaço em branco ou outra alternativa

encontra previsão da alínea "d" do Anexo I, da Recomendação CFM n.º 1/2016). O campo específico de negativa explícita no mesmo termo que autoriza a transfusão é, portanto, o meio mais adequado para o paciente que não deseja transfundir, independentemente do motivo da sua negativa, apesar de ele poder externá-la, se assim desejar.

Outro ponto que merece destaque é que no capítulo 5.6 do POP n.º 2.00.027.017 há a previsão de que *"O hemoterapeuta deve avaliar junto ao médico assistente as alternativas à transfusão como uso de medicações que estimulam a produção de hemácias, doação autóloga no caso de reserva cirúrgica e até uso de máquina de recuperação intra operatória se disponível"*.

Mas no TCLE não há menção, ainda que genérica, à possibilidade de realização de tratamento alternativo à transfusão. Nem vieram aos autos termo específico para pessoa que se nega a transfundir e que contenha tal previsão, retirando do paciente o lastro informativo mínimo sobre o qual ele possa apoiar a sua decisão pela aceitação ou pela recusa.

Vale destacar que, no curso da instrução, em sua maioria, as unidades de saúde deixaram de apresentar ou apresentaram de maneira deficiente protocolos clínicos de manejo racional do sangue para tratamento nas diversas etapas de abordagem do paciente; ou seja, no pré, intra e pós-operatório.

Não há, de igual modo, protocolo com previsão de direcionamento do paciente para unidade com capacidade de realizar procedimentos alternativos à transfusão e não abrangidos por unidades de menor porte. Esse é o exemplo do Hospital Federal de Ipanema, que informou, no Evento 148, anexo 5, ser unidade cirúrgica e que, em virtude disso, se houver recusa a se submeter à transfusão, o tratamento/internação simplesmente não se inicia. Quanto ao protocolo prevendo redirecionamento, o HFI informou que ele não existe, ante a falta de regulação definida para esses casos.

Com relação aos demais aspectos, o Ministério Público apontou outras pendências referentes aos demais hospitais e institutos na manifestação do Evento 160, a despeito de se ter verificado a iniciativa das unidades de saúde em solucionar a questão, o que resultou no aperfeiçoamento de alguns TCLEs e na confecção de determinados POPs; mas que não foram suficientes para a solução definitiva do problema de fundo posto em perspectiva.

Portanto, do que ficou demonstrado, ainda que já existam as normas gerais e diretrizes em escala nacional, há **deficiência sistêmica de comunicação entre os diversos atores do SINASAN**, que, a despeito de possuírem atribuições já delimitadas pelas normas nacionais, as desenvolvem de maneira não coordenada, o que prejudica a otimização e o controle das ações voltadas ao PBM. Em síntese, existe arcabouço normativo geral adequado; o grande problema é que, na prática, verifica-se a dificuldade de concretização, na ponta do sistema, pelos hospitais de atendimento, das diretrizes gerais já definidas pelo Ministério da Saúde.

Nesse contexto, dos relatos feitos pelos especialistas em audiência, há evidente **carência de disseminação do conhecimento, tanto técnico quanto de cunho administrativo**, dissipando-se os efeitos deletérios dessa ausência instrucional para todos os setores envolvidos ou que deveriam estar engajados na política de tratamento do sangue, tais como os Comitês Transfusionais, os serviços de hemoterapia, as Diretorias dos Hospitais e Institutos, os médicos assistentes, os profissionais dos setores de cirurgia e até mesmo os setores administrativos, já que a negativa de tratamento, não raras as vezes, ocorre antes mesmo de o paciente ser submetido à avaliação pelo setor da hemoterapia, segundo relatado na

audiência (vide vídeo 16).

Em outras palavras, a despeito de haver previsão normativa emanada da União, não há um plano regional, com metas e objetivos, instrumentos bem definidos que abordem de forma individualizada e discriminada a atribuição de cada órgão, setor ou profissional dentro da política do manejo racional do sangue, de modo que a falta de clareza e de um padrão mínimo entre os hospitais e institutos exsurge pela ausência da atuação de um **agente coordenador, de uma fiscalização efetiva em âmbito regional e local, da disseminação do conhecimento, das técnicas, e de treinamento ramificado no seio das diversas unidades hospitalares do Estado do Rio de Janeiro.**

Assim, a mera adequação dos Protocolos Operacionais Padrão de dos TCLEs por ordem judicial decerto não se mostrará a medida idônea e efetiva para se atingir o fim maior, que é a devida observância dos pilares do BPM.

Sobre o PBM, nos termos lançados no Guia do Cadastro Nacional de Sangue Raro, editado pelo Departamento de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, vinculada ao Ministério da Saúde (Capítulo 5)<sup>7</sup>:

*"As transfusões sanguíneas constituem parte fundamental do manejo de pacientes em diversas situações, tanto agudas quanto crônicas, com capacidade de alterar morbimortalidade e qualidade de vida, como no caso de traumas, grandes cirurgias e doenças hematológicas. Entretanto, apesar dos grandes avanços na área da segurança transfusional, essa terapêutica ainda carrega risco de reações adversas e efeitos imunomodulatórios indesejáveis; portanto a consideração do balanço entre riscos e benefícios deve ser realizada de forma individual para cada paciente, levando em consideração seu curso clínico completo e a possibilidade de alternativas terapêuticas.*

*Essa avaliação pormenorizada ganha ainda mais importância no caso de pacientes cuja disponibilidade de sangue compatível pode ser particularmente difícil, como no caso de indivíduos portadores de fenótipos raros ou com detecção de anticorpos antieritrocitários múltiplos ou relativos a antígenos de alta prevalência populacional.*

*Nessa perspectiva, e considerando a pressão sobre os estoques de hemocomponentes considerados raros, os preceitos de gestão do sangue do paciente (PBM – do inglês, Patient Blood Management) devem ser sempre considerados, colocando o paciente no foco das decisões, de forma personalizada e baseada em evidência científica robusta, e usando de alternativas que minimizem a necessidade de sangue alogênico sempre que possível.*

*A natureza ampla e multidisciplinar das medidas PBM pode afetar positivamente o prognóstico dos pacientes por meio de medidas específicas que são classicamente separadas em três pilares: i) otimização da massa eritrocitária; ii) minimização da ocorrência de perdas sanguíneas; e iii) otimização da reserva fisiológica dos pacientes. Todas essas medidas se baseiam no conhecimento da resposta fisiológica aos diversos graus de anemia, assim como na evidência de desfechos positivos com o uso de alternativas à transfusão já observados em estudos clínicos específicos, e que serão discutidas a seguir."*

Os 03 (três) pilares nos quais se apoia o *Patient Blood Management* estão assim ilustrados no guia do MS:

**Quadro 3 – Os três pilares do programa *Patient Blood Management* e suas medidas para gestão personalizada do sangue do paciente**

<b>Pilar 1</b> <b>Otimização da eritropoiese</b>	<b>Pilar 2</b> <b>Minimização do impacto das perdas sanguíneas</b>	<b>Pilar 3</b> <b>Otimização do uso das reservas fisiológicas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificação dos pacientes com anemia.</li> <li>– Avaliação diagnóstica.</li> <li>– Manejo das deficiências nutricionais e outras causas reversíveis de anemia.</li> <li>– Considerar doação autóloga pré-operatória.</li> <li>– Atenção para uso de drogas com potencial de piora da anemia.</li> <li>– Agendamento de cirurgias eletivas apenas após otimização da massa eritrocitária.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificar situações de maior risco de sangramento (história pessoal e familiar).</li> <li>– Rever medicações em uso (ex.: anticoagulantes).</li> <li>– Uso de agentes farmacológicos hemostáticos/antifibrinolíticos.</li> <li>– Técnicas cirúrgicas e hemostáticas meticulosas.</li> <li>– Hemodiluição normovolêmica.</li> <li>– Recuperação intraoperatória (cell salvage).</li> <li>– Minimizar perda sanguínea na coleta de exames.</li> <li>– Profilaxia de hemorragia digestiva alta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Otimizar reserva fisiológica do paciente (oxigenação, ventilação pulmonar e débito cardíaco).</li> <li>– Formulação de um plano terapêutico multiprofissional e multiespecialidades.</li> <li>– Alvos transfusionais restritivos baseados em evidência científica.</li> </ul>

Fonte: Autoria própria.

Em seguida, há várias considerações sobre tratamentos para (i) otimização da massa eritrocitária: identificação e manejo da anemia; (ii) minimização do impacto das perdas sanguíneas: o uso de antifibrinolíticos e as técnicas de autotransfusão; e (iii) otimização da reserva fisiológica dos pacientes: o papel das estratégias transfusionais restritivas.

Por fim, a conclusão posta no documento é a de que:

*Transfusões sanguíneas constituem terapêutica fundamental em determinadas situações clínicas e cirúrgicas, mas devem ser encaradas como apenas mais uma opção no manejo desses pacientes, e não necessariamente a melhor delas no caso de disponibilidade de alternativas terapêuticas. Mais do que isso, os preceitos de gestão do sangue do paciente buscam identificar medidas preventivas que se antecipem ao momento em que a transfusão se tornará indispensável. Essas medidas são particularmente interessantes no contexto de pacientes cuja disponibilidade de sangue compatível será restrita, como no caso de fenótipos raros ou pacientes aloimunizados.*

Nesse quadro, os métodos para redução do consumo de sangue e componentes se mostram como **legítimos mecanismos tendentes a garantir reserva de sangue, componentes e hemoderivados, atraindo para o órgão diretor do SINASAN a obrigação de zelar pela sua implantação em todas as esferas de governo do Sistema Único de Saúde.** Além disso, revelam-se como instrumentos adequados à implementação das atividades **preventivas**, exigidas pelo art. 198, inc. II, da Carta Magna.

Ao Ministério da Saúde compete o **estabelecimento de mecanismos** que garantam reserva de sangue, componentes e hemoderivados (Lei n.º 10.205/01, art. 16, inc. XIII); e também (i) **assessorar tecnicamente** os Estados e os Municípios, quando necessário; (ii) **coordenar** as ações na área de sangue e hemoderivados; e (iv) **pactuar** com os Estados e o Distrito Federal as **metas a serem por eles atingidas e incorporadas aos seus respectivos planos diretores**.

A obrigatoriedade de interação entre a União e os Estados decorre de lei e, por isso mesmo, não atrai a necessidade de o Estado do Rio de Janeiro figurar neste processo, bastando que a União inicie as tratativas com o ente federativo, na qualidade de agente coordenador, já que o órgão diretor do SINASAN integra a União.

Assim sendo, e à míngua de regras bem definidas de implantação do PBM área geográfica do Estado do Rio de Janeiro, deve a União **diligenciar** junto ao ente federativo, para, exercendo o seu papel de agente **coordenador** do SINASAN, pactuar com o ente federativo as **metas a serem por ele atingidas e incorporadas ao seu respectivo plano diretor, assessorando-lhe no que for necessário na implantação do Patient Blood Management - PBM.**

Para a providência, fixo o **prazo de 06 (seis) meses**, a contar da data de intimação desta sentença, lapso dentro do qual a União deverá apresentar o resultado das atividades em coordenação com o Estado do Rio de Janeiro, que, necessariamente, deve englobar, observadas as competências específicas dentro do SINASAN:

- Plano de treinamentos para profissionais que atuam em serviços de hemoterapia, definindo os serviços de hemoterapia aptos para sediar treinamento prático de profissionais da hemorrede pública;
- Plano de implementação, acompanhamento e fiscalização das atividades dos Comitês Transfusionais, aí incluída a atividade de educação continuada nos aspectos principais da hemoterapia e hemovigilância dentro dos diversos setores da unidade de saúde;
- A confecção de modelos de Protocolos Operacionais Padrão para tratamentos no pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório a serem observados pelas unidades de saúde, resguardadas as respectivas especificidades, que são definidas pelas respectivas unidades de saúde;
- A confecção de modelos de Protocolos Operacionais Padrão para os casos em que a unidade de saúde não disponha do tratamento alternativo à transfusão alogênica, com previsão de regulação do paciente para unidade que comporte o tratamento alternativo;
- A confecção de modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pacientes que se recusam a transfundir, com campo específico de opção de recusa e que viabilize ao paciente a manifestação do motivo, sendo de preenchimento facultativo pelo paciente o motivo;
- A confecção de um segundo modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido voltado a pacientes que se submetem a tratamento alternativo à transfusão alogênica de sangue;
- A obrigatoriedade de revisão dos protocolos e TCLEs em **periodicidade anual, sendo esta uma previsão do próprio regulamento do Ministério da Saúde;** e
- O que mais se julgar necessário à correta observância do PBM, de acordo com o poder discricionário dos agentes envolvidos.

Enquanto não houver o plano definido acima, deverão os Hospitais Federais e Institutos do Rio de Janeiro adequar/confeccionar os seguintes documentos, no prazo de **2 (dois) meses**, a contar da data de publicação desta sentença:

- Protocolos Operacionais Padrão para tratamento do paciente à luz do PBM no pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório;
- Protocolos Operacionais Padrão para os casos em que a unidade de saúde não disponha do tratamento alternativo à transfusão alogênica, com previsão de regulação do paciente para unidade que comporte tratamento alternativo, observadas as regras de distribuição de competência do SINASAN e do SUS;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pacientes que se recusam a transfundir, com campo específico de opção de recusa, que viabilize ao

paciente a manifestação do motivo, sendo este campo de motivo de preenchimento facultativo pelo paciente; e

- A confecção de um segundo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, voltado a pacientes que se submetem a tratamento alternativo à transfusão alogênica de sangue em razão da não aceitação do TCLE de transfusão alogênica.

Os **Comitês Transfusoriais e serviços de hemoterapia** vinculados aos Hospitais Federais e Institutos do Rio de Janeiro deverão ainda, no prazo de **4 (quatro) meses**, apresentar plano de treinamento de pessoal, englobando os diversos setores das unidades, aí abrangidos os setores administrativos, que, de uma forma ou de outra, devam conhecer os procedimentos do PBM.

Os hospitais universitários não fazem parte do processo, pois integram a administração indireta e, por tal razão, não podem ser compelidos a reformularem por ordem judicial direta os seus protocolos e TCLEs **provisórios** nos moldes acima determinados para os Hospitais Federais e Institutos integrantes da administração direta. A adequação das suas ações será uma consequência lógica da reformulação do plano de manejo racional do sangue do paciente coordenado pelo Ministério da Saúde em conjunto do o gestor regional, somente.

Sendo assim, **indeferido** o requerimento do MPF formulado por meio da petição de Evento 160.

Apenas para fins compartilhamento de informações com os atores do processo, o que ganha mais relevo em se tratando do caráter instrumental da Ação Civil Pública, aponto o protocolo para tratamento de anemia e diretrizes para terapia com eritropoietina indicado pelo Dr. Alceu Santos em audiência<sup>8</sup> e a cartilha desenvolvida em 2021 pelo Pró-Sangue, Hemocentro de São Paulo<sup>9</sup>. Além disso, há o próprio guia do MS já relatado acima e outros protocolos e estudos relatados em audiência, sem perder de vista as ações adotadas pelos Estados do Ceará e de Minas Gerais, que podem contribuir para solução da questão no Rio de Janeiro.

Quanto às demais pretensões do *Parquet*, conforme já dito na decisão do Evento 122, não compete ao Poder Judiciário a implementação em si ou o direcionamento da política pública estabelecida, de acordo com preferências pessoais do MPF ou do julgador.

Na audiência especial ficou transparente que não há um ou outro método ou técnica que se sobressaia sobre os demais; também os especialistas divergiram em vários pontos e convergiram em muitos outros, certamente pela realidade vivenciada por cada um, pelas limitações daí decorrentes e pelo fato de que a medicina não é uma ciência exata, o que exige um contínuo processo de experimentação e de desenvolvimento na cultura da saúde.

Um bom exemplo disso é a máquina intraoperatória de sangue, conhecida como *Cell Saver*. Houve divergência na audiência quanto o seu Custo Efetividade e até mesmo à sua utilização em determinados procedimentos, sendo, para uns especialistas preferível a técnica da hemodiluição normovolêmica, por apresentar-se como um procedimento mais simples e barato, além de outros fatores de risco não recomendarem o uso da máquina.

Nessa esteira, o INTO analisou no relatório do Evento 112, anexo 7, o Custo-Benefício da *Cell Saver* na sua área de atuação, e concluiu pela inviabilidade da utilização do equipamento, principalmente porque, em 14 cirurgias ortopédicas de coluna, em 11 delas ainda foi necessário o uso de sangue alogênico; e pelo custo elevado do procedimento

(R\$ 8.232,00 - no período de fevereiro de 2018 a abril de 2019).

Também na Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia foi publicado, em 18.07.2018, um estudo de análise do Custo-Efetividade de autotransusão de sangue filtrado com *Cell Saver* no pós-operatório de prótese total de anca primária nas cirurgias realizadas no Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz,

Espanha<sup>10</sup>, tendo concluído os três anestesiolistas responsáveis pelo artigo pela sua ineficácia na redução da taxa de transfusão de sangue alogênico no pós-operatório de artroplastia total unilateral da anca, incrementando em 25 vezes os custos de uma unidade de sangue doada<sup>11</sup>.

Assim, mesmo que a tecnologia seja recomendada em alguns casos, não é por isso que ela será a melhor opção para as demais realidades, sendo certo que cabe a cada uma unidade de saúde eleger as medidas adequadas e ótimas para o suprimento das suas necessidades, de acordo com sua especialização e com o seu perfil de atendimento.

É de se ver que o Anexo à Resolução-RDC n.º 151/2001, ANVISA/MS, atribui somente aos Serviços de Hemoterapia de níveis 1 e 2 (Hemocentro Regional - HR, Núcleo de Hemoterapia - NH) a função de realização de auto transfusão (pré depósito, hemodiluição e recuperação intra operatória).

Certamente, essas atribuições foram restringidas em razão do porte das unidades de saúde, já considerado o Custo-Efetividade (inclusive técnica) da tecnologia, não cabendo aqui determinar que a todas as unidades de saúde sejam disponibilizadas a máquina intraoperatória de sangue, pois essa decisão cabe ao Poder Executivo, quem detém o corpo técnico e o poder discricionário na gestão dos recursos públicos, sempre escassos por natureza. Há aqui um evidente *trade-of*, não cabendo ao magistrado realizar uma escolha em detrimento de outra, já que essa atribuição foi constitucionalmente conferida ao administrador público, popularmente eleito para a gestão do erário e que possui a especialização técnica necessária para eleição das medidas aptas à otimização da aplicação dos recursos.

Por fim, o art. 24 da Lei n.º 8.080/90 não tem aplicação ao caso concreto, já que a norma visa à cobertura assistencial pela iniciativa privada quando insuficiente a cobertura pública do serviço em determinada área geográfica, isto é, nos casos em que há insuficiência de serviço no seu **aspecto quantitativo**.

Logo, o **aspecto qualitativo** de determinada tecnologia **não abrangida pelo SUS** não deve constar de forma geral e abstrata nos protocolos hospitalares ou em qualquer outro instrumento congênere, aos menos por força de decisão judicial, sob pena de o julgador atuar como legislador positivo e interferir indevidamente nas políticas públicas instituídas, direcionando o plano e a execução orçamentária quando isso não lhe foi constitucionalmente conferido.

Em tais casos, a controvérsia pela via judicial deve ser resolvida individualmente, à luz de cada caso concreto levado ao Poder Judiciário.

Dessa forma, a parcial procedência parcial dos pedidos é medida que se impõe.

### III - DISPOSITIVO

Pelo exposto, **JULGO PROCEDENTES EM PARTE OS PEDIDOS**, e

resolvo o mérito, com fulcro no artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil para CONDENAR a União a diligenciar junto ao ente federativo, para, exercendo o seu papel de coordenadora do SINASAN, pactuar com o ente federativo as metas a serem por ele atingidas e incorporadas ao seu respectivo plano diretor, assessorando-lhe no que for necessário na implantação do *Patient Blood Management - PBM*.

Para a providência, fixo o **prazo de 06 (seis) meses**, a contar da data de intimação desta sentença, lapso dentro do qual a União deverá apresentar o resultado das atividades em coordenação com o Estado do Rio de Janeiro, que, necessariamente, deve englobar, observadas as competências específicas dentro do SINASAN:

- Plano de treinamentos para profissionais que atuam em serviços de hemoterapia, definindo os serviços de hemoterapia aptos para sediar treinamento prático de profissionais da hemorrede pública;
- Plano de implementação, acompanhamento e fiscalização das atividades dos Comitês Transfusionais, aí incluída a atividade de educação continuada nos aspectos principais da hemoterapia e hemovigilância dentro dos diversos setores da unidade de saúde;
- A confecção de modelos de Protocolos Operacionais Padrão para tratamentos no pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório a serem observados pelas unidades de saúde, resguardadas as respectivas especificidades, que são definidas pelas respectivas unidades de saúde;
- A confecção de modelos de Protocolos Operacionais Padrão para os casos em que a unidade de saúde não disponha do tratamento alternativo à transfusão alogênica, com previsão de regulação do paciente para unidade que comporte o tratamento alternativo;
- A confecção de modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pacientes que se recusam a transfundir, com campo específico de opção de recusa e que viabilize ao paciente a manifestação do motivo, sendo de preenchimento facultativo pelo paciente o motivo;
- A confecção de um segundo modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido voltado a pacientes que se submetem a tratamento alternativo à transfusão alogênica de sangue;
- A obrigatoriedade de revisão dos protocolos e TCLEs em **periodicidade anual, sendo esta uma previsão do próprio regulamento do Ministério da Saúde**; e
- O que mais se julgar necessário à correta observância do PBM, de acordo com o poder discricionário dos agentes envolvidos.

**DEFIRO A TUTELA DE URGÊNCIA** para, enquanto não houver o plano definido acima, DETERMINAR aos Hospitais Federais e Institutos do Rio de Janeiro que adequem/confeccionem os seguintes documentos, no prazo de **2 (dois) meses**, a contar da data de publicação desta sentença:

- Protocolos Operacionais Padrão para tratamento do paciente à luz do PBM no pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório;
- Protocolos Operacionais Padrão para os casos em que a unidade de saúde não disponha do tratamento alternativo à transfusão alogênica, com previsão de regulação do paciente para unidade que comporte tratamento alternativo, observadas as regras de distribuição de competência do SINASAN e do SUS;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pacientes que se recusam a transfundir, com campo específico de opção de recusa, que viabilize ao

paciente a manifestação do motivo, sendo este campo de motivo de preenchimento facultativo pelo paciente; e

- A confecção de um segundo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, voltado a pacientes que se submetem a tratamento alternativo à transfusão alogênica de sangue em razão da não aceitação do TCLE de transfusão alogênica.

Os **Comitês Transfusoriais e serviços de hemoterapia** vinculados aos Hospitais Federais e Institutos do Rio de Janeiro deverão, ainda, no prazo de **4 (quatro) meses**, apresentar plano de treinamento de pessoal, englobando os diversos setores das unidades, aí abrangidos os setores administrativos, que, de uma forma ou de outra, devam conhecer os procedimentos do PBM.

Ressalte-se que os hospitais universitários não estão abrangidos na decisão de concessão da tutela de urgência, nos termos da fundamentação.

Sem prejuízo da intimação eletrônica da União, expeçam-se ofícios direcionados aos Diretores dos hospitais e institutos federais do Rio de Janeiro (INCA, INTO, Instituto Nacional de Cardiologia, Hospital Federal do Andaraí, Hospital Federal de Bonsucesso, Hospital Federal da Lagoa, Hospital Federal dos Servidores do Estado, Hospital Federal de Ipanema e Hospital Federal Cardoso Fontes), para ciência e implementação das determinações contidas na presente sentença.

Deverão ser oficiados, ainda, o Sr. Superintendente Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro - SEMS/RJ, bem como o Sr. Coordenador Geral dos Hospitais Federais no Rio de Janeiro e o Sr. Coordenador-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH).

União isenta de custas. Sem condenação em honorários advocatícios, por simetria à disposição do art. 18 da Lei nº 7.347/85 (REsp 1407860/RJ, Rel. Ministro Og Fernandes, Segunda Turma, julgado em 10/12/2013, DJe 18/12/2013).

Sentença sujeita ao reexame necessário.

Publique-se. Registre-se. Intimem-se.

Documento eletrônico assinado por MARIO VICTOR BRAGA PEREIRA FRANCISCO DE SOUZA, Juiz Federal Substituto na Titularidade Plena, na forma do artigo 1º, inciso III, da Lei 11.419, de 19 de dezembro de 2006 e Resolução TRF 2ª Região no 17, de 26 de março de 2018. A conferência da autenticidade do documento está disponível no endereço eletrônico <https://eproc.jfrj.jus.br>, mediante o preenchimento do código verificador 510009843991v293 e do código CRC 63989b31. Informações adicionais da assinatura:

Signatário (a): MARIO VICTOR BRAGA PEREIRA FRANCISCO DE SOUZA

Data e Hora: 23/4/2023, às 17:36:2

1. [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2001/anexos/anexo\\_res0151\\_21\\_08\\_2011.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2001/anexos/anexo_res0151_21_08_2011.pdf)

2. [http://www.hemorio.rj.gov.br/html/hemorrede\\_oque.htm](http://www.hemorio.rj.gov.br/html/hemorrede_oque.htm)

3. <https://brasilus.com.br/wp-content/uploads/2019/08/res1878.pdf>

4. [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_cadastro\\_nacional\\_sangue\\_raro.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cadastro_nacional_sangue_raro.pdf)

5. [www.hemoce.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2022/01/portaria-2576-2017.pdf](http://www.hemoce.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2022/01/portaria-2576-2017.pdf)

6. <http://www.hemominas.mg.gov.br/doacao-e-atendimento-ambulatorial/hemoterapia/programa-pbm>

7.[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_cadastro\\_nacional\\_sangue\\_raro.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cadastro_nacional_sangue_raro.pdf)

8.[https://bloodless.com.br/wp-content/uploads/2022/02/PROTOCOLO-TRATAMENTO-DE-ANEMIA-E-DIRETRIZES-PARA-TERAPIA-COM-ERITROPOETINA-2022\\_24-02-22.pdf](https://bloodless.com.br/wp-content/uploads/2022/02/PROTOCOLO-TRATAMENTO-DE-ANEMIA-E-DIRETRIZES-PARA-TERAPIA-COM-ERITROPOETINA-2022_24-02-22.pdf)

9.[www.prosangue.sp.gov.br/uploads/arquivos/Manual%20PBM%202021%20Final.pdf](http://www.prosangue.sp.gov.br/uploads/arquivos/Manual%20PBM%202021%20Final.pdf)

10.<https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/13001>

11.Fedriani de Matos, J. J., Quintero Salvago, A. V., & Barrios Rodríguez, L. (2018). Análise Custo-Efetividade de Autotransusão de Sangue Filtrada com Cell Saver no Pós-Operatório de Prótese Total de Anca Primária. Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia, 27(2), 6–11. <https://doi.org/10.25751/rspa.13001>

5103690-53.2021.4.02.5101

510009843991 .V293