

**DIREITO À SAÚDE, VULNERABILIDADE SOCIAL E PRINCÍPIO
BIOÉTICO DA EQUIDADE: ANÁLISE DA MERCANTILIZAÇÃO DO
SANGUE SOB A ÓTICA DA PEC 10 DE 2022**

***THE RIGHT TO HEALTH, SOCIAL VULNERABILITY AND THE
BIOETHICAL PRINCIPLE OF EQUITY: AN ANALYSIS OF THE
COMMERCIALIZATION OF BLOOD FROM THE PERSPECTIVE OF
PEC 10/2022***

RENATA DA ROCHA

Pós-doutora pela Universidade de Brasília – UnB. Doutora e Mestre pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC/SP. Professora de Biodireito da UPM - Universidade Presbiteriana Mackenzie. Professora de Biodireito e Bioética na Pós-graduação em Direito Médico - Escola Paulista de Direito - EPD. Membro Consultivo do Comitê de Bioética do Hospital do Coração - HCOR. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6330-4162>

GIANPAOLO POGGIO SMANIO

Doutor e Mestre em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Procurador de Justiça do Ministério Público do Estado de São Paulo. Diretor e Professor Titular da Faculdade de Direito e do Programa de Mestrado e Doutorado em Direito Político e Econômico da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM). Professor colaborador na Escola Superior do Ministério Público do Estado de São Paulo (ESMP). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5835-4392>

ANA ELIZABETH LAPA WANDERLEY CAVALCANTI

Doutora (2006) e Mestre (2000) em Direito Civil pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUC/SP. Advogada. Professora dos cursos de graduação em Direito



da Universidade Presbiteriana Mackenzie – UPM e das Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU. Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-7324-4741>

RESUMO

Objetivo: O presente artigo tem como objetivo refletir sobre a mercantilização da saúde, em especial, do sangue, tendo como ponto de partida a Proposta de Emenda Constitucional PEC 10/2022 que visa alterar o art. 199 § 4º da Constituição Federal 1988, para permitir a comercialização do plasma sanguíneo humano. A questão que se pretende responder é se a mercantilização do sangue violaria o direito à saúde, levando-se em conta aspectos bioéticos, sociais e a vulnerabilidade da sociedade brasileira e, de que forma o princípio bioético da equidade poderia ser aplicado como impeditivo ou balizador da comercialização de sangue no Brasil.

Metodologia: Utilizou-se o método dedutivo, buscando-se no levantamento bibliográfico de doutrina e legislação vigentes, a estrutura para o desenvolvimento da presente pesquisa

Conclusão: Tem-se como resultado da pesquisa, o entendimento de que a mercantilização do sangue, como quer a mencionada PEC, pode ser encarada como um retrocesso social. Que pode gerar mais vulnerabilidade e desestruturação da política de doação altruísta e solidária que vige atualmente no país.

Contribuições: A pesquisa visou contribuir com a discussão da mercantilização da saúde e aplicação de princípios bioéticos, em especial, o da equidade para questões relacionadas à efetivação de direitos fundamentais.

Palavras-chave: Direito à saúde; Bioética; Vulnerabilidade; Equidade; Doação de sangue

Abstract

Objective: The aim of this article is to reflect on the commercialization of health, especially blood, taking as its starting point the Proposed Constitutional Amendment PEC 10/2022, which aims to amend art. 199 § 4 of the 1988 Federal Constitution to allow the commercialization of human blood plasma. The question to be answered is whether the commercialization of blood would violate the right to health, considering bioethical and social aspects and the vulnerability of Brazilian society, and how the bioethical principle of equity could be applied to prevent or guide the commercialization of blood in Brazil.

Methodology: The deductive method was used to carry out the research, and a survey of current doctrine and legislation provided the framework for this study.

Conclusion: As a result of the research, can be understand that the commercialization of blood, as the PEC wants, can be seen as a social step backwards. It could lead to



more vulnerability and the dismantling of the policy of altruistic donation and solidarity that currently exists in the country.

Contributions: *The research aimed to contribute to the discussion of the commodification of health and the application of bioethical principles, especially that of equity to issues related to the realization of fundamental rights.*

Keyword: *Right to Health; Bioethics; Vulnerability; Equity; Blood Donation*

1 INTRODUÇÃO

Da descoberta da penicilina à terapia com transplante de órgãos, passando pela transfusão de sangue, inúmeras conquistas técnico-científicas resultaram em possibilidade de tratamento, de sobrevivência e até mesmo de cura para muitas doenças. O impulso que garantiu esse avanço contínuo deita suas raízes na lógica cartesiana, que desde o século XV ensina que o que antes era dado pela natureza, com o advento da biotecnologia, passa ser modificado, instrumentalizado, reificado, convertido e, com o estabelecimento do modo capitalista de produção, comercializado.

Atualmente, com a convergência entre nanotecnologia, biotecnologia, inteligência artificial e ciências cognitivas, a técnica recai sobre o próprio homem. O progresso científico no âmbito da saúde humana engendra novas formas de nascer, viver e morrer. Quem determina o ritmo desses avanços são os grandes laboratórios farmacêuticos e as empresas de tecnologia como Google, Amazon, Facebook e Apple, que aportam bilhões de dólares em pesquisas no Vale do Silício.

Como exemplo dos resultados dessas pesquisas temos cientistas que conseguiram desenvolver e imprimir uma parte funcional do coração humano em tecnologia 3D; confeccionaram um útero artificial que permite gestar bebês fora do corpo; criaram embriões híbridos de humanos e porcos e, mais recentemente, apresentaram para a sociedade um modelo de embrião humano feito em laboratório, sem o emprego dos gametas masculinos e femininos, isto é, espermatozoides e óvulos. Esses fatos, entre tantos outros, consubstanciam o que socialmente vem se convencido chamar de revolução biotecnológica.



Contudo, há que se ponderar que as mesmas tecnologias que podem ser empregadas como terapia e que representam melhora nos tratamentos médicos a partir de diagnósticos precoces, acurácia dos prognósticos e potencial aumento da longevidade e qualidade de vida, também podem aprofundar as desigualdades sociais, promover o desrespeito à diversidade, violar a dignidade e guiar para a precificação da vida humana rumo à lógica do lucro.

Neste sentido, a presente pesquisa tem por objetivo refletir sobre a mercantilização da saúde, tendo como ponto de partida a Proposta de Emenda Constitucional - PEC 10/2022 que tem como intuito, alterar o § 4º do art. 199 da Constituição Federal de 1988, permitindo-se a comercialização de plasma sanguíneo humano. Para tanto, buscou-se analisar se a alteração do mencionado artigo acarretaria um retrocesso social e se tal mudança poderia impactar o direito à saúde, levando-se em consideração aspectos sociais e a vulnerabilidade da população mais desprovida e de que forma o princípio bioético da equidade poderia ser aplicado ao caso.

No desenvolvimento da pesquisa, inicialmente tratou-se dos princípios bioéticos e da importância da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos – DUBDH da UNESCO, para a bioética contemporânea. Em seguida, analisou-se o conceito de vulnerabilidade sob o aspecto da bioética, com o intuito de entender os impactos que a mercantilização do sangue pode causar numa sociedade desigual, como a brasileira. Posteriormente, foi realizado um levantamento histórico-normativo sobre a política de manejo de sangue, componentes de sangue e hemoderivados no Brasil. E, ao final, verificou-se a possibilidade de aplicação do princípio bioético da equidade e da vedação do retrocesso social para o caso em análise.

Assim, as reflexões propostas na presente pesquisa debruçam-se sobre as ambivalências a partir da dimensão teórica e normativa da Bioética, mais especificamente do referencial dos Direitos Humanos e do Biodireito e têm como escopo ponderar os riscos decorrentes da mercantilização da vida humana no âmbito da biotecnologia, na sociedade contemporânea.



2 A BIOÉTICA E A DECLARAÇÃO UNIVERSAL DE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS DA UNESCO

A Bioética desponta na segunda metade do século XX como área do saber que se ocupa em elencar os valores éticos que devem ser observados quando a pesquisa científica envolve seres humanos. Surgiu, entre outros fatores, em resposta aos abusos suportados por homens e mulheres nos campos de concentração, na Segunda Guerra, em nome do desenvolvimento científico.

A partir de uma abordagem multidimensional, a Bioética admite três diferentes perspectivas: um enfoque teórico, que enseja os referenciais da Bioética de Intervenção, da Bioética Principlista, da Bioética Personalista e da Bioética no contexto dos Direitos Humanos, entre outros; um enfoque normativo, que contempla as Declarações de Direitos que surgem como resultado do debate proposto em virtude do uso ético das novas tecnologias; um viés institucional, de caráter pragmático, que se consolida com a adoção de ações por instituições de saúde que visam implementar e difundir a cultura da bioética nos ambientes de cuidados de saúde, dentre as práticas, cite-se a criação e implementação dos comitês de bioética hospitalar, bem como dos comitês de ética em pesquisa (ROCHA e SANT'ANNA, 2023).

No presente trabalho, duas dimensões merecem especial atenção, quais sejam: a dimensão teórica, precisamente da Bioética Principlista e da Bioética no contexto dos Direitos Humanos, bem como o aspecto normativo, que converge para as Declarações de Direitos, elaboradas por organismos internacionais, que visam tutelar bens jurídicos ameaçados frente ao progresso científico.

A Bioética de cunho Principlista tem como desafio informar os valores que devem orientar não apenas as tomadas de decisões no contexto do ambiente de cuidados de saúde, como também de assumir o papel de repositório, fornecendo base axiológica para que o Estado possa instituir políticas públicas no âmbito da saúde promovendo assim a democratização e a efetivação deste direito social.

São tradicionalmente reconhecidos como princípios estruturantes da Bioética a beneficência, que se revela na busca de ações terapêuticas que suscitem o bem; a não maleficência, que assinala a importância não apenas de fazer o bem, mas, sobretudo, de evitar o mal; a justiça, que denota a importante preocupação com a



distribuição equânime do conhecimento obtido com o investimento em pesquisa científica; da autonomia, que se compromete com o poder de decisão e o respeito à autodeterminação do paciente, como estratégia para superar a clássica relação assimétrica que se estabeleceu entre as equipes de cuidados em saúde e o paciente, fruto de uma medicina paternalista, de longa tradição.

Nas últimas décadas outros valores se juntaram a estes, majorando o rol exemplificativo de princípios éticos que devem servir de critérios diante do avanço científico que impacta a espécie humana. Neste sentido, os princípios da precaução e prevenção ganham destaque.

A bioética moderna não é apenas resultado de profundas transformações e conquistas científicas, mas também consequência de um processo de globalização em rápido desenvolvimento e da crescente importância da colaboração internacional na solução de problemas globais. Uma combinação de alto potencial e perigo real das biotecnologias modernas, tomando medidas de *precaução* e *prevenção* sem experiência humanitária prévia, atribuiu um *status* sócio-regulatório especial à bioética. Hoje, a bioética é a ciência de pesquisar, avaliar e selecionar critérios para uma atitude moral para com os vivos (NEZHMETDINOVA; GURYLEVA E BLATT, 2022).

O caráter sócio regulatório mencionado acima relaciona-se ao aspecto normativo da bioética. A Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) da UNESCO (2005) consagra seus valores por meio da afirmação e da prevalência dos seguintes princípios: dignidade humana e direitos humanos, autonomia, consentimento informado, reconhecimento da vulnerabilidade humana e respeito pela integridade do indivíduo, privacidade e confidencialidade, igualdade e equidade, não discriminação e estigmatização, respeito à diversidade cultural e ao pluralismo, solidariedade e cooperação, responsabilidade social e empatia.

Dentre os princípios elencados acima, é de suma importância para a presente pesquisa que objetiva avaliar os riscos relacionados à mercantilização da vida, a análise do princípio da equidade, que será devidamente abordado em momento oportuno ainda neste trabalho e o reconhecimento da vulnerabilidade humana, tratada a seguir, tanto a vulnerabilidade natural, isto é, intrínseca à condição humana, como a vulnerabilidade eventualmente incrementada, quando o ser humano assume a condição de sujeito de pesquisa ou de paciente, isto porque, quando há



vulnerabilidade, qualquer que seja, abre-se espaço para a barganha, troca em geral feita de forma desonesta e abusiva.

3. PRINCÍPIO DA VULNERABILIDADE, CIÊNCIA E MERCADO

Etimologicamente vulnerabilidade vem do latim *vulnerare*, ferir; *vulnerabilis*, que causa lesão. O termo foi empregado com acepção ética no Relatório Belmont, promulgado em 1979, como resposta às atrocidades causadas pelos experimentos relacionados à pesquisa biomédica em seres humanos.

Três casos em especial foram determinantes para sua elaboração do documento, quais sejam: em 1963, no Hospital Israelita de doenças crônicas de Nova York, foram injetadas células cancerosas vivas em idosos doentes com a finalidade de se aprofundarem os estudos; entre 1950 e 1970, no hospital estatal de Willowbrook, novamente em Nova York, injetaram hepatite viral em crianças problemas mentais a fim de se conhecer a evolução natural da patologia; em 1972 foi divulgado o caso Tuskegee Study, no Estado de Alabama, no qual foram deixados sem tratamento quatrocentos negros sífilíticos para pesquisar a história natural da doença.

A constatação da desumanidade perpetrada em nome do desenvolvimento científico, levou o Congresso norte-americano, em 1974, a constituir a *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, e a reconhecer a vulnerabilidade como elemento central de proteção no âmbito da saúde humana, em decorrência da potencialidade de lesão à pessoa, sujeito da pesquisa biomédica e do paciente que se encontra sob cuidados de saúde.

[...] a vulnerabilidade é uma condição humana universal, fundamentada na fragilidade intrínseca dos seres humanos. No contexto das relações de cuidados em saúde, objeto deste estudo, o paciente se apresenta vulnerável e sujeito a ofensas à sua integridade pessoal. A pessoa doente, pelo simples fato de não estar no gozo ordinário de sua capacidade física ou mental, se apresenta fragilizada e submetida, na maioria das vezes, à autoridade dos profissionais, detentores do saber técnico no campo dos cuidados em saúde. Trata-se, portanto, de uma relação, *a priori*, assimétrica, em que a fragilidade do paciente se acentua diante do saber médico. Com o objetivo de mitigar essa assimetria, sustenta-se que centrar a atenção nos cuidados ao paciente - tarefa e responsabilidade que cabe aos profissionais da saúde - é uma forma de diminuir a distância interpessoal, empoderar o



paciente, minorar a sua condição de vulnerabilidade acrescida e resguardar sua dignidade (ALBUQUERQUE; GARRAFA e PARANHOS, 2017).

Além da vulnerabilidade observada no contexto dos cuidados de saúde, conforme destacado acima, na qual o saber técnico do pesquisador e/ou da equipe clínica se sobrepõe como forma de autoridade, resultando muitas vezes em uma violação da integridade física e moral do paciente e/ou do sujeito de pesquisa, há outro aspecto da vulnerabilidade, igualmente relevante, a ser considerada no âmbito do desenvolvimento da biotecnologia e que guarda direta relação com o tema dessa pesquisa, a saber: a vulnerabilidade sócio econômica.

O Brasil é reconhecidamente um país que sofre com uma aguda desigualdade socioeconômica. E em que pese a dificuldade de se estabelecer um conceito de vulnerabilidade socioeconômica, é possível identificar que ela em geral resulta no não atendimento às necessidades básicas relacionadas à sobrevivência digna dos indivíduos em sociedade, isto é, a não fruição dos direitos fundamentais, dentre estes, o direito à alimentação, à moradia, à educação e a saúde, entre outros.

Esta realidade tem como um dos fatores determinantes a precariedade ou mesmo a perda da renda da população que sofre com as crises do mercado de trabalho, próprias da dinâmica política e econômica do modo capitalista de produção. Na busca de uma complementação para o atendimento de suas necessidades essenciais, tendo em vista que a renda auferida não permite satisfazê-las integralmente, o estado de necessidade pode levar as pessoas ao equívoco de quererem comercializar o que não é passível de ser vendido, justamente porque possui valor, no sentido kantiano da expressão. Referimo-nos, pois, ao corpo humano, seus órgãos e tecidos.

Complementar a renda com a venda de um rim ou com uma doação periódica de sangue em um “mercado humano” (BERLINGUER e GARRAFA, 2001) para muitos é uma decisão que está na esfera individual, para outros é uma questão a ser regulada pelo Estado. A Organização Mundial de Saúde (OMS) alicerçada na Declaração de Istambul sobre Saúde Global (2009) adverte que o “comércio de transplantes tem como alvo doadores empobrecidos e vulneráveis, o que causa desigualdade e injustiça, havendo a necessidade de ser proibido”. No Brasil, antes de 1988 muitas pessoas em extrema pobreza vendiam seu sangue para mitigar a miséria. Esse



comércio só foi interrompido com o advento da Constituição Federal de 1988 que, no artigo 199 § 4º, passou a proibir a comercialização de órgãos, tecidos e substâncias humanas.

Este cenário, contudo, pode estar prestes a ser alterado. A PEC (Proposta de Emenda Constitucional) 10/2022¹, que alguns parlamentares pretendem aprovar, significará um retrocesso na civilidade brasileira. Apesar de o texto original da PEC tratar especificamente de plasma de sangue humano, a discussão abre a possibilidade para a questionamentos sobre a possibilidade de comercialização de órgãos, tecidos humanos e substâncias humanas.

Neste aspecto, a pergunta que se faz é: plasma humano e hemoderivados podem ser tratados como mercadoria? Com o objetivo de responder esta pergunta e tendo em vista a legislação brasileira, será analisada a seguir a Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados no Brasil.

4 HISTÓRICO DA POLÍTICA NACIONAL DE SANGUE, COMPONENTES E HEMODERIVADOS NO BRASIL

Até 1964 houve uma escassez de regulamentação sobre o manejo de sangue no Brasil. Este período é conhecido como *pré-regulamentar* e teve como consequência a proliferação de bancos de sangue privados e a comercialização de produtos hemoderivados. Somente em 1964, por meio do Decreto 54.494 de 1964, o Governo Federal criou a Comissão Nacional de Hemoterapia (CNH) que resultou na Lei 4701 de 1965, primeiro marco regulatório da hemoterapia brasileira (MELO, p. 21). Neste momento, a lei de 1965 ressaltou o princípio da não remuneração do sangue, contudo não proibiu a sua comercialização, fato que acabou promovendo o “comércio do sangue”, praticados pelos bancos de sangue privados e até mesmo por serviços

¹ A PEC proposta pela senadora Daniella Ribeiro (PSD-PB) defende a inclusão de mais um parágrafo ao artigo 199 da Constituição Federal, com a seguinte redação: “§ 5º A lei disporá sobre as condições e os requisitos para coleta e processamento de plasma humano pela iniciativa pública e privada para fins de desenvolvimento de novas tecnologias e de produção de biofármacos destinados a prover o sistema único de saúde.” A PEC foi aprovada por 15 votos a 11 na CCJ (Comissão de Constituição e Justiça) do Senado Federal no dia 04 de outubro de 2023. Após a aprovação da CCJ, o texto então segue para o plenário do Senado e se aprovado, segue para a Câmara. Até a finalização do presente trabalho, este trâmite não tinha sido concluído.



públicos. Segundo relatos, era comum encontrar em filas de doação de sangue pessoas vulneráveis como mendigos, alcoólatras, pessoas doentes etc. (MELO, p. 41). Em 1976, a música do cantor e compositor Chico Buarque “Vai trabalhar, vagabundo” trouxe a leitura social desses tempos, em que pessoas passavam horas nas filas dos bancos de sangue para “ganhar” algum dinheiro para seu sustento.

Em 1980 a Portaria Interministerial nº 07 (MS/MPAS) estabeleceu o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue), iniciativa fundamental para o avanço na estruturação da Hemorrede brasileira. Posteriormente, em 1988, com o intuito de enfrentar a questão da AIDS transfusional e de outras doenças transmissíveis pelo sangue, foi promulgada a Lei 7649 de 1988, conhecida como *Lei Henfil*, obrigando o cadastramento dos doadores e a realização de exames laboratoriais no sangue visando a prevenção de doenças (MELO, p. 23). É notório que o crescimento de casos de AIDS transfusional, naquela época, impulsionou o debate sobre a comercialização (GUERRA, 2005. p. 01) e segurança do sangue e seus hemoderivados (JUNQUEIRA; ROSENBLIT E HAMERSCHLAK, 2005. p. 206).

Ainda em 1988, a Constituição Federal finalmente proibiu definitivamente e expressamente o comércio de sangue. A Década seguinte à Constituição Federal foi de muita movimentação normativa e regulatória sobre a questão do sangue e, com a promulgação da Lei 10.205 de 2001, iniciou-se um novo ciclo para o tema.

A Lei 10.205 de 2001 regulamentou o §4º do art. 199 da Constituição Federal e estabeleceu regras sobre a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, vedando a compra e venda ou qualquer outro tipo de comercialização do sangue, componentes e hemoderivados, em todo o território nacional, em caráter eventual ou permanente, por pessoa física ou jurídica (art. 1º).

A mencionada lei, no seu art. 8º, criou ainda a Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados brasileira, com finalidade de garantir a autossuficiência do País nesse setor e harmonizar as ações do poder público em todos os níveis do governo, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), criando também o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN).

Mais tarde, para possibilitar o cumprimento dos objetivos da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados no Brasil, garantido a todos os pacientes



do SUS acesso aos medicamentos hemoderivados ou produzidos por biotecnologia, foi fundada a Hemobrás (Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia), empresa pública criada pela Lei 10.972 de 2004 e vinculada ao Ministério da Saúde, sujeitando-se ao regime jurídico próprio das empresas privadas, inclusive quanto aos direitos e obrigações civis, comerciais, trabalhistas e tributários (art. 2º).

Com o intuito de fornecer medicamentos hemoderivados aos pacientes do SUS, o § 1º do art. 1º da Lei 10.972 de 2004 determinou ser de competência da Hemobrás, captar, armazenar e transportar plasma para fins de fracionamento; avaliar a qualidade do serviço e do plasma fracionado; fracionar o plasma ou produtos intermediários para produzir hemoderivados; distribuir hemoderivados; desenvolver programas de intercâmbio com órgãos ou entidades nacionais e estrangeiras; desenvolver programas de pesquisa e desenvolvimento na área de hemoderivados e de produtos obtidos por biotecnologia; criar e manter estrutura de garantia da qualidade das matérias-primas, processos, serviços e produtos; fabricar produtos biológicos e reagentes obtidos por engenharia genética ou por processos biotecnológicos na área da hemoterapia; celebrar contratos e convênios com órgãos nacionais da administração direta ou indireta, empresas privadas e com órgãos internacionais para prestação de serviços técnicos especializados; formar, treinar e aperfeiçoar pessoal necessário às suas atividades e exercer outras atividades inerentes às suas finalidades.

Recentemente em 2020, por meio da Portaria 1710 GM/MS, foi incluída na Portaria de Consolidação nº 5 GM/MS, o art. 43-A, determinando que o plasma excedente do uso hemoterápico, produzido pelos serviços que compõe da Rede Nacional de Serviço de Hemoterapia no âmbito do SINASAN, deve ser destinado para a Hemobrás, para fins do uso industrial na produção de medicamentos hemoderivados, reafirmando a não possibilidade de comercialização como definido na Constituição Federal de 1988 e na Lei 10.205 de 2001.

Atualmente, a coleta de sangue no Brasil pode ser feita por Hemocentros públicos e Bancos de sangue privados, sendo que todo o plasma excedente dessa coleta, deve ser repassado gratuitamente à Hemobrás que mantêm a gestão do manejo do plasma sanguíneo que serve, como já foi dito, para fabricação de medicamentos e demais hemoderivados. Ocorre que a Hemobrás, ainda não tem



arcabouço físico para fracionar o plasma e produzir hemoderivados 100% no Brasil, situação que ainda força o país a contratar com empresas estrangeiras fora e dentro do país a produção desses medicamentos que serão usados no âmbito do SUS. O custo para o fracionamento do plasma e produção dos hemoderivados é alto, mas passa pela fiscalização e aprovação do poder público brasileiro, por meio da Hemobrás. Contudo, visando diminuir esses custos, uma fábrica da Hemobrás destinada ao fracionamento do plasma e produção desses hemoderivados, está sendo construída no nordeste brasileiro. A promessa é que o Brasil possa, a partir de 2025, fracionar 100% do plasma sanguíneo em território nacional e produzir hemoderivados em larga escala (HEMOBRAS, 2023).

Assim, verifica-se que o Estado brasileiro, após a Constituição Federal, passou a ser exclusivamente o responsável pelo manejo e processamento de sangue e derivados, trazendo para si a responsabilidade não só pela coleta, checagem e segurança e distribuição do sangue doado, mas também pela fiscalização quanto à produção de hemoderivados, dentre eles, medicamentos.

Ressalta-se que, o plasma sanguíneo é necessário para tratamento de pacientes que sofrem de várias doenças como hemofilia, anemia falciforme, queimaduras, cirrose etc.

O que se discute com a proposta da PEC 10/2022, já mencionada anteriormente, é se a Hemobrás tem ou terá condições de assumir esta responsabilidade sozinha ou se seria mais vantajoso para a população que, empresas particulares (em especial as farmacêuticas) tivessem acesso ao plasma sanguíneo para produção de medicamentos hemoderivados. A própria Hemobrás defende sua autonomia, dizendo que a comercialização do plasma sanguíneo não aumentaria a disponibilidade de medicamentos desta natureza para o SUS, podendo, inclusive, tornar o medicamento mais caro, pela exploração comercial das empresas. Neste caso, segundo a empresa brasileira, a solução seria tornar a Hemobrás mais forte, tornando-a mais produtiva, sem descartar eventual parceria com o serviço privado, mas vedada a comercialização (HEMOBRÁS, 2023). Ainda neste sentido, e segundo os argumentos contrários à comercialização do plasma de sangue humano, a medida não aumentaria a oferta, mas poderia significar diminuição de doação, abalando o que



já se alcançou até agora com o sistema de doação altruísta e solidário. Seria dar espaço para a desestruturação da Política Nacional de Sangue.

Verifica-se, portanto, que o principal questionamento levantado pela Hemobrás, quando oferece fundamentos contrários à permissão de comercialização do plasma sanguíneo no Brasil, gira em torno da preocupação quanto ao acesso e preços dos insumos resultantes dessa exploração comercial, ou seja, será que os produtos e medicamentos produzidos a partir do plasma sanguíneo coletados no Brasil, por empresas privadas estrangeiras, como quer permitir a PEC 10/2022, retornarão com facilidade e a preços justos para a população atendida pelo SUS? Outra questão transita pela segurança na higidez do sangue, ou seja, permitir a comercialização do plasma sanguíneo colocaria em risco o direito à saúde, mostrando-se como um retrocesso social? Quem faria o controle de doenças no plasma comercializado? Quem seria o fiscal dessa atividade?

Partindo-se deste prisma, a proposta a seguir é analisar a possibilidade de aplicação do princípio bioético da equidade tendo como base uma população tão vulnerável e com tanta diversidade como a brasileira, promovendo-se a proteção do direito à saúde como direito fundamental.

5 DIREITO À SAÚDE, PRINCÍPIO BIOÉTICO DA EQUIDADE E O PRINCÍPIO DA VEDAÇÃO DO RETROCESSO SOCIAL

O direito à saúde previsto como direito fundamental de caráter social no art. 6º da Constituição Federal de 1988 é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido por meio de políticas públicas, sociais e econômicas que visem alcançar o bem-estar, a redução de doenças e outros agravos, permitindo-se a todos os cidadãos acesso universal e igualitário ao sistema público de saúde, como determina o art. 196 também da Constituição Federal.

Além de ser um direito fundamental, o direito à saúde também é um condutor da dignidade da pessoa humana, uma vez que a vida digna pressupõe a preservação e cuidados com a saúde. Aliás, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946) defende que a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e



não somente ausência de afecções e enfermidades”, mostrando-se como um processo em constante evolução.

Importante também ressaltar que as Nações Unidas – ONU (2015), por meio da Agenda 2030 elencou como um dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – ODS (ODS 3) - “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos e todas, em todas as idades”.

No Brasil, a saúde pública é regida pelo Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado pela Lei 8.080 de 1990, reconhecendo-se o caráter universal e igualitário do direito à saúde.

Apesar das normativas vigentes, sabe-se que a questão da saúde é, ainda hoje, para o Brasil e para a grande maioria das Nações em desenvolvimento ou mesmo nas consideradas desenvolvidas, um tema muito sensível. É de conhecimento geral de que a saúde é um dos direitos fundamentais mais importantes para o exercício e efetivação da cidadania e democracia, difícil alcançar a plenitude dos mais diversos direitos fundamentais sem a efetivação da saúde e bem-estar (SANCHES e CAVALCANTI, 2018, p. 457). Por este motivo, faz-se necessário um olhar cuidadoso sobre o tema.

Ainda no que tange à questão da efetivação do direito fundamental à saúde, importante falar da equidade como princípio bioético.

Equidade significa o reconhecimento da igualdade tendo com base as diferenças de cada um. A humanidade é marcada pela diferença, mas os direitos devem ser aplicados com equidade, sob pena de não ser possível alcançar a justiça social, referencial dos direitos humanos e da cidadania. Aliás, importante salientar que: “a cidadania pressupõe a igualdade entre todos os membros da sociedade, para que inexistam privilégios de classes sociais no exercício de direitos” (SMANIO, 2009, p. 20).

Neste sentido, é somente através do reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas dos sujeitos sociais que se pode alcançar a igualdade, assim:

A equidade é, então, a base ética que deve guiar o processo decisório da alocação de recursos. É somente através deste princípio, associado aos princípios da responsabilidade (individual e pública) e da justiça, que conseguiremos fazer valer o valor do direito à saúde. A equidade, ou seja, o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais, é o caminho da ética prática em face da realização



dos direitos humanos universais, entre eles o do direito à vida representado, neste debate, pela possibilidade de acesso à saúde. A equidade é o princípio que permite resolver parte razoável das distorções na distribuição da saúde, ao aumentar as possibilidades de vida de importantes parcelas da população. (GARRAFA, OSELKA e DINIZ, 2009)

O conceito de equidade em saúde foi cunhado como a busca pela justiça igualitária, implicando que, idealmente, todos os indivíduos devam ter oportunidade de atingir seu potencial de saúde. Revela-se, portanto, na preocupação com a igualdade de oportunidades no âmbito do acesso à saúde. Contudo, as condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades existentes na sociedade. Neste sentido, percebe-se a ligação entre pobreza e saúde, além das demais desigualdades sociais como sexo, raça, região geográfica etc. (CORGOZINHO e OLIVEIRA, 2016).

Verifica-se, então, que não basta a análise do estado de saúde física e mental para aplicar a equidade, importante se faz analisar também os fatores determinantes e condicionantes de saúde, ou seja, os chamados Determinantes Sociais da Saúde – DSS² (OMS, 2008) e, nota-se que a renda é um desses determinantes, gerando não somente a inequidade como também vulnerabilidade social, aspecto incorporado no contexto da bioética pela DUBDH adotada pela UNESCO em 2005, como já falado anteriormente.

No tocante à equidade na saúde, Amartya Sen e Bernardo Kliksberg (2010, p. 74) ressaltam que:

O alcance da equidade na saúde é imenso. Mas há um aspecto recíproco desta conexão ao qual também devemos prestar atenção. Equidade na saúde não pode se preocupar somente com a saúde, isoladamente. Em vez disso, ela tem de estar em sintonia com a questão mais ampla de justiça social, incluindo distribuição econômica, dando a devida atenção ao papel da saúde na vida e na liberdade humana. Equidade na saúde com certeza não se refere apenas ao acesso aos serviços de saúde. Na verdade, equidade na saúde como conceito tem um alcance e uma relevância extremamente amplos. [...] Equidade na realização e na distribuição de saúde, portanto, está incorporada e embutida em uma ampla noção de justiça.

² Segundo a OMS, os DSS são determinantes estruturais e condições da vida cotidiana responsáveis pela maior parte das iniquidades em saúde entre os países e internamente. Eles incluem distribuição de poder, renda, bens e serviços e as condições de vida das pessoas, e o seu acesso ao cuidado à saúde, escolas e educação; suas condições de trabalho e lazer; e o estado de sua moradia e ambiente.



Tratando da questão da pobreza, importante ressaltar que em 1995 o Fórum Mundial de Saúde, em relatório sobre a situação sanitária mundial, divulgou que a pobreza era, naquele momento, uma das maiores causas de morbidade e sofrimento em todo o planeta, especialmente, em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos (GARRAFA, OSELKA e DINIZ, 2009).

Desde então, muitas políticas públicas surgiram e aos poucos essa realidade foi amenizada, mas a pobreza sempre esteve presente na sociedade global e a situação ainda persiste mesmo com todo o conhecimento científico que vivenciamos atualmente.

No Brasil, após a pandemia da Covid-19, a situação da pobreza se agravou. Segundo o IBGE (2022), o índice de pessoas em extrema pobreza teve crescimento exponencial entre 2020 e 2021. Segundo a pesquisa divulgada, 3 em cada 10 brasileiros passaram a viver abaixo da linha da pobreza, um crescimento de 48.2%. Em 2021, 11,6 milhões de brasileiros passaram a viver abaixo da linha da pobreza e outros 5,8 milhões em extrema pobreza. Isso significa que ao menos 62,5 milhões de pessoas no Brasil vivem em situação de pobreza ou abaixo da linha de pobreza (29,4% da população do país), sendo que 17,9 milhões de pessoas estão em situação de pobreza extrema, ou seja, 8,4% da população. Pior situação desde 2012.

Percebe-se do que foi apresentado até aqui que, o tema “justiça social” e sua relação com a bioética, impulsionado pelos princípios bioéticos da equidade e da justiça presentes na DUBDH, ampliou o debate sobre as políticas de acesso à saúde e as barreiras sociais encontradas para sua efetivação e, sobre o papel do Estado na consolidação dos direitos fundamentais, dentre os quais, o direito à saúde, em especial de grupos sociais menos favorecidos e que são mais atingidos pelas consequências das desigualdades sociais injustas, corrigindo as iniquidades evitáveis e melhorando as oportunidades (CORGOZINHO e OLIVEIRA, 2016).

Volta-se então à pergunta que iniciou o interesse no presente trabalho de pesquisa, a possibilidade da mercantilização do sangue e seus derivados. É fato que no passado a mercantilização do sangue era algo comum, não somente no Brasil como em outros países. Ainda hoje, há possibilidade de remuneração de plasma em alguns países como os Estados Unidos. No caso do Brasil, permitir a comercialização de plasma sanguíneo seria um retrocesso na Política Nacional de Sangue?



Conforme ensina Ingo Sarlet (2015, p. 464) a segurança jurídica é essencial para a efetivação dos direitos fundamentais. A partir de tal consideração, pode-se entender que está implícito no nosso ordenamento jurídico o princípio da proibição do retrocesso, em especial, de direitos fundamentais sociais de caráter positivo.

Para o mencionado autor (SARLET, 2015), tal ideia é decorrente do princípio do Estado democrático e social de Direito, que impõe um patamar mínimo de segurança jurídica, o qual abrange a proteção da confiança e manutenção de um nível mínimo de continuidade da ordem jurídica e, em certa medida de atos retrocessivos; do princípio da dignidade da pessoa humana, que defende uma existência condigna para todos; do princípio da máxima eficácia e efetividade das normas definidoras de direitos fundamentais (art. 5º § 1º da CF/88), que abrange a maximização da proteção dos direitos fundamentais; da proteção dos direitos adquiridos, da coisa julgada e do ato jurídico perfeito e, do princípio da proteção da confiança, que impõe ao poder público, como exigência da boa-fé nas relações com os particulares, o respeito pela confiança depositada pelos indivíduos em relação a certa estabilidade e continuidade da ordem pública.

Ainda neste sentido, salienta Ingo Sarlet (2015, p. 465) que se pode ainda retirar do direito internacional uma última fundamentação para o reconhecimento do princípio ao não retrocesso, no caso, a proteção de direitos sociais já concretizados.

É fato, no que tange à questão do sangue no Brasil, que depois de inserida e implementada a Política Nacional do Sangue que, efetivou a decisão da Constituição Federal de 1988 em permitir apenas a doação, sem a possibilidade da remuneração, houve um impulso na sociedade brasileira do conceito de solidariedade e a Política tem sido eficaz, de certa maneira. Aliás, a Política Nacional do Sangue brasileira é positivamente reconhecida por vários países.

Não se pode dizer que o acesso ao direito social à saúde no Brasil é efetivo, mas o sistema de doação de sangue no Brasil é, de certa forma, adequado e encontra-se bem estruturado. Sem dúvida nenhuma, precisa ser melhorado. Mas, não se trata de um sistema falido.



Também importa ressaltar que a PEC 10/2022 não busca a remuneração ao doador³, questão que, sem dúvida nenhuma é polêmica e causadora de violações ao direito fundamental à saúde e propulsora de desigualdades, porém, permitir a comercialização do plasma sanguíneo por empresas privadas e estrangeiras pode ser uma abertura irreversível no sistema já coeso de doação de sangue brasileiro, causando uma ruptura no conceito de solidariedade, equidade e justiça social no que se refere ao direito à saúde e acesso a componentes do sangue e hemoderivados.

Cabe, sem dúvida, a reflexão sobre os custos e benefícios desta situação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o exposto, pode-se inferir que a Proposta de Emenda Constitucional – PEC 10/2022 trouxe à lume uma importante discussão, qual seja, a mercantilização do sangue no Brasil.

Após um período sombrio, em que pessoas de baixa renda e outros vulneráveis sociais, pessoas que muitas vezes não possuíam outra escolha, senão vender o próprio sangue para se autossustentar, a Constituição Federal de 1988, impôs uma nova mentalidade sobre o assunto, proibindo a comercialização do sangue no Brasil.

A atual Política Nacional do Sangue, Componentes e Hemoderivados no Brasil cunhada em 2001 pela Lei 10.205 é tida como uma política, dentro das possibilidades, estruturada e eficaz. A população brasileira se mostra cada dia mais favorável e solidária ao sistema gratuito e altruísta da doação de sangue.

Tornar o sangue e o plasma sanguíneo uma *commodity*, pode trazer benefícios apenas a uma parcela de interessados. Corre-se o risco de, sem a direção e a fiscalização realizada atualmente pela Hemobrás, que ocorra um desequilíbrio na prestação de serviços relativos à saúde, violando-se de forma significativa a vida e a saúde, em especial, das pessoas dependentes do SUS – Sistema Único de Saúde, que atende, justamente, a parcela da população mais vulnerável.

³ Houve alteração da redação inicial da PEC que previa em seu texto a possibilidade de remuneração ao doador.



É fato, que o Brasil ainda não tem autonomia para fracionar o plasma e produzir todo hemoderivado necessário para a população brasileira atendida pelo SUS, o país ainda precisa se socorrer de exportação e contratos com empresas estrangeiras para fabricação dos medicamentos a partir do plasma excedente das doações realizadas no território nacional, contudo, esse momento pode ser a melhor oportunidade para se colocar o holofote na situação, possibilitando maior preocupação e discussão sobre o tema, para que o país possa seguir em frente e encontrar a autossuficiência.

É importante salientar que a biotecnologia, o conhecimento científico moderno, as engenharias genéticas, enfim, a ciência moderna, foi e é capaz de criar terapias e medicamentos que mudaram a assistência à saúde e, isso não foi diferente com o sangue e seus componentes. Precisa-se indagar, entretanto, se voltar a usar o sangue ou parte dele como mercadoria, seria um retrocesso social.

Pode-se dizer que para tudo há um preço? Sandel (2018) trata dessa preocupação em seu livro *O que o dinheiro não compra* e, ressalta que uma sociedade que permite que tudo esteja à venda, é uma sociedade que está corroborando para o incremento de vulnerabilidades e injustiças. E, cita o exemplo da venda de sangue nos Estados Unidos que foi relatado na obra de Richard Titmuss – *The Gift Relationship* (A relação de doação), em que o autor levantou argumentos éticos contra a compra e venda de sangue, qual sejam a equanimidade e a corrupção. Ou seja, o mercado de sangue, para Titmuss, explora os pobres e outros vulneráveis e corrói o sentimento de responsabilidade moral, além de diminuir o espírito altruísta, empobrecendo o espírito moral de um povo (SANDEL, 2018, p. 122).

É claro que esta é uma das inúmeras possibilidades de encarar e enxergar a comercialização do sangue, a bioética permite o pensar por este prisma, pela equidade, pela dignidade e pela cidadania solidária e altruísta. Resta saber se este é o caminho que o direito e a sociedade brasileira seguirão, não apenas na decisão quanto à PEC 10/2022, mas para toda e qualquer situação que alcance a discussão quanto à mercantilização do corpo ou partes do corpo humano.



REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Aline; GARRAFA, Volnei; PARANHOS, Denise G. A. M. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, Volume: 26, Número: 4, Publicado: 2017, p. 932-942. Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/znXjdWfwfmpY7RSr5hzYYTK/?lang=pt> Acesso em 01.jun.2022.

AMARTYA, Sen e KLIKSBURG, Bernardo. **As pessoas em primeiro lugar. A ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado**. São Paulo: Companhia da Letras, 2010.

BERLINGUER, GIOVANNI e GARRAFA, Volnei. **O mercado humano**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2. ed., 2001.

BRASIL. **Lei 10.972 de 2004**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de hemoderivados e biotecnologia – HEMOBRÁS. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2004/Lei/L10.972.htm. Acesso em 10.out.2023.

BRASIL. **Lei 10.205 de 2001**. Regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10205.htm. Acesso em: 10.out.2023.

CORGOZINHO, Marcelo Moreira e OLIVEIRA, Aline Albuquerque Sant'Anna de Oliveira. Equidade em saúde como marco ético da bioética. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n.2, p. 431-441. DOI 10.1590/S0104.12902016153764. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4djDNXBQRqwkG5xwCTPD3pL/#>. Acesso em 10.out.2023.

GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel e DINIZ, Debora. Saúde Pública, Bioética e Equidade. **Revista de Bioética**. V. 5, n.1, novembro de 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/361. Acesso em 05.out.2023.

GUERRA, Celso. Fim da doação remunerada de sangue no Brasil faz 25 anos. **Revista Brasileira de hematologia e Hemoterapia**. 2005; 27(1):1-4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbhh/a/szk8jvYRbcbYVvGfQtwkjNK/> Acesso em 12.out.2023.

HEMOBRÁS. **Dez motivos que justificam o arquivamento da PEC do Plasma**. 2023. Disponível em <https://hemobras.gov.br/wp-content/uploads/2023/08/Dez-Motivos-que-Justificam-o-Arquivamento-da-PEC-do-Plasma-1.pdf>. Acesso em 12.out.2023.



IBGE. **Pobreza tem aumento recorde e atinge 62,5 milhões de pessoas: maior nível desde 2012.** Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/35687-em-2021-pobreza-tem-aumento-recorde-e-atinge-62-5-milhoes-de-pessoas-maior-nivel-desde-2012>. Acesso em 13.out.2023.

JUNQUEIRA, Pedro C. ROSENBLIT, Jacob. HAMERSCHLAK, Nelson. História da hemoterapia no Brasil. **Revista Brasileira de hematologia e Hemoterapia.** 2005; 27(1):201-207. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbhh/a/KPf53b35B5jDZqSkmtJKkZj/> Acesso em 12.out.2023.

MELO, Helder Teixeira. **Mapeamento do ordenamento jurídico da política nacional de sangue e da regulamentação técnica na área do sangue e derivados.** Dissertação de mestrado. Orientador Dimas Tadeu Covas. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: www.teses.usp.br . Acesso em 10.out.2023.

MS. Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria nº 1710 de 2020.** Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o fornecimento do plasma excedente do uso hemoterápico, para a produção de medicamentos hemoderivados, no âmbito do SUS.

NEZHMETDINOVA FT, GURYLEVA ME, BLATT NL. New Role of Bioethics in Emergency Situations on the Example of COVID-19. **Bionanoscience.** 2022;12(2):620-626. DOI: 10.1007/s12668-021-00915-5. Epub 2022 Mar 30. PMID: 35371905; PMCID: PMC8965543 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35371905/> Acesso em 05.jan.2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde de 1946.** Disponível em <https://www.who.int/about/governance/constitution>. Acesso em 20.fev.2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Organização Mundial da Saúde e os Determinantes Sociais da Saúde. 2008.** Disponível em https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1. Acesso em 12.out.2023.

ONU. Organizações das Nações Unidas. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – Agenda 2030.** 2015. Disponível em <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em 12.out.2023.

ROCHA, Renata da; SANT'ANNA, Aline Albuquerque. The allocation of scarce resources in intensive care and the covid-19 pandemic from the perspective of bioethics and human rights. **Revista Direito Mackenzie.** v. 17, n. 1, 2023, p. 1-33 ISSN 2317-2622. <http://dx.doi.org/10.5935/2317-2622/direitomackenzie.v17n115991>. Acesso 12.out.2023.

SANCHES, Samyra Haydêe Dal Farra Napolini e CAVALCANTI, Ana Elizabeth Lapa Wanderley Cavalcanti. Direito à saúde na Sociedade da Informação: a questão das



fake News e seus impactos na vacinação. **Revista Jurídica – Unicuritiba**. Vol.04, nº 53, Curitiba, 2018, p. 448-466. DOI: 10.6084/m9.figshare.7628969. Disponível em: <https://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/3227>. Acesso em 20.fev.2020.

SANDEL, Michael J. **O que o dinheiro não compra**: os limites morais do mercado. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

SARAIVA, João Carlos Pina. A história da hemoterapia no Brasil. **Revista Brasileira de hematologia**. Hemoterapia. 2005; 27(1):153-158. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbhh/a/Wvb9nQq7MgCLwCY8tVNrk8f/>. Acesso em 10.out.2023.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. Livraria do Advogado. Porto Alegre. 2015.

SMANIO, Gianpaolo Poggio. As dimensões da cidadania. **Revista da Escola Superior do Ministério Público**, ano 2, jan-junho de 2009, p.23-23.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Texto traduzido. Biblioteca Virtual em Saúde – Ministério da Saúde, 2005. Available at: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em: 10.out.2023.

World Federation of Public Health Associations – WFPHA. Declaração de Istambul sobre Saúde Global, 2009. <https://www.scielo.br/j/csp/a/w7KqCXzxJC5cjZ3FJ6RGH8S/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 11.out.2023.

