

BOAS PRÁTICAS NO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM RESTRIÇÕES RELIGIOSAS À TRANSFUSÃO SANGUÍNEA

[Good practices in caring for patients with religious restrictions on blood transfusion]

TAYSA SCHIOCCHET¹, SUÉLLYN MATTOS DE ARAGÃO², ANTÔNIO ALCEU DOS SANTOS³, EWERSON WILLI DE LIMA PACK⁴

Resumo

Integrantes da ordem Testemunhas de Jeová podem ter suas convicções religiosas afrontadas no contexto da relação médico-paciente. Isso ocorre quando a elas é administrada, à revelia de vontade, a hemotransfusão, procedimento vedado pela sua crença. Nesse contexto, o objetivo do estudo foi propor boas práticas que abarquem dialógica e sistematicamente conhecimentos médicos e ético-jurídicos a fim de prevenir ou solucionar conflitos nesse campo. Para isso, o estudo utilizou-se de metodologia qualitativa, de natureza descritiva e exploratória. Como resultado, foram apresentadas quatro medidas clínicas e quatro providências ético-jurídicas capazes de municiar as pessoas envolvidas (pacientes e seus familiares, profissionais de saúde e estabelecimentos hospitalares) de condições concretas para uma condução progressivamente mais adequada das situações conflituosas.

¹ Professora Adjunta da Faculdade de Direito e do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFPR (Curitiba/PR Brasil). Doutorado em Direito, com período de estudos doutorais na Université Paris I e na FLACSO, Buenos Aires. Pós-doutorado pela Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Professora visitante da Université Paris X. Advogada. Coordenadora da Clínica de Direitos Humanos da UFPR e da equipe do Blog Fala Direito Comigo (www.faladireitocomigo.com.br). Tem experiência na área de Direitos Humanos e Bioética, com ênfase em novos direitos, pesquisas jurídicas empíricas e metodologia clínica do ensino do direito. Os temas prioritários de pesquisa e extensão são: Clínicas de Direitos Humanos, Direito Civil-Constitucional, Biodireito e Ética na Pesquisa, fatores de vulnerabilidade (gênero, racial, étnico, geracional, geográfico etc.). E-mail: taysa_sc@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6703-9036>.

² Doutoranda em Direito pela Universidade Federal do Paraná - UFPR (2021). Mestre em Saúde Coletiva pela UFPR (2019). Especialista em Medicina do Trabalho pela UFPR (2010), com título conferido pela AMB/ANAMT. Médica pela Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI (2008). Pesquisadora associada da Clínica de Direitos Humanos Biotecjus UFPR; do grupo de pesquisa Política, Avaliação e Gestão em Saúde da UFPR e do grupo de pesquisa em Direitos Humanos do Ministério Público Estadual do Paraná - MPPR. Servidora da UFPR e do MPPR. E-mail: suellyn@ufpr.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4497-1621>.

³ Médico com Título de Especialista em Cardiologia pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e Associação Médica Brasileira. Cardiologista do Hospital Beneficência Portuguesa, São Paulo (SP) e do Hospital Vaz Monteiro, Lavras (MG). Membro da SABM (Society for the Advancement of Blood Management). E-mail: antonioalceu@cardiol.br.

⁴ Especialista em Direito Constitucional pela Academia Brasileira de Direito Constitucional. Bacharel em Direito pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). E-mail: ewerson.pack@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1668-1678>.

ISSN 0719-7160

A adoção de tais providências possui potencial para reduzir embates, acelerar tratamentos e torná-los mais eficazes, protegendo, no maior grau possível, a dignidade humana e a liberdade religiosa dos pacientes.

Palavras-chave: testemunhas de Jeová, transfusão de sangue, direitos fundamentais, boas práticas

Abstract

Members of the Jehovah's Witnesses denomination may have their religious convictions confronted in the context of the doctor-patient relationship. This occurs when they are administered, against their will, blood transfusion, a procedure prohibited by their belief. In this context, the aim of this study was to propose good practices that systematically and dialogically encompass medical and ethical-legal knowledge to prevent or resolve conflicts in this field. Therefore, the study used a qualitative methodology, of a descriptive and exploratory essence. As a result, four clinical measures and four ethical-legal measures were presented, capable of providing the people involved (patients and their families, health professionals, and hospital establishments) with concrete conditions for a progressively more adequate management of conflicting situations. The adoption of such measures has the potential to reduce oppositions, accelerate treatments and make them more effective, protecting, to the greatest extent possible, the human dignity and religious freedom of patients.

Key-words: Jehovah's witnesses, blood transfusion, fundamental rights, good practices

DOI: 10.7764/RLDR.12.142

1. INTRODUÇÃO

O grupo formado pelas Testemunhas de Jeová (TJs) afirma possuir mais de 8,6 milhões de aderentes em todo o mundo⁵. No Brasil, de acordo com dados censitários de 2010, a comunidade congrega 1.393.208 membros (BRASIL, 2010). A Constituição Federal de 1988 tutela a liberdade de crença e consciência no inciso VI de seu art. 5º.

Ocorre que esse cenário de aparente harmonia entre liberdade religiosa por parte dos titulares desse direito fundamental e o correspondente respeito por parte do Estado ou particulares apresenta algumas limitações, notadamente no âmbito da prática clínica, em que o direito à vida e à integridade física e o dever do médico são valores igualmente importantes.

⁵ Disponível em: <https://www.jw.org/pt/testemunhas-de-jeova/perguntas-frequentes/numero-tj/>.

O ponto central do conflito se refere à possibilidade de que Testemunhas de Jeová, diante de suas convicções religiosas⁶, não se submetam, à revelia de indicação médica, à hemotransfusão. Se, num primeiro momento, a situação aparenta encontrar uma solução imediata na legislação sanitária – sobretudo pela Lei nº 8.080/90, que estipula, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade e a igualdade de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie⁷, uma consideração seguinte mais cautelosa é capaz de antever os embates que emergem, por exemplo, quando a hemotransfusão é tida como terapêutica de eleição para salvar a vida de pacientes em risco iminente de morte ou quando os estabelecimentos e profissionais de saúde não estão preparados o suficiente para enfrentar hipótese de recusa do paciente à terapia proposta.

A temática não é novidade nos debates doutrinários e jurisprudenciais. Todavia, em que pese ao quanto já desenvolvido pela literatura especializada, percebe-se ainda certa carência de discussões relativas às providências a serem (ou não) adotadas por instituições e profissionais de saúde que se veem diante desse problema. As dúvidas sobre quais propostas terapêuticas alternativas são disponíveis e viáveis, e, sobretudo, quais os efeitos, éticos e jurídicos, que determinada conduta poderá acarretar caso haja eventual transgressão à autonomia e à crença desses pacientes, seguem a afligir os profissionais envolvidos nessas decisões.

⁶ O qual, se desrespeitado pelo integrante religioso ou por terceiros, pode levar a sentimentos de culpa e depressão (WOOLEY; SMITH, 2007), situação que não pode ser ignorada por ninguém que tenha que tomar uma decisão em relação a esse problema.

⁷ Prevê o art. 7º da Lei 8.080/90, incisos I a IV: “As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; [...]” (BRASIL, 1990).

Quanto ao arcabouço ético-jurídico incidente no debate, importa mencionar: a) art. XVIII da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que confere direito à liberdade de pensamento, consciência e religião⁸ e art. 12 da Convenção Americana de Direitos Humanos, que faculta direito à liberdade de consciência e de religião⁹; b) art. 5º, inciso VI, da Constituição Federal (BRASIL, 1988), que garante a inviolabilidade a liberdade de consciência e de crença; c) art. 1º, inciso III da CF, que estabelece como fundamento a dignidade humana (BRASIL, 1988); d) art. 15¹⁰ do Código Civil (BRASIL, 2002), que prevê que ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica; e) artigos 135 e 146 do Código Penal (BRASIL, 1940), que tipificam, respectivamente, os crimes de omissão de socorro e de constrangimento ilegal¹¹; e f) arts. 22 e 31 do Código de

Ética Médica¹², que estabelecem que em casos de iminente risco de morte o médico possui obrigação de salvar a vida do paciente, mesmo que seja necessário deixar de obter seu consentimento para práticas diagnósticas e terapêuticas (CFM, 2018).

⁸ Declaração Universal dos Direitos Humanos. “Artigo XVIII. Todo ser humano tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; este direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, em público ou em particular” (ONU, 1948).

⁹ Convenção Americana de Direitos Humanos. “Artigo 12 - Liberdade de consciência e de religião. Toda pessoa tem direito à liberdade de consciência e de religião. Esse direito implica a liberdade de conservar sua religião ou suas crenças, ou de mudar de religião ou de crenças, bem como a liberdade de professar e divulgar sua religião ou suas crenças, individual ou coletivamente, tanto em público como em privado.

⁶ Ninguém pode ser submetido a medidas restritivas que possam limitar sua liberdade de conservar sua religião ou suas crenças, ou de mudar de religião ou de crenças.

⁷ A liberdade de manifestar a própria religião e as próprias crenças está sujeita apenas às limitações previstas em lei e que se façam necessárias para proteger a segurança, a ordem, a saúde ou a moral públicas ou os direitos e as liberdades das demais pessoas” (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1969).

⁶ Código Civil. “Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.” (BRASIL, 2002).

⁷ O Código Penal (BRASIL, 1940) define a conduta de omissão de socorro como “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”, enquanto o art. 146 assim prevê, em relação ao constrangimento ilegal: “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”.

⁸ Código de Ética Médica. “Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. [...] Art. 31.

Seja em razão de não se tratar do foco central do nosso trabalho, seja porque esse recorte está amplamente difundido do ponto de vista científico, não entraremos no debate acerca dos fundamentos e argumentos utilizados em cada um dos dispositivos ora citados. Limitamo-nos a apontar que a posição doutrinária majoritária vai na direção de que é direito do paciente, TJ ou não, se recusar a submeter-se a procedimento de transfusão sanguínea (KAUFMANN, 2007; FREITAS; GUIMARÃES, 2016; SILVA; GUIMARÃES, 2019; FIGUEIREDO; KHAMIS, 2018), não havendo consensos estabelecidos, todavia, nos casos com risco iminente de morte, caracterizado por condição de emergência médica¹³.

Em âmbito jurisprudencial, nota-se que a questão também não está pacificada por completo. Registre-se que, em 2017 e em 2019, o Supremo Tribunal Federal (STF) reconheceu repercussão geral na matéria no âmbito do Recurso Extraordinário 979.742/AM¹⁴ e do Recurso Extraordinário 1.212.272/AL¹⁵, respectivamente. Além disso, em 2019, o Ministério Público Federal, por meio da Procuradoria-Geral da República, ajuizou a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 618/DF, requerendo, em síntese, que o Supremo Tribunal Federal reconheça, em favor de pacientes TJs adultos e capazes, o direito de recusa à transfusão de

sangue por motivo de convicção pessoal – de modo a sanar as inseguranças jurídicas ainda presentes na matéria. Quanto a pacientes TJs crianças e adolescentes, há precedente do Superior Tribunal de Justiça – *Habeas Corpus* nº 268.459/SP (BRASIL, 2014) – no sentido de

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” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

¹³ De acordo com a Resolução CFM nº. 1.451/1995, art. 1º, § 2º, define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

¹⁴ Discute se o exercício de liberdade religiosa justifica o custeio de tratamento alternativo de saúde pelo Estado, caso o paciente se recuse a passar por hemotransfusão.

¹⁵ Discute se, em razão da sua consciência religiosa, as Testemunhas de Jeová possuem o direito de se submeterem a tratamento médico, inclusive cirurgias, sem transfusão de sangue.

ISSN 0719-7160

reconhecer o dever do médico de realizar a transfusão em situações em que a vida esteja em situação de grave risco.

Considerando esse cenário, os julgamentos dos processos tramitados no STF, quando concluídos, tendem a funcionar como definidor ainda mais categórico da Corte Superior, no sentido de gerar precedentes consolidados e aplicáveis de modo amplo e geral.

Fato é que, ainda que doutrina e jurisprudência tenham trabalhado a temática, restam dúvidas práticas que emergem nas rotinas dos serviços de saúde. Inconteste que persistem impasses na relação entre profissionais de saúde e de pacientes TJs no curso de tratamentos em que haja indicação técnica para a transfusão de sangue¹⁶. A partir desse pressuposto, o objetivo do presente estudo é a proposição sistematizada de boas práticas, com o intento de encorajar e difundir mecanismos e estratégias eficazes e resolutivos com finalidade de antecipar e minorar conflitos, uniformizar condutas e apaziguar disputas. A busca é pelo equilíbrio possível, nas circunscções da lógica do razoável, que incide sobre o conflito entre a autonomia do paciente Testemunha de Jeová, a prática médica e a estrutura organizativa dos sistemas de saúde.

Para tanto, o estudo utilizou-se de metodologia qualitativa, de natureza descritiva e exploratória. Foi realizada revisão bibliográfica de: **a)** artigos (LILACS, MEDLINE e Scielo); **b)** legislação e normativas (portal do governo federal¹⁷, portal do Conselho Federal de Medicina¹⁸) e **c)** jurisprudência¹⁹ (portal jurisprudência unificada do Conselho da Justiça

¹⁶ Processo 1000632-58.2019.8.26.0320 - Procedimento Comum Cível - Tratamento Médico-Hospitalar - Marcel Ricardo Padovani - Município de Limeira - - Santa Casa de Misericórdia. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/processos/215622517/processo-n-1000632-5820198260320-do-tj-sp>.

¹⁷ Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/>.

¹⁸ Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas.

¹⁹ A coleta de dados ocorreu no período compreendido entre março e abril de 2020, sem limitação temporal das decisões. Utilizou-se os descritores “testemunhas de jeová e transfusão”, “transfusão sanguínea e liberdade de crença” e “transfusão sanguínea e liberdade religiosa”. Foram identificados 18 processos judiciais. 2 são Recursos Extraordinários no STF. Um é ação de Habeas Corpus no STJ. Quanto aos 15 restantes, em 10 deles foram encontrados julgados de mérito com entendimentos semelhantes (reconhece-se o direito de o paciente

Federal²⁰, portal de jurisprudência dos Tribunais superiores e portais dos 26 Tribunais de Justiça dos Estados e do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios).

Com esse norte, o manuscrito percorre o seguinte caminho: apresenta, inicialmente, a forma como a hemoterapia tem sido encarada no cenário mundial e nacional quanto aos limites de suas indicações e contraindicações clínicas, panorama que guiará os contornos do trabalho. Na sequência, expõe o delineamento da proposta de boas práticas clínicas voltadas ao universo transfusional. Posteriormente, apresenta as proposições bioéticas e jurídicas com finalidade de fomentar modos objetivos e menos conflituosos de se conduzir os casos.

2. HEMOTERAPIA NO CENÁRIO MUNDIAL E NACIONAL

Como visto, o entendimento bioético e jurídico preponderante no Brasil na contemporaneidade tem se consolidado no sentido do respeito à autonomia, à vontade individual do paciente e à liberdade de crença quanto à recusa ao recebimento de sangue transfundido, exceto em condições de evidente e iminente risco de morte, como por exemplo no caso de trombocitopenia com sangramento ativo, sangramento associado à coagulação intravascular disseminada e perda sanguínea maciça²¹ (NEVES; DELGADO, 2010).

recusar a hemotransfusão por razões religiosas, desde que não se encontre em risco iminente de morte). Em 2 deles, com sentido contrário (direito do paciente em recusar a hemotransfusão não pode ser afastado, mesmo existindo risco iminente de morte). 3 foram descartados, por não julgarem o mérito.

²⁰ Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/jurisprudencia/unificada/>.

²¹ A perda sanguínea maciça é arbitrariamente definida como perda de volemia num período de 24 horas, sendo a volemia do adulto estimada em 7% do seu peso ideal. Outras definições consideram a perda de 50% da volemia em três horas ou taxa de perda de 150 ml/min (STAINSBY *et al.*, 2006).

ISSN 0719-7160

Cabe destacar que a transfusão sanguínea possui finalidade de restaurar ou manter a capacidade de transporte de oxigênio e a hemostasia dos pacientes. Apesar de todos os cuidados a transfusão ainda apresenta riscos (doenças infecciosas, imunossupressão, aloimunização), devendo ser realizada apenas quando há indicação precisa e ausência de opção terapêutica (ZAGO; FALCÃO, PASQUINI, 2005).

Alguns estudos demonstram que a morbimortalidade é significativamente maior entre pacientes não transfundidos (CARSON, 2002; VALLE, 2017; OLAUSSEN; BADE-BOON; FITZGERALD; MITRA, 2018). Entretanto, outras pesquisas indicam que a transfusão, na realidade, aumenta a mortalidade (PATTAKOS, 2012; SANTOS *et al.*, 2013; VILLANUEVA; 2013; WU *et al.*, 2018; TAGLIARI, 2019) e o tempo de permanência hospitalar (SARODE; REFAAI; MATEVOSVAN, 2010). Esse último entendimento tem sido dominante na literatura médica contemporânea.

Assim, a hemoterapia atual é alicerçada no uso racional e restritivo, no sentido de transfundir, minimamente, apenas o componente sanguíneo de que o paciente efetivamente necessita, baseado em avaliação clínica e laboratorial (SZCZEPIORKOWSKI; DUNBAR, 2013). Diante desse contexto, algumas estratégias e programas de acreditação e certificação de gerenciamento de sangue têm sido implementados em diferentes países, no âmbito público e privado,^{22,23,24,25} com vistas a assegurar a observância desse preceito.

²² Patient Blood Management. The Joint Commission. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/accreditation-and-certification/certification/certifications-by-setting/hospital-certifications/patient-blood-management-certification/>. Acesso em: 05 de março de 2020.

²³ Serviço Nacional de Saúde de Portugal. Norma n. 011/2018. Gestão do sangue do doente; Patient Blood Management (PBM) em cirurgia eletiva. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/06/11/gestao-do-sangue-do-doente-patient-blood-management-pbm-em-cirurgia-eletiva/>. Acesso em: 05 de março de 2020.

²⁴ National Blood Authority Australia. Disponível em: <https://www.blood.gov.au/>. Acesso em 05 de março de 2020.

²⁵ Building national programmes on Patient Blood Management (PBM) in the EU. Disponível em: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/5ec54745-1a8c-11e7-808e-01aa75ed71a1/language-en>. Acesso em: 05 de março de 2020.

Como principal exemplo, têm-se o programa internacional Patient Blood Management – PBM²⁶ (Gerenciamento de Sangue do Paciente), que consiste em uma abordagem multimodal que envolve uma série de condutas e técnicas médicas adotadas para limitar o uso e a necessidade de transfusão de sangue alogênico em todos os pacientes de risco a fim de melhorar seus resultados clínicos (FRANCHINI, 2019). A Organização Mundial da Saúde recomenda, desde 2010, a aplicação do PBM como estratégia para redução do número de transfusões em todo o mundo (OMS, 2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde ratificou o entendimento restritivo, com significado de transfusão mínima dentro do rigorosamente necessário, sobre os procedimentos transfusionais, por força dos artigos 6º²⁷, 7º²⁸, 220²⁹ e 221³⁰ do ANEXO IV da Portaria de Consolidação MS/GM n. 5, de 28 de setembro de 2017 (origem PRT MS/GM 158/2016). O Ceará foi o primeiro Estado brasileiro a formalizar o PBM (CEARÁ, 2017). Maranhão, Rio de Janeiro e Espírito Santo, por sua vez, estão em processo de análise e implementação.

²⁶ O PBM é uma estratégia multimodal, multidisciplinar, centrada no paciente, que visa minimizar o uso de produtos sanguíneos e melhorar os resultados clínicos. O PBM tem três objetivos principais: 1) melhorar a massa de células vermelhas, incluindo tratamentos como agentes estimuladores da eritropoiese e suplementos de ferro e vitaminas; 2) minimizar a perda de sangue, por exemplo, otimizando técnicas cirúrgicas e anestésicas, tratamento com ácido tranexâmico (TXA) e recuperação autóloga de sangue; e 3) aproveitar e otimizar a tolerância à anemia, promovendo a função pulmonar e cardíaca máxima e o uso de limiar transfusional restritivo (FRANCHINI *et al.*, 2019).

²⁷ Art. 6º: A transfusão de sangue e seus componentes deve ser utilizada criteriosamente na medicina, uma vez que toda transfusão traz em si um risco ao receptor, seja imediato ou tardio, devendo ser indicada de forma criteriosa. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 6º).

²⁸ Art. 7º: Nas cirurgias eletivas deverão ser consideradas ações que reduzam o consumo de componentes sanguíneos alogênicos, como métodos que diminuam o sangramento no intraoperatório ou a realização de transfusão autóloga. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 7º).

²⁹ Art. 220: O sangue autólogo, em situações excepcionais, poderá ser coletado do paciente imediatamente antes da cirurgia (hemodiluição normovolêmica) ou recuperado do campo cirúrgico ou de um circuito extracorpóreo (recuperação intraoperatória). (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 221).

³⁰ Art. 221: As unidades de sangue obtidas no pré-operatório imediato, por hemodiluição normovolêmica, permanecerão na sala de cirurgia em que o paciente está sendo operado durante todo o ato cirúrgico. (Origem: PRT MS/GM 158/2016, Art. 222).

ISSN 0719-7160

No presente artigo, os autores propõem a implementação de boas práticas clínicas, bioéticas e jurídicas em instituições de saúde a fim de orientar a atuação de profissionais que decidem sobre as terapias transfusionais. A baliza do cenário transfusional nacional e internacional, fundamentada no atual estágio do conhecimento, serviu como guia para a elaboração das propostas.

Boas práticas clínicas, em analogia ao estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (2002) para as práticas em pesquisa em seres humanos, constituem-se em um processo

que estabelece e incorpora padrões de qualidade ética e científica na atuação médica. A conformidade com as boas práticas fornece garantias de que os direitos, a segurança e o bem-estar dos pacientes sejam protegidos e respeitados, de acordo com os princípios enunciados na Declaração de Helsinque e em outras diretrizes éticas reconhecidas mundialmente.

As diretrizes ou códigos de conduta aqui sugeridos são voltados às instituições nosocomiais e aos trabalhadores de saúde. O escopo da proposta é o de fomentar não apenas a implementação do PBM nos hospitais, mas de ampliar suas fronteiras e pilares para além das questões técnicas, englobando aspectos bioéticos e jurídicos.

Nessa perspectiva, nos próximos tópicos, desenvolveremos a seguinte estrutura. No que diz respeito às boas práticas clínicas, trataremos (i) da adoção de parâmetros objetivos para fundamentação da caracterização de estado de “risco iminente de morte”; (ii) da formalização do rol dos hemocomponentes e hemoderivados disponíveis; (iii) da formalização do rol das medidas terapêuticas alternativas à hemotransfusão disponíveis e (iv) do registro em prontuário. Com relação às boas práticas bioéticas e jurídicas, discutiremos a (i) disponibilização de suporte jurídico institucional aos profissionais de saúde;

ISSN 0719-7160

(ii) o preenchimento do termo de recusa/aceite de transfusão; (iii) a verificação quanto à existência de diretivas antecipadas de vontade e (iv) a aproximação institucional com a Comissão de Ligações com Hospitais – COLIH.

3. BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS NO CENÁRIO DA HEMOTERAPIA

Conforme mencionado, boas práticas clínicas referem-se a processos que estabelecem e incorporam padrões de qualidade ética e científica na atuação médica. São fundamentais pois fornecem garantias de que os direitos, a segurança e o bem-estar dos pacientes sejam protegidos. Elas vêm sendo utilizadas em diversas áreas da saúde. Aqui nos interessa o recorte específico da hematologia, a qual incorpora as boas práticas sobretudo no

contexto do PBM, o programa de gerenciamento de sangue que busca limitar o uso e a necessidade de transfusões.

Os benefícios potenciais da adoção de tais medidas seriam a uniformização de condutas, a minoração de conflitos entre a equipe terapêutica e pacientes/familiares, a eficaz resolução de demandas e o apaziguamento de disputas. A sugestão é a de que tais preceitos complementem ou integrem os protocolos clínicos de transfusão já desenvolvidos pelos comitês transfusionais intra-hospitalares.

3.1. Adoção de parâmetros clínicos objetivos, fundados em medicina baseada em evidência, a fim de subsidiar a caracterização do “risco iminente de morte”

Na prática, alguns dos principais conflitos em terapia transfusional referem-se aos casos de “risco iminente de morte”. A multiplicidade de entidades nosológicas³¹ e condições que podem vir a cursar com necessidade de transfusão de sangue, hemocomponentes ou hemoderivados é imensa³². Diante da diversidade de quadros e de especialidades médicas envolvidas em tais decisões, fundamental a parametrização de condutas transfusionais.

A medicina baseada em evidências (ATALLAH, 2018) possui papel preponderante nesse contexto. A justificativa de “risco iminente de morte” deve ser corroborada, tanto quanto possível, com indicação clara e formal em prontuário acerca dos indicativos clínicos, laboratoriais e/ou de imagem que levaram a tal conclusão. Tais dados devem ser lastreados em indicativos objetivos referendados em literatura médica, não perdendo de vista a realidade epidemiológica e social brasileira. Jay Menitove (1997) cita um exemplo de parâmetro potencialmente utilizável. Como no caso em que há risco de choque hipovolêmico, condição instalada *quando a perda de sangue do paciente atinge aproximadamente 25 a 30% do volume*

sanguíneo. Senay, Toraman, Karabulut e Alhan (2009) mencionam outro exemplo quantificável: em um estudo, verificaram que um hematócrito de até 17% seria bem tolerado para fins de realização de cirurgia de revascularização miocárdica. Extrapolando-se o conceito, haveria risco de morte caso o hematócrito fosse inferior a esse índice e, a despeito da implementação de medida transfusional ou alternativa, o paciente fosse operado.

Outra forma de legitimar a convicção técnica e o juízo crítico de definição de risco iminente de morte para fins de transfusão, é a composição de junta médica, com a participação da direção clínica, do responsável pela hemoterapia, de representante do comitê transfusional intra-hospitalar e da comissão de ética médica da instituição.

³¹ A nosologia se refere à classificação científica das doenças (BREWSTER, 1832)

³² Talassemias, doença falciforme, anemias, neutropenias, trombocitopenias, doenças da gestação, doenças gastrointestinais, hemorragias e procedimentos cirúrgicos são alguns exemplos (OMS, 2003).

ISSN 0719-7160

Recomendável que as justificativas que aqui se está a tratar sejam respaldadas por fontes bibliográficas referendadas em literatura e pela melhor evidência científica de que se tenha conhecimento. Essas etapas possuem o condão de validar as decisões adotadas e minorar casos de deliberações arbitrárias ou motivadas por opiniões, interesses ou perspectivas impróprios.

3.2. Formalização, em documento institucional, do rol dos hemocomponentes e hemoderivados disponíveis

Quando se discutem tratamentos que envolvem o sangue como substrato, há que se diferenciar: (i) tratamentos com sangue total; (ii) tratamentos com hemocomponentes (plasma, plaquetas, plasma rico em plaquetas, gel de plaquetas, hemácias) (iii) tratamentos com hemoderivados (cola de fibrina, soros e vacinas, expansores de volume, fator de coagulação VII) e (iv) outros tratamentos: recuperação intraoperatória de células (*cell-savers*), hemodiálise, circulação extracorpórea, carreadores de oxigênio livre de células, hemodiluição isonormovolêmica aguda, entre outros (SOUZA; MOITINHO, 2008). Cada um deles possui uma significação e uma interpretação ética para pacientes Testemunhas de Jeová.

Nesse universo, há que se considerar que existe certa variedade de disponibilidade de hemocomponentes e hemoderivados entre os estabelecimentos de saúde. As redes de atenção em hematologia e hemoterapia do sistema público de saúde, por exemplo, estão organizadas de forma regionalizada e são compostas por unidades de diferentes níveis de complexidade: hemocentros, hemonúcleos e unidades de coleta e transfusão. A depender da localidade, da logística de gerenciamento, da forma de gestão do município e da habilitação junto ao Ministério, pode haver variação no rol de hemocomponentes e

ISSN 0719-7160

hemoderivados disponíveis às transfusões entre uns e outros serviços. Assim, fundamental a definição de listagem formal e oficial acerca dos insumos relativos ao sangue humano de que o estabelecimento tem a sua disposição. Idealmente, devem ser indicados quais estão disponíveis no âmbito do SUS, dos principais convênios de saúde e do sistema privado. O conhecimento, por parte de profissionais e pacientes, acerca da cesta de serviços efetivamente disponível, confere publicidade, transparência e segurança ao processo, fatores determinantes na relação médico-paciente.

3.3. Formalização, em documento institucional, das medidas alternativas à hemotransfusão disponíveis

Como visto na etapa preambular, atualmente, as transfusões de sangue são consideradas potencialmente evitáveis em muitos casos a partir da adoção de estratégias otimizadas para controlar a perda de sangue, gerenciar o sangue autólogo, aumentar a hematopoese e maximizar a tolerância à anemia. Esse ideário pode ser alcançado, ainda que não em todos os casos, por meio de equipes multidisciplinares e de uma combinação apropriada de técnicas clínicas e cirúrgicas para a conservação de sangue, utilização de aparelhos e fármacos (COLIH, 2012a).

Diversos autores enfatizam a existência de métodos alternativos e técnicas de gerenciamento que minimizam a necessidade da transfusão sanguínea. Eles podem ser empregados no pré, trans e pós-operatório. Esses métodos de tecnologia moderna devem ser encorajados não apenas em pacientes Testemunhas de Jeová, haja vista que a transfusão sanguínea ainda hoje apresenta vários riscos, tais como a infecção por partículas virais e as reações de incompatibilidade (LEITE SEGUNDO, 2007; PEREIRA; RIBEIRO, 2014). Atualmente, tem prevalecido no espaço acadêmico-científico o entendimento de que há resultados

ISSN 0719-7160

promissores quanto a essas estratégias alternativas: menor ocorrência de eventos adversos, menores índices de infecção, menor permanência hospitalar, redução da mortalidade e menores custos (FREEDMAN, 2005; ADAMSON, 2008; THOMSON *et al.*, 2009; LEAHY *et al.*, 2017).

Segundo artigo publicado pelo Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery, para além dos riscos inerentes aos processos transfusionais, “o sangue alogênico é um recurso terapêutico esgotável” (SANTOS *et al.*, 2014). Frente a essa constatação, o autor menciona alguns métodos alternativos: hemodiluição normovolêmica aguda³³ e recuperação sanguínea intraoperatória/auto-transfusão³⁴. Outras possibilidades aduzidas pela literatura dizem respeito aos carreadores de oxigênio livre de células³⁵ e aos expansores de plasma³⁶. A vantagem dessa última seria o custo acessível e o menor risco de eventos adversos, benefício apontado por Braskar (2010). Negri (2011), ao seu turno, menciona uma das alternativas mais conhecidas: administração de eritropoietina (EPO)³⁷, utilizada nos tratamentos de anemia, por exemplo (SANTOS *et al.*, 2019).

Além desses exemplos, existem diversas outras medidas alternativas tecnicamente viáveis³⁸. Nesse universo alternativo, conforme TIMI (2002), muitas terapêuticas são aceitas

³³ Segundo Araújo e Garcia (2013), a hemodiluição normovolêmica aguda é utilizada desde a década de 60. A técnica consiste em retirar certa porcentagem de sangue do paciente e simultaneamente infundir soluções cristaloides e/ou coloides a fim de manter o volume intravascular. Embora o paciente torne-se anêmico, ele permanecerá normovolêmico e hemodinamicamente estável.

³⁴ Já a técnica da recuperação intraoperatória de células consiste em recuperar, lavar e reinfundir o sangue perdido pelo paciente no ato cirúrgico. Para tal procedimento utiliza-se um equipamento recuperador de células que aspira o sangue perdido por meio de dutos contendo anticoagulante, retira os produtos potencialmente perigosos e devolve o sangue fresco (AZAMBUJA; GARRAFA, 2010).

³⁵ Fluidos que, quando injetados na circulação sanguínea, contribuem significativamente para o transporte e liberação de oxigênio aos tecidos (NOVARETTI, 2007).

³⁶ Dextrana, haemacel, solução de lactato de Ringer, hidroxietila de amido (PRATAS, 2016)

³⁷ Substância que estimula a produção de hemácias e, por consequência, aumenta os valores de hemoglobina no sangue. Hidróxido de ferro, vitamina B12 e ácido fólico também consistem em escolhas viáveis (POSLUSZNY; NAPOLITANO, 2014; RESAR; FRANK, 2014).

³⁸ Prática restrita da flebotomia (quantidade e frequência); uso de ácido tranexâmico; controle rigoroso do cálcio; redução do consumo de oxigênio (tratamento da febre, taquicardia); oferecimento de oxigênio suplementar se sO₂<95% (RESAR; FRANK, 2014); dispositivos cirúrgicos para minimizar a perda sanguínea

por Testemunhas de Jeová, tais como a autotransfusão intraoperatória preparada em circuito fechado, a circulação extracorpórea e a hemodiluição, desde que não haja armazenamento de sangue. Quanto aos estados operatórios propriamente ditos, a COLIH, rede de suporte às testemunhas de Jeová e às relações entre estas e os profissionais de saúde, defende algumas ações específicas³⁹.

Enfim, importa dizer que há, hipoteticamente, um número consideravelmente alto de alternativas técnicas à transfusão sanguínea. A organização e a compilação, em instrumento formalizado, das medidas de que dispõe o estabelecimento de saúde (via SUS, convênios e COLIH) são importantes pois indicam, de maneira objetiva e transparente, quais são as possibilidades terapêuticas factíveis. Tais informações devem ser acessíveis a trabalhadores da saúde e pacientes como forma de publicizar o processo, ainda que a indicação e/ou contra-indicação estejam a cargo dos profissionais. Esse arranjo gera segurança na tomada de decisão profissional e confiança no paciente, que passa a conhecer exatamente qual carteira de serviços está ao dispor das indicações médicas, evitando pressões e confrontos infrutuosos com as equipes técnicas.

Vale registrar que, nos casos em que esse levantamento resulte em um rol limitado de recursos, a possibilidade de transferência do paciente Testemunha de Jeová para

(eletrocautério/eletrocirurgia, laser, coagulador com raio de argônio); técnicas e dispositivos para controlar hemorragias (pressão direta, agentes hemostáticos, hipotensão controlada); técnicas cirúrgicas e anestésicas para limitar a perda sanguínea (hipotermia induzida, hemodiluição hipervolêmica, redução de fluxo sanguíneo para a pele) e dispositivos e técnicas que limitam a perda sanguínea iatrogênica (oxímetro transcutâneo, uso de equipamento de microcoletagem) (LEIRIA apud ANDRADE, 2015).

³⁹ a) gerenciamento de sangue pré-operatório (detecção precoce ou profilaxia da anemia, otimização do status da coagulação, uso criterioso de anticoagulantes e antiplaquetários, programação de procedimentos complexos em etapas, equipe cirúrgica ampliada/período mínimo de tempo cirúrgico e embolização angiográfica profilática; b) gerenciamento de sangue intraoperatório: (hemostasia meticulosa, instrumentos cirúrgicos hemostáticos térmicos, agentes hemostáticos tópicos, embolização angiográfica e agentes hemostáticos farmacológicos – ácido tranexâmico, ácido aminocaproico, rFVIIa; c) gerenciamento de sangue pós-operatório: (maximização da tolerância à anemia, monitoração do status da coagulação, recuperação pós-operatória de sangue, uso criterioso de expansores sintéticos do volume do plasma, prevenção da hipertensão e da hipotermia). (COLIH, 2012a).

ISSN 0719-7160

estabelecimento que possua opções à transfusão deve ser fortemente considerada (art. 3º, § 5º da Portaria de Consolidação MS/GM 1, de 28 de setembro de 2017, origem: PRT MS/GM 1820/2009).⁴⁰ Nesses casos, a constatação da “ausência de opções alternativas” pode alertar para eventuais “vazios de cobertura” dos sistemas de saúde. Esse dado pode ser útil, inclusive, para fins de pleiteamento de incorporações ante a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Sistema Único de Saúde (CONITEC) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Para se ter ideia da importância e do impacto das medidas alternativas, a COLIH Curitiba relata que, entre 1991 e 2020 (até 14/04/2020), a instituição acompanhou 8.420 procedimentos médicos em que a questão transfusão sanguínea esteve diretamente relacionada. Deste total, após o fomento de iniciativas alternativas não transfusionais, em apenas 49 casos houve a real necessidade de transfusão, sendo 30 ocorrências relativas a pacientes menores e 08 relacionados a enfermos idosos.

3.4. Registro em prontuário acerca da religião do paciente e dos procedimentos alternativos à hemotransfusão tentados ou não recomendados com a correspondente justificativa técnica

Conforme a Resolução nº 1.638/2002⁴¹ do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2002), a responsabilidade pelo preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários médicos

⁴⁰ Art. 3, §5: Quando houver alguma dificuldade temporária para atender as pessoas é da responsabilidade da direção e da equipe do serviço, acolher, dar informações claras e encaminhá-las sem discriminação e privilégios. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 2º, § 5º).

⁴¹ Resolução nº 1.638/2002, art 1º: O prontuário médico é o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

ISSN 0719-7160

cabe ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da clínica e à direção técnica do serviço de saúde. De acordo com o artigo 5º da aludida Resolução, deverá constar obrigatoriamente no prontuário a discriminação de todos os procedimentos aos quais o paciente foi submetido.

Para além desse preceito básico, a Medicina Defensiva (MINOSSI; SILVA, 2013) tem demonstrado que a anotação das justificativas técnicas que baseiam as condutas adotadas na prática médica tem sido cada vez mais exigida em verificações e auditorias de prontuários.

Nesse sentido, imprescindível que se registre de maneira clara, legível, pertinente e suficiente quais medidas alternativas às transfusões de sangue foram tentadas nos casos de pacientes que rejeitam a transfusão ou, de outro modo, porque tais possibilidades eram inviáveis ou não recomendadas para o caso específico. Outras questões, como motivações de eventuais transferências hospitalares nesses casos também devem ser devidamente apontadas.

Essa fundamentação, quando alicerçada em elementos técnicos legítimos, é essencial para esvair suspeições ou inseguranças de pacientes e familiares, conferir lisura ao processo, proteger profissionais de saúde de demandas éticas, cíveis e criminais e, sobretudo, assegurar as garantias de autonomia, liberdade e dignidade aos pacientes.

Sobre a relevância da inscrição em prontuário acerca da religião do paciente, Chehaibar (2010, p. 131) afirma que a simples identificação da crença no momento pré-internação não impede o surgimento de eventuais impasses, como ocorre, por exemplo, quando os dados relevantes (crença e vedação pessoal à transfusão) não são repassados apropriadamente às equipes de saúde ou quando há notável segmentação do atendimento (falhas na comunicação entre equipes do pré-internamento, atendimento cirúrgico e intensivo, por exemplo).

Chehaibar (2010) observa, ainda, que nem sempre o prontuário é canal suficiente de informação e de transmissão de dados importantes sobre o paciente, sobretudo quando, à medida que são inseridas novas prescrições e informações, a atenção ao registro anotado sobre a religião é esvaziada ou negligenciada. (CHEHAIBAR, 2010, p. 132).

Na sequência, cumprindo o objetivo proposto inicialmente, ampliamos o debate para além das boas práticas clínicas e apresentamos propostas no campo ético e jurídico as quais, igualmente, possuem aptidão para prevenir e minorar conflitos entre pacientes e equipes terapêuticas no contexto transfusional. No próximo tópico, discorreremos sobre quatro iniciativas nesse sentido.

4. BOAS PRÁTICAS BIOÉTICAS E JURÍDICAS

Passando, então, às propostas bioéticas e jurídicas, apresentamos, brevemente, quatro ações sugeridas para a dissolução e a antecipação de divergências entre pacientes com restrições religiosas à transfusão sanguínea e as equipes médicas:

4.1. Disponibilização, aos profissionais de saúde, de suporte jurídico permanente para apoio nas decisões relacionadas à transfusão de elementos do sangue em Testemunhas de Jeová

Os hospitais e demais serviços de saúde se consolidam, cada vez mais, em estruturas organizacionais corporativas. No passado, a cultura dos departamentos jurídicos nos ambientes nosocomiais estava mais atrelada à atuação em resolução de demandas específicas. Atualmente, há um movimento em direção à atuação jurídica na gestão em saúde, no sentido da prevenção e orientação (GORGA, 2017). Algumas iniciativas como

ISSN 0719-7160

grupos de estudos, palestras e acompanhamento das decisões dos Tribunais Superiores são alguns exemplos.

A problemática do não fornecimento de informação jurídica institucional aos profissionais de saúde pode ser ilustrada pelo trabalho de Chehaibar (2010). A autora desenvolveu uma pesquisa de campo com pacientes Testemunhas de Jeová e médicos de um hospital público de São Paulo que registrou diversas lacunas protocolares na assistência prestada aos pacientes dessa congregação religiosa. Cerca de 45% dos médicos declararam não possuir conhecimento dos aspectos jurídicos que tratam da autonomia do paciente (CHEHAIBAR, 2010, p. 88). De acordo com 62,5% dos médicos entrevistados não haveria uma conduta padrão no hospital sobre tratamento de pacientes TJs, sendo que 72% seriam a favor, justamente, de uma padronização (CHEHAIBAR, 2010, p. 89). Outrossim, destaca-se que naquele nosocômio, 79% dos pacientes foram identificados como Testemunhas de Jeová apenas no momento da internação (CHEHAIBAR, 2010, p. 86). Essa identificação foi registrada no prontuário médico em 87% dos casos e foi por intermédio desse documento que a maior

parcela dos profissionais (41,7%) soube que o paciente a ser assistido era TJ. Cerca de 25% dos médicos tomou ciência do fato pelo próprio paciente e 31,3% recebeu a informação por colegas (CHEHAIBAR, 2010, p. 87). Este último dado retrata, efetivamente, um cenário de frágil densidade comunicativa entre a condição religiosa do paciente (e os efeitos próprios que isso acarreta) e o respectivo conhecimento pelo profissional de saúde.

É importante citar que os pacientes Testemunhas de Jeová contam com o suporte das Comissão de Ligação com Hospitais (COLIH). Trata-se de uma rede internacional que disponibiliza apoio técnico gratuito às TJ em casos envolvendo recomendação médica de transfusão. Por vezes, o contato da COLIH ocorre diretamente com o médico responsável pelo cuidado (*visitas in loco*). A prática, gera, involuntariamente e em alguns casos,

ISSN 0719-7160

desconforto e insegurança na tomada de decisão de profissionais de saúde que se veem pressionados diante de um contexto que não estão habituados a enfrentar. Caso haja suporte jurídico institucional disponível a esses profissionais, a tendência é a de que ocorra minoração desses efeitos negativos. Enfim, a medida propiciaria um ambiente mais estável a se refletir na preservação da boa relação médico-paciente.

O fato de os nosocômios não enfrentarem esse debate, não oferecendo subsídio ou orientação jurídica formal e padronizado a essas decisões técnicas, não tem contribuído para desfechos harmoniosos. Pelo contrário, a ausência de critérios respaldados do ponto de vista bioético e jurídico torna mais violentos os conflitos.

4.2. Preenchimento do termo de recusa/aceite de transfusão, contendo a discriminação dos componentes que o paciente aceita e os que ele rejeita

Azambuja e Garrafa (2010) aduzem que, como regra, o uso de produtos sanguíneos xenogênicos não é aceito por Testemunhas de Jeová e o uso de alogênicos é admitido com ressalvas. Em relação ao sangue total e aos hemocomponentes (leucócitos, eritrócitos, plasma ou plaquetas) próprios e/ou heterólogos (de outro indivíduo), não há aceitação. Já em relação

aos hemoderivados (diminutas frações) não há, em tese, proibição, pois não são considerados sangue (alma) pela doutrina religiosa. Outras terapias com material autólogo e fresco (circulação extracorpórea, *cell saver*, hemodiálise e plasma rico em plaquetas) são geralmente aceitas.

Segundo a COLIH Brasil (COLIH, 2012b), as Testemunhas de Jeová rejeitam glóbulos vermelhos, glóbulos brancos, plaquetas e plasma (sangue alogênico), além de sangue

ISSN 0719-7160

autólogo caso haja coleta e armazenamento do material para posterior reinfusão. De outro modo, aduzem que, no que se refere às frações do sangue alogênico, hemodiluição normovolêmica aguda, hemodiálise, circulação extracorpórea e recuperação intraoperatória de sangue, a decisão quanto ao aceite é pessoal (quadro 1).

Quadro 1: Componentes do sangue e a posição do paciente testemunha de Jeová, segundo a COLIH, quanto ao aceite em caso de transfusão.

POSIÇÃO	SANGUE ALOGÊNICO				SANGUE AUTÓLOGO
Inaceitável	Sangue total				Doação e armazenamento pré-operatório de sangue autólogo para reinfusão posterior
	Glóbulos vermelhos	Glóbulos Brancos	Plaquetas	Plasma	-
Decisão pessoal	Frações de glóbulos vermelhos: <ul style="list-style-type: none">● Hemina● Hemoglobina	Frações de glóbulos brancos	Frações de plaquetas	Frações de plasma: <ul style="list-style-type: none">● Albumina● Fatores de coagulação● Fibrinogênio● Imunoglobinas	<ul style="list-style-type: none">● Hemodiluição normovolêmica aguda● Hemodiálise● Circulação extracorpórea (<i>bypass</i> cardiopulmonar)● Recuperação intraoperatória de sangue
	Cada Testemunha de Jeová, de acordo com sua consciência, toma sua decisão quanto ao que pode aceitar. É importante conversar com antecedência com cada paciente sobre que produtos ou procedimentos são aceitáveis para ele.				

Fonte: COLIH, 2012b.

Nesse contexto, como sustentáculo do princípio da autonomia do paciente, tem-se o consentimento informado⁴². Segundo CLOTET (1995), o consentimento informado é elemento característico do exercício da medicina, um direito moral dos pacientes que gera obrigações morais para os médicos. A expressão *informed consent* surgiu da decisão judicial do caso *Salgo v. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees*, em 1957. Ela vem sendo traduzida e utilizada de diferentes maneiras: “consentimento pós-informação”, “consentimento consciente”, “consentimento esclarecido”, “consentimento informado” e “consentimento livre e esclarecido”, esta última, a denominação adotada pelo Conselho Federal de Medicina. (CFM, 2016). Em estudo realizado em 2012, com objetivo de analisar a ocorrência desses descritores em seis Tribunais de Justiça estaduais, observou-se que a denominação mais utilizada era “consentimento informado”, presente em 50% dos casos, seguida da expressão “termo de consentimento”, utilizada em 39% dos acórdãos (PITHAN, 2012).

Seja qual for a denominação utilizada, é fundamental que o documento indique com precisão quais insumos e procedimentos/tratamentos o paciente aceita e quais ele rejeita, de modo a formalizar de maneira autêntica e fiel a comunicação entre médico e paciente. Além disso, devem constar os riscos da transfusão (com a probabilidade de ocorrência de cada efeito adverso), riscos da não transfusão e o rol de medidas alternativas já implementadas ou não recomendadas no caso específico. O consentimento informado deve ser datado e assinado pelo paciente ou por seu representante. Sobreleva notar, em especial em internações prolongadas, que a manifestação de vontade pode se alterar no curso dos acontecimentos, sendo recomendável, nesse caso, feitura de novo termo a fim de retificar o desejo anterior.

⁴² Instrumento de um processo de comunicação recíproca entre médico e paciente, contendo informações sobre riscos e benefícios que médicos devem prover aos pacientes, para que estes possam decidir autonomamente se querem ou não se submeter a determinado tratamento (GOLDIM, 2002).

Oportuno esclarecer que, ainda que o paciente porte ou apresente termo registrado em cartório de notas em que declare que não deseja receber transfusão mesmo em caso de risco iminente de morte, esse não é o entendimento doutrinário, bioético e jurisprudencial vigente no Brasil na atualidade, como visto anteriormente.

4.3. Verificação quanto à existência de diretivas antecipadas de vontade

As diretivas antecipadas de vontade se referem à junção em um mesmo documento do testamento vital e do mandato duradouro⁴³. Esses instrumentos passaram a ganhar maior visibilidade no Brasil a partir de 2012, com a edição da Resolução CFM n. 1.995/2012 (CFM, 2012), que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade.

É imprescindível que os profissionais médicos que se deparam com situações conflituosas em relação à transfusão sanguínea questionem pacientes e familiares sobre a existência de tais documentos. Caso existam, neles podem estar contidas informações sobre o desejo ou a recusa de transfusão. Nesse caso, a equipe de saúde deve tomar conhecimento de seu conteúdo, anexar cópia no prontuário médico e considerar o quanto manifestado para a tomada de decisão.

⁴³ O testamento vital é um documento no qual uma pessoa capaz indica seu desejo sobre quais terapêuticas quer ou não receber em fase terminal (DADALTO, 2013b), enquadrando-se no modelo denominado por Beuchamp e Childress de pura autonomia, vez que há expressa manifestação de vontade do paciente, feita enquanto capaz. Quanto aos impactos, produz efeitos *erga omnes*, vinculando médicos, familiares do paciente, e eventual procurador de saúde. O testamento vital, contudo, não é ilimitado, pois nele não é possível conter disposições contrárias ao ordenamento jurídico vigente. Ademais, é limitado pelo direito do médico à objeção de consciência, previsto no Código de Ética Médica (DADALTO, 2013a). Já o mandato duradouro constitui o documento pelo qual o paciente nomeia um ou mais procuradores que deverão ser consultados pelos médicos em caso de haver incapacidade, permanente ou temporária, do paciente. Nesse caso, os procuradores devem tomar a decisão sobre tratamento ou não tratamento (DADALTO, 2013a). O procurador de saúde decidirá tendo como base a vontade do paciente, enquadrando-se no modelo denominado por Beuchamp e Childress de julgamento substituto, aquele que requer que o procurador tente reproduzir a decisão de quem ele representa (BEUCHAMP, 2002).

De acordo com a COLIH (COLIH, 2012c), as Testemunhas de Jeová portam um documento denominado “Diretivas Antecipadas e Procuração para Tratamento de Saúde”, considerado como uma “carteira de identificação” pelos membros dessa comunidade. Nele estão contidas informações sobre o não aceite a transfusões envolvendo sangue total e as escolhas do fim da vida (prolongação/não prolongação em fase terminal), instruções sobre outros tratamentos médicos (medicamentos em uso, alergias, histórico mórbido pregresso) e nomeação de procurador e procurador alternativo. Em suma, é o formato que as Testemunhas de Jeová frequentemente utilizam para oficializar suas diretivas antecipadas

4.4. Aproximação institucional com a COLIH

Conforme mencionado, a COLIH é uma rede internacional que representa os interesses das Testemunhas de Jeová. Dispõe de mais de 1.700 unidades e atua em mais de 110 países. No Brasil, são 129 unidades. Essas comissões são formadas por ministros da própria comunidade, capacitados para interagir com profissionais da saúde e com representantes de instâncias jurídicas (Ministério Público, Defensoria, Judiciário). A rede presta, gratuitamente, diversos serviços aos seus membros que recebem uma indicação/prescrição de transfusão sanguínea⁴⁴. No Brasil, a solicitação dos serviços da COLIH

⁴⁴ a) fornecimento de artigos e outros materiais científicos sobre estratégias clínicas para tratar pacientes sem transfundir sangue alogênico; b) facilitação da comunicação entre médicos das diferentes especialidades, entre os diferentes serviços; c) colaboração para transferências inter-hospitalares, quando indicadas; d) apresentação técnica para trabalhadores da saúde, especialistas em ética, profissionais jurídicos; e) esclarecimento a pacientes e médicos quanto às questões éticas e jurídicas relacionadas aos tratamentos em saúde; f) providência de assistência pastoral a pacientes testemunhas de Jeová hospitalizados; g) oferta técnica de alternativas terapêuticas à transfusão não disponíveis no estabelecimento (SUS ou privado), via carta de consignação (eritropoetina humana recombinante, fatores de coagulação, eltrombopag, máquina de recuperação intraoperatória de sangue, eletrodos de coagulação, bisturi e pinças eletrocautérios, máquina de circulação extracorpórea, entre outros); h) orientação e referenciamento em saúde mental para pacientes que

ISSN 0719-7160

pode ser realizada via contato *on line*,⁴⁵ telefônico ou por aplicativo de mensagem⁴⁶ (COLIH, 2012b).

Idealmente, a COLIH não deve se constituir em um elemento surpresa, da qual o corpo clínico e terapêutico dos hospitais tome conhecimento apenas no momento da deflagração do conflito entre a indicação técnica de transfusão e a recusa do paciente Testemunha de Jeová. Pelo contrário, deve ser estimulada uma aproximação preventiva e antecipada entre os profissionais de saúde e a instituição de maneira a harmonizar a convivência em uma união de esforços comuns com o objetivo final de resguardar a autonomia dos pacientes e viabilizar, na medida do possível, alternativas técnicas concretas aos casos. Dessa maneira, as chances de solução justa e pacífica dos impasses torna-se substancialmente maior.

5. CONCLUSÕES

A partir das análises expostas e das propostas apresentadas em face das limitações e das perspectivas que o tema levanta nas diversas ordens do saber, o desenvolvimento do presente trabalho possibilita inferir as seguintes considerações.

Se no âmbito doutrinário há posicionamentos diversos acerca da possibilidade de transfusão contra a vontade do paciente em caso de iminente risco de morte – ainda que a necessidade de se respeitar a liberdade de crença em situações não extremas gere menos divergência –, os Tribunais brasileiros, a seu turno, consideram que a recusa de pacientes

são submetidos a transfusão sanguínea contra vontade; i) comunicação com assistentes sociais, profissionais da área jurídica e membros do poder judiciário, conforme necessidade.

⁴⁵ Sítio eletrônico da COLIH Brasil: <https://www.jw.org/pt/biblioteca-medica/contatos-comissao-ligacao-hospitais-colih/brazil/>.

⁴⁶ Contato telefônico da COLIH Brasil: +55 15-98139-9000.

ISSN 0719-7160

Testemunhas de Jeová em aceitar transfusões de sangue e hemoderivados se enquadra no direito de o doente decidir sobre os cuidados de saúde que deseja receber, desde que lhe seja reconhecida a capacidade para tal e existam condições para exercê-la, fazendo-o com a ressalva de que, em situações de extrema urgência, em que se caracterize risco iminente de morte, prevalece o dever do médico em realizar a hemotransfusão.

Nesse sentido, a postura (recusa) dos pacientes desse grupo religioso tem, de certo modo, incentivado o progresso científico de descoberta e aprimoramento de tratamentos e métodos alternativos à transfusão e fomentado o debate sobre seus usos (LEIRIA, 2009). A tônica atualmente dominante no espaço acadêmico-científico é a de que há resultados promissores na utilização dessas estratégias alternativas, como menor ocorrência de eventos adversos, menores índices de infecção, menor permanência hospitalar, redução da mortalidade e menores custos.

A relevância do tema – dada em razão do grande número de seguidores dessa religião e do valor, tão caro, que os direitos fundamentais incidentes alçaram em sociedade – ainda não se traduziu, em grande parte dos estabelecimentos de saúde brasileiros, na elaboração e implementação de práticas específicas e padronizadas para o manejo dos casos conflituosos.

A partir dessa consideração, o presente estudo realizou a apresentação de propostas sistematizadas de **boas práticas** a serem utilizadas no contexto transfusional, com o intuito central de minorar conflitos entre a equipe terapêutica e pacientes/familiares Testemunhas de Jeová, uniformizar condutas, antecipar a resolução de conflitos e, no maior grau possível, pacificar disputas.

Os autores organizaram as proposições em dois tópicos: boas práticas clínicas e boas práticas bioéticas e jurídicas. Em linhas gerais, as medidas sugeridas zelam pela padronização e formalização de condutas médicas, pela organização de rotinas hospitalares, pelo compromisso técnico com a medicina baseada em evidências e pela transparência na comunicação entre profissionais de saúde e pacientes. Do ponto de vista clínico, as principais medidas sugeridas referem-se à adoção de parâmetros técnicos objetivos e mensuráveis para a caracterização do chamado “risco iminente de morte” e ao registro em prontuário dos procedimentos alternativos à hemotransfusão tentados ou não recomendados para o caso. Tais providências tendem a legitimar as condutas adotadas e esvair eventuais suspeições quanto à adequação ou à legitimidade da condução técnica. Sob a ótica bioético-jurídica, as ações fundamentais suggestionadas são afetas à disponibilização de suporte jurídico institucional aos profissionais de saúde e à qualidade do conteúdo do termo de recusa/aceite de transfusão. Essas precauções qualificam a tomada de decisão técnica e formalizam a manifestação de vontade do paciente, contribuindo para a prevenção de conflitos.

Desse modo, a partir do estabelecimento de guias e diretrizes responsáveis e acessíveis, a condução clínica passa a pautar-se por elementos bioéticos reconhecidos e justificáveis. Essas providências possuem potencial para antecipar o esclarecimento de eventuais suspeições e dirimir ou minimizar disputas.

Por certo, há limitações fáticas inerentes às sugestões aqui elencadas. A resolução de conflitos relativos à possível dicotomia “indicação técnica de transfusão sanguínea vs. rejeição do procedimento por pacientes”, com efeito, envolve uma multiplicidade inesgotável de fatores técnicos, bioéticos e jurídicos. Nada obstante, sem uma compreensão humanística e jurídica elementar por parte de profissionais de saúde e sem uma compreensão técnica mínima por parte de pacientes e familiares, a prevenção ou a dissolução dos embates tende ao impossível.

REFERÊNCIAS

ADAMSON, John W: New blood, old blood, or no blood? *N Engl J Med*, 2008, p. 1295–1296 [consulta: 16/2/2020]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18354108>.

ANDRADE, Letícia Morais Maia. Transfusão de Sangue e Responsabilidade Penal do Médico. *Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Franca*, 2015, v. 10, n. 2, p. 257-296 [consulta: 8/5/2020]. Disponível em: <https://www.revista.direitofranca.br/index.php/refdf/article/view/292>.

ARAÚJO, Liana Maria Torres De; GARCIA, Luis Vicente. Acute Normovolemic Hemodilution: A Practical Approach. *Scientific Research Publishing*, 2013, v. 3, n. 1, p. 38-43. [consulta: 8/5/2020]. Disponível em: <https://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=27632>.

ATALLAH, Álvaro Nagib. Evidence-based medicine. *São Paulo Medical Journal*, 2018, v. 136, n. 2 [consulta: 5/3/2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802018000200099&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

AZAMBUJA, Letícia Erig Osório de; GARRAFA, Volnei. Testemunhas de Jeová ante o uso de hemocomponentes e hemoderivados. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, 2010, v. 56, n. 6, p. 705-709 [consulta: 16/2/2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000600022&lng=en&nrm=iso.

BEUCHAMP, Tom L; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Loyola, 2002.

BRASIL. Decreto Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 [consulta: 8/3/2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. [consulta: 8/3/2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990 [consulta: 8/3/2020]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

ISSN 0719-7160

BRASIL. *Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002*. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 8, p. 1-74, 11 jan. 2002 [consulta: 8/3/2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm.

BRASIL. IBGE. *Censo demográfico: população residente, por religião, 2010* [consulta: 8/3/2020]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/137#resultado>.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas-Corpus n.º 268.459 – SP (2013/0106116-5)*, da 6ª Turma Criminal do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Impetrante: Alberto Zacharias Toron e outros. Impetrado: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Pacientes: Hélio Vitória da Silva e Ildelir Bomfim de Souza. Relatora: Ministra Maria Thereza de Assis Moura. São Paulo, 02 de setembro de 2014 [consulta: 30/12/2021]. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/processo/pesquisa/>.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Recurso Extraordinário 979.742/AM*. Decisão pela existência de repercussão geral, Relator Ministro Roberto Barroso, Brasília, 30 de junho de 2017.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Recurso Extraordinário 1.212.272/AL*, Decisão pela existência de repercussão geral, Relator Ministro Gilmar Mendes, Brasília, 25 de outubro de 2019.

BRASKAR, Balu *et al.* Comparison of outcome in Jehovah's Witness patients in cardiac surgery: an Australian experience. *Heart Lung Cir.*, 2010, v. 19, p. 655-659 [consulta: 5/3/2020]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20813584>.

BREWSTER, David. *The Edinburgh encyclopædia*, 1832, v. 12, p. 780. [consulta: 12/5/2020] Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id= xcbAQAAMAAJ&pg=PA780&f=false#v=onepage&q&f=false>.

CARSON, Jeffrey L; NOVECK, Helaine; BERLIN, Jesse A; GOULD, Steven A. Mortality and morbidity in patients with very low postoperative Hb levels who decline blood transfusion. *The Journal of AABB Transfusion*, 2002, v. 42, p. 812-818 [consulta: 5/3/2020]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1537-2995.2002.00123.x>.

CEARÁ. *Portaria SESA-CE n. 2.017/2576*. Cria o programa de manuseio do sangue do paciente – pbm-ce e determina outras providências, 2017 [consulta: 5/3/2020]. Disponível em: <http://imagens.seplag.ce.gov.br/PDF/20171010/do20171010p02.pdf#page=83>.

ISSN 0719-7160

CHEHAIBAR, Graziela Zlotnik. *Bioética e crença religiosa: estudo da relação médico-paciente Testemunha de Jeová com potencial risco de transfusão de sangue*. Tese de doutorado. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010 [consulta: 8/5/2020]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5131/tde-27082010-142544/publico/GRAZIELAZLOTNIKCHEHAIBAR.pdf>.

CLOTET, Joaquim. O Consentimento Informado nos Comitês de Ética em Pesquisa e na Prática Médica: conceituação, origens e atualidade. *Revista Bioética*, 1995, v. 3, n. 1. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/430.

COLIH, *Comissões de Ligação com Hospitais*. Estratégias Clínicas para evitar transfusões de sangue, 2012a [consulta: 5/3/2020]. Disponível em: <https://www.jw.org/pt/biblioteca-medica/estrategias-downloads/estrategias-clinicas-para-evitar-transfusoes-sangue/>.

COLIH, *Comissões de Ligação com Hospitais*. Comissões de Ligação com Hospitais para as Testemunhas de Jeová, 2012b [consulta: 5/3/2020]. Disponível em: <https://www.jw.org/pt/biblioteca-medica/estrategias-downloads/comissoes-ligacao-hospitais-testemunhas-de-jeova/>.

COLIH, *Comissões de Ligação com Hospitais*. Posição religiosa e ética sobre tratamentos médicos e assuntos relacionados, 2012c [consulta: 5/3/2020]. Disponível em: <https://www.jw.org/pt/biblioteca-medica/estrategias-downloads/posicao-religiosa-e-etica-tratamentos-medicos-assuntos-relacionados/>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº 1.638/2002*. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde [consulta: 17/2/2020]. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº 1.995/2012*. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes [consulta: 30/11/2019]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Recomendação CFM nº 1/2016* [consulta: 12/5/2020]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 2.217/2018*. Código de ética médica [consulta: 8/5/2020]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>.

ISSN 0719-7160

DADALTO, Luciana. Aspectos registraes das diretivas antecipadas de vontade. *Revista Civilística*, 2013a, n. 4 [consulta: 17/2/2020]. Disponível em: <http://civilistica.com/aspectos-registraes-das-diretivas-antecipadas-de-vontade/>.

DADALTO, Luciana. Testamento *vital*. 2 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013b.

FIGUEIREDO, Kawany Viola da Silva; KHAMIS, Renato Braz Mehanna. Colisão de direitos fundamentais nos casos de transfusão de sangue por testemunhas de Jeová: direito à vida, liberdade religiosa e dignidade humana. *Unisantia Law and Social Science*, 2018, v. 7, n. 2, p. 333-356 [consulta: 8/5/2020]. Disponível em: <https://periodicos.unisantia.br/index.php/lss/article/view/1240>.

FRANCHINI, Massimo et al. Patient Blood Management: a revolutionary approach to transfusion medicine. *Blood transfusion*, 2019, vol. 17, n. 3, p. 191-195 [consulta: 5/3/2020]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6596379/>.

FREEDMAN, John. A provincial program of blood conservation: The Ontario Transfusion Coordinators (ONTraC). *Transfusion and Apheresis Science*, 2005, v. 33, n. 3, p. 343-349 [consulta: 3/3/2020]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16209933>.

FREITAS, Marcyo Keveny de LIMA; GUIMARÃES, Patrícia Borba Vilar. Direito à vida frente à liberdade de crença religiosa: uma análise jurídica da recusa à transfusão de sangue em testemunhas de Jeová. *Revista Fides*, 2016, v. 7, n. 1 [consulta: 3/4/2020]. Disponível em: <http://revistafides.ufrn.br/index.php/br/article/view/261>.

GOLDIM José Roberto. O consentimento informado numa perspectiva além da autonomia. *Revista AMRIGS*, Porto Alegre, 2002, v. 46, n. 3, p. 109- 116.

GORGA, Maria Luiza. *Direito médico preventivo: compliance penal na área da saúde*. Editora D'Plácido, Belo Horizonte-MG, 2017 [consulta: 14/5/2021]. Disponível em: https://cdnv2.moovin.com.br/livrariadplacido/imagens/files/manuais/302_direito-medico-preventivo-compliance-penal-na-area-de-saude.pdf.

KAUFMANN, Roberta Fragoso Menezes. Colisão de direitos fundamentais: o direito à vida em oposição à liberdade religiosa. O caso dos pacientes Testemunhas de Jeová internados em hospitais públicos. *Revista de Direito Público*, abr./jun. 2007, v. 4, n. 16, p. 13-21 [consulta: 8/5/2020]. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/1307/773>.

LEAHY *et al.*. Improved outcomes and reduced costs associated with a healthsystem-wide patient blood management program: a retrospective observational study in four major adult

ISSN 0719-7160

tertiary-care hospitals. *Transfusion*, 2017, v. 57, n. 6, p. 1347-1358 [consulta: 5/3/2020]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28150313>.

LEITE SEGUNDO, Airton Vieira; BARROS, Keylla Marinho Albuquerque; AXIOTES, Eudes Clístenes Guerra; ZIMMERMANN, Rogério Dubosselard. Aspectos éticos e legais na abordagem de pacientes Testemunhas de Jeová. *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, 2007, v. 16, n. 4-6, p. 257-265 [consulta: 15/2/2020]. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1052/1028>.

LEIRIA, Cláudio da Silva. Transfusões de sangue contra a vontade de paciente da religião Testemunhas de Jeová. Uma gravíssima violação de direitos humanos. *JUS*, 2009 [consulta: 18/4/2020]. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/12561/transfusoes-de-sangue-contra-a-vontade-de-paciente-da-religiao-testemunhas-de-jeova>.

MENITOVE, Jay. Transfusão Sanguínea. In: *Cecil*, Tratado de Medicina Interna, 20. edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1997, p. 988-989.

MINOSSI, José Guilherme; SILVA, Alcino Lazaro da. Medicina defensiva: uma prática necessária?. *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, 2013, v. 40, n. 6, p. 494-501, 2013 [consulta: 8/5/2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912013000600013&lng=en&nrm=iso.

NEGRI, André Del. Compreensão constitucional sobre o tratamento médico sem transfusão de sangue. *Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça*, 2011, v. 5, n. 15, p. 139-158 [consulta: 8/5/2020]. Disponível em: <http://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/378>.

NEVES, Mário Soares de Azevedo; DELGADO, Raquel Baumgratz. Suporte hemoterápico ao paciente em emergência médica. *Revista Médica de Minas Gerais*, 2010, v. 20, n. 4 [consulta: 12/5/2020]. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/338>.

NOVARETTI, Marcia Cristina Z. Importância dos carreadores de oxigênio livre de células. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.*, São José do Rio Preto, 2007, v. 29, n. 4, p. 394-405 [consulta: 20/2/2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842007000400014&lng=en&nrm=iso.

OLAUSSEN, Alexander; BADE-BOON, Jordan; FITZGERALD, Mark Christopher; MITRA, Biswadev. Management of injured patients who were Jehovah's Witnesses, where blood transfusion may not be an option: a retrospective review. *Vox Sang*, 2018, v. 113, n. 3, p. 283-289 [consulta: 15/2/2020]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29392737>.

ISSN 0719-7160

ONU. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, 1948 [consulta: 8/5/2020]. Disponível em <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. *Convenção Americana de Direitos Humanos* (“Pacto de San José de Costa Rica”), 1969 [consulta: 8/5/2020]. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Handbook for good clinical research practice (GCP): guidance for implementation*, 2002 [consulta: 8/5/2020]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43392>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *O uso clínico do sangue na Medicina, Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia, Cirurgia e Anestesia, Traumas e Queimaduras*. Genebra: OMS; 2003 [consulta: 28/2/2020]. Disponível em: https://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/en/Module_P.pdf?ua=1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Global Forum for Blood Safety: Patient Blood Management*; Dubai: 2011. [consulta: 5/3/2020]. Disponível em: https://www.who.int/bloodsafety/events/gfbs_01_pbm_concept_paper.pdf?ua=1.

PATTAKOS, Gregory *et al.*. Outcome of Patients Who Refuse Transfusion After Cardiac Surgery: a Natural Experiment With Severe Blood Conservation. *Arch Intern Med*, 2012, v. 172, n. 15, p. 1154–1160 [consulta: 8/5/2020]. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1211993>.

PEREIRA, Abraão Lucas; RIBEIRO, Maria Celina da Piedade. Terapias alternativas às transfusões de sangue. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 2014, v. 12, n. 2, p. 566-579 [consulta: 15/2/2020]. Disponível em: http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1597/pdf_236.

PITHAN, Lívia Haygert. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, 2012, v. 56, n. 1, p. 87-92 [consulta: 8/5/2020]. Disponível em: http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/13017/2/O_consentimento_informado_no_Poder_Judiciario_brasileiro.pdf.

POSLUSZNY, Joseph Junior; NAPOLITANO, Lena Marie. How do we treat life-threatening anemia in a Jehovah's Witness patient? *Transfusion*, 2014, v. 54, n. 12 [consulta: 8/5/2020]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25330835>.

PRATAS, Cláudia Alves. As testemunhas de Jeová e a discriminação no acesso a tratamentos isentos de sangue. *e-Pública*, Lisboa, nov. 2016, v. 3, n. 2, p. 160-193 [consulta: 18/2/2020].

ISSN 0719-7160

Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2183-184X2016000200008.

RESAR, Linda M; FRANK, Steven M. Bloodless medicine: what to do when you can't transfuse. *Hematol Am Soc Hematol Educ Program*, 2014, v. 1, p. 553–558 [consulta: 8/5/2020]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25696910>.

SANTOS, Antônio Alceu dos *et al.* Mortality risk is dose-dependent on the number of packed red blood cell transfused after coronary artery bypass graft. *Rev Bras Cir Cardiovasc*, 2013, v. 28, n. 4, p. 509-517, 2013 [consulta: 5/3/2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382013000400016&lng=en&nrm=iso.

SANTOS, Antônio Alceu dos *et al.* Opções terapêuticas para minimizar transfusões de sangue alogênico e seus efeitos adversos em cirurgia cardíaca: Revisão sistemática. *Rev Bras Cir Cardiovasc*, 2014, v. 29, n. 4, p. 606-621 [consulta: 18/2/2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382014000400020.

SANTOS, Antônio Alceu dos; CASTRO, Alana Jocelina Montenegro de; SORIANO, Selma. *Protocolo de tratamento de anemia e diretrizes para terapia com eritropoietina*, 2019 [consulta: 8/5/2020]. Disponível em: <http://bloodless.com.br/wp-content/uploads/2019/12/PROTOCOLO-TRATAMENTO-DE-ANEMIA-E-DIRETRIZES-PARA-TERAPIA-COM-ERITROPOETINA.pdf>.

SARODE R, REFAAI MA, MATEVOSVAN K, *et al.* Prospective monitoring of plasma and platelet transfusions in a large teaching hospital results in significant cost reduction. *Transfusion*, 2010, v. 50, p. 487-492 [consulta: 8/5/2020]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19804569>.

SENAY, Sahin; TORAMAN, Fevzi; KARABULUT, Hasan; ALHAN, Cem. Is it the patient or the physician who cannot tolerate anemia? A prospective analysis in 1854 non-transfused coronary artery surgery patients. *Perfusion*, 2009, v. 24, n. 6, p. 373-380 [consulta: 8/5/2020]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20093331>.

SILVA, Maria Elenie Alves da; GUIMARÃES, Luciana Aparecida. O confronto social e jurídico nos casos de transfusão de sangue em Testemunhas de Jeová. *Revista Ciências Jurídicas e Sociais-UNG-Ser*, 2019, v. 8, n. 1, p. 5-12 [consulta: 8/5/2020]. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/cienciasjuridicasocias/article/view/3772>.

SOUZA, Helmgton José Brito de; MOITINHO, Rilson Fraga. Estratégias para redução do uso de hemoderivados em cirurgia cardiovascular. *Rev Bras Cir Cardiovasc*, 2008, v. 23, n. 1, p. 53-59 [consulta: 16/2/2020]. Disponível em:

ISSN 0719-7160

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382008000100010&lng=en&nrm=iso .

STAINSBY D, *et al.* British Committee for Standards in Haematology. Guidelines on the management of massive blood loss. *Br J Haematol*, 2006, v. 135, n. 5, p. 634-641 [consulta: 8/5/2020]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17107347>.

SZCZEPIORKOWSKI, Zbigniew M.; DUNBAR, Nancy M. Transfusion Guidelines: when to transfuse. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*, 2013, p. 638-643 [consulta: 28/2/2020]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24319244>.

TAGLIARI, Ana Paula. Adverse Events and Risk Factors of Blood Transfusion in Cardiovascular Surgery: A Prospective Cohort Study. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 2019, v. 32, n. 6, p. 565-572 [consulta: 5/3/2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56472019000600565.

THOMSON, Amanda *et al.* Patient blood management: a new paradigm for transfusion medicine? *ISBT Science Series*, 2009, p. 423-435 [consulta: 8/5/2020]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1751-2824.2009.01251.x>.

TIMI, Jorge Rufino Ribas. Transfusão de sangue e Testemunhas de Jeová. In: URBAN, Cicra Andrade. *Bioética Clínica*. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

VALLE, Felipe Homem *et al.* Cirurgia cardíaca em pacientes-testemunha de Jeová: experiência de um hospital terciário brasileiro. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 2017, v. 32, n. 5, p. 372-377 [consulta: 8/5/2020]. Disponível em: http://www.arquivosonline.com.br/2016/10701/pdf/socergs_2016.pdf.

VILLANUEVA, C. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med*, 2013, v. 368, n. 1, p. 11-21. [consulta: 5/3/2020]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23281973>.

WOOLEY, S; SMITH, D. R. K. Ent surgery, blood and Jehovah's Witnesses. *The Journal of Laryngology & Otology*, 2007. v. 121, n. 5, p. 409-414 [consulta: 8/5/2020]. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-laryngology-and-otology/article/div-classtitleent-surgery-blood-and-jehovahandaposs-witnessesdiv/09CDEC37453B6A21522096FF5A57BB99>.

WU, Hsiang-Ling. The Impact of Blood Transfusion on Recurrence and Mortality Following Colorectal Cancer Resection: A Propensity Score Analysis of 4,030 Patients. *Scientific Reports*, 2018 [consulta: 5/3/2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-018-31662-5>.

ISSN 0719-7160

ZAGO, Marco Antonio; FALCÃO, Roberto Passeto; PASQUINI, Ricardo. Medicina Transfusional. In: ZAGO, Marco Antonio; COVAS, Tadeu Dimas. *Hematologia: fundamentos e prática*. São Paulo. Atheneu, 2005, p. 951-975.