



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**FACULDADE DE DIREITO**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO**

**VANIA SOARES DOS SANTOS**

**ANÁLISE BIOÉTICO-LEGAL DO CONHECIMENTO E DA CONDUTA DE**  
**MÉDICOS:**  
**hemotransfusão em pacientes Testemunhas de Jeová**

**UBERLÂNDIA**  
**2021**

VANIA SOARES DOS SANTOS

**ANÁLISE BIOÉTICO-LEGAL DO CONHECIMENTO E DA CONDUTA DE  
MÉDICOS:  
hemotransfusão em pacientes Testemunhas de Jeová**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Direito Professor Jacy de Assis da Universidade Federal de Uberlândia (FADIR/UFU) como requisito básico para a conclusão do Curso de Direito, sob a orientação do Prof. Dr. Rodrigo Vitorino de Souza Alves.

UBERLÂNDIA

2021

**VANIA SOARES DOS SANTOS**

**ANÁLISE BIOÉTICO-LEGAL DO CONHECIMENTO E DA CONDUTA DE  
MÉDICOS:  
hemotransfusão em pacientes Testemunhas de Jeová**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Faculdade de Direito Professor Jacy de Assis (FADIR) como requisito básico para a conclusão do Curso de Direito, sob a orientação do doutor Rodrigo Vitorino de Souza Alves.

Aprovada em: 11 de Junho de 2021.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Rodrigo Vitorino Souza Alves – Orientador  
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

---

Prof. Dr. Claudia Regina de Oliveira Magalhães da Silva Loureiro – Membro  
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

---

Prof. Dr. Alcino Eduardo Bonella – Membro  
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Jeová Deus, nosso doador da vida.

Dedico aos meus filhos pelo apoio incondicional e ao meu querido “filho”, Dr. Lineker Fernandes Dias, pelo apoio e ajuda prática e emocional.

A todos os professores e amigos que passaram por minha trajetória e acreditaram em meu potencial, quando eu mesma duvidei por tantas vezes e, por isso, fazem parte da minha história.

Aos meus entrevistados que se disponibilizaram a prestar depoimentos que serviram de referencial à pesquisa. A todos os profissionais do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP) da UFU, pela atenção em todas as vezes que os procurei.

Ao diretor do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU), por acreditar em minhas pesquisas.

Aos funcionários da TV Universitária da UFU, pelo destaque ao meu trabalho.

E, finalmente, a meu mestre, professor e orientador, por ter acreditado em mim e pelo tempo despendido em me orientar.

*“A função do médico é curar. Quando ele não pode curar, precisa aliviar. E quando não pode curar nem aliviar, precisa confortar. O médico precisa ser especialista em gente”.*

(ADIB JATENE, 1929-2014)

## RESUMO

O relacionamento entre médico e paciente sofreu modificações ao longo do tempo, e um dos fatores que propiciou tais mudanças foi o Julgamento de Nuremberg, no qual se ressaltavam a dignidade e a autonomia humana. Entretanto, há situações nas quais os médicos se veem diante de um dilema: realizar um procedimento que entendem como necessário e ignorar a recusa do paciente ou deixar de realizar o procedimento em respeito à decisão desse indivíduo. Tal decisão é informada a ele e tomada por um agente civilmente capaz, levando em conta o fator bioético legal. Sendo assim, o presente trabalho elenca o conhecimento e a habilidade dos médicos em fazer uso das alternativas de hemotransfusão, disponibilizadas devido aos avanços científicos. Em vista disso, o estudo objetivou analisar as normas pertinentes e identificar as razões que levam os médicos à tomada de decisão diante do dilema acima colocado, especificamente no tocante à Transfusão de Sangue (TS) total em pacientes Testemunhas de Jeová (TJ). Para tanto, foram empregados a pesquisa bibliográfica na literatura especializada e o estudo documental na legislação interna, na jurisprudência relevante e nos tratados internacionais, além de se recorrer ao instrumento da entrevista semiestruturada que foi aplicada aos médicos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU) e aos médicos cirurgiões que atendem na rede privada de saúde da cidade de Uberlândia, Minas Gerais.

**Palavras-chave:** Testemunhas de Jeová; Recusa à Transfusão de Sangue; Dilema Bioético; Autonomia; Direitos Humanos.

## ABSTRACT

The doctor-patient relationship has suffered great changes over time, one of the factors that led to such change was the Nuremberg Trials, in which human dignity and autonomy were greatly emphasized. However, there are situations in which doctors are faced with a dilemma: either to perform a procedure that they consider necessary and ignore the patient's refusal, or to stop performing the procedure in respect to the patient's decision, a decision taken in an informed manner and by a civilly capable agent, taking into account the legal bioethical factor. Listing the knowledge and ability of doctors to make use of alternatives to hemotransfusion, made available due to scientific advances. With this in mind, the study aims to analyze the relevant norms and identify the reasons that lead physicians to make decisions in the face of the dilemma posed above, specifically in relation to whole blood transfusions in Jehovah's Witnesses patients. For that, bibliographical research in specialized literature, documental research in internal legislation and relevant jurisprudence as well as International Treaties were used, and the semi-structured interview instrument was applied to the doctors of the Hospital de Clínicas of the Federal University of Uberlândia (HC/UFU) and to surgeons who work in the private healthcare system in the city of Uberlândia, Minas Gerais.

**Keywords:** Jehovah's Witness; Blood Transfusion refusal; Bioethical Dilemma; Autonomy; Human Rights.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Características dos entrevistados .....	28
<b>Tabela 2.</b> Conhecimento dos médicos entrevistados acerca da Bioética e das alternativas à hemotransfusão .....	29
<b>Tabela 3.</b> Conhecimento sobre as Testemunhas de Jeová (TJ), as alternativas à hemotransfusão e as dificuldades em utilizá-las .....	30

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
AC	Apelação Cível
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AI	Agravo de Instrumento
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CADH	Convenção Americana de Direitos Humanos
CCB	Código Civil Brasileiro
CEM	Código de Ética Médica
CFM	Conselho Federal de Medicina
COLIH	Comissão de Ligação com Hospitais
COVID-19	Novo Coronavírus
CPB	Código Penal Brasileiro
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
CRM/SE	Conselho Regional de Medicina do Sergipe
CS	<i>Cell Saver</i> (máquina de recuperação intraoperatória)
DAV	Diretiva Antecipada de Vontade
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
EC	Emenda Constitucional
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HC/UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida)
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i> (Sistema <i>On-line</i> de Busca e Análise de Literatura Médica)
MP	Ministério Público
PBM	<i>Patient Blood Management</i> (Gerenciamento de Sangue do Paciente)
RE	Recurso Extraordinário
RP	Reserva do Possível

SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i> (Biblioteca Eletrônica Científica <i>On-line</i> )
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJ	Testemunhas de Jeová
TJ-DF	Tribunal de Justiça do Distrito Federal
TJ-RS	Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul
TP	Teoria Princípalista
TRF-1	Tribunal Regional Federal da 1ª Região
TS	Transfusão de Sangue
TV	Testamento Vital

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>14</b>
2.1 Testemunhas de Jeová (TJ): origem da religião e suas crenças .....	14
2.2 Definições acerca da hemotransfusão e terapias alternativas associadas a esse procedimento.....	15
2.3 O surgimento da Bioética e suas diferentes correntes de pensamento .....	17
2.4 Responsabilidade da conduta profissional de médicos frente ao ordenamento jurídico nacional e internacional .....	19
2.5 Dispositivos legais para garantia do respeito à autonomia do paciente e custeio da sua assistência em saúde pelo Estado .....	21
2.6 A religião no Estado brasileiro e os dispositivos legais para garantir a autonomia do profissional de saúde e do paciente .....	23
2.7 Conflito entre normas e direitos humanos frente à religião .....	25
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>26</b>
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>28</b>
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>31</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>48</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>56</b>
Apêndice 1 – Modelo de Diretivas Antecipadas de Vontade.....	56
Apêndice 2 – Declaração de ciência da gestão acadêmica da UFU .....	58
Apêndice 3 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UFU .....	59
Apêndice 4 – Termo de compromisso junto à Plataforma Brasil .....	68
Apêndice 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	69
<b>ANEXOS</b> .....	<b>71</b>
Anexo 1 – Modelos de <i>Cell Saver</i> .....	71
Anexo 2 – Hemoglobinômetro digital.....	71
Anexo 3 – Cola de milfibrina.....	72
Anexo 4 – Noripurum injetável .....	72
Anexo 5 – Eritropoietina .....	73

## 1 INTRODUÇÃO

O médico é um profissional da saúde que, por meio do conhecimento científico, aplica diversos e detalhados tratamentos de saúde. Antes da Segunda Guerra Mundial, ele tinha autonomia para aplicar tais procedimentos segundo os próprios entendimentos, que resultaram, em determinados casos, nas maiores atrocidades da história que foram condenadas, por exemplo, no Julgamento de Nuremberg (NUNES, 2017).

Tal julgamento apontou as graves violações dos médicos no exercício da profissão, o que revela a necessidade de se modificar e regulamentar a atuação desses profissionais. Assim estava inaugurada a era do consentimento informado ou esclarecido, que evidencia o pilar da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) (BRASIL, 1988), composto pela dignidade humana.

Nessa perspectiva, não se trata a doença, mas sim o doente, de modo que a pessoa passa a ocupar posição central; logo, a autonomia do paciente em relação à escolha do tratamento a ser submetido é manifestada em diversas situações. O paternalismo médico cedeu lugar à anuência do paciente, cuja autonomia foi estabelecida como critério máximo de validade no Código da Bioética (BARROSO, 2010; NUNES, 2017).

Devido à autonomia do paciente na escolha do tratamento, houve a necessidade de os médicos ampliarem os conhecimentos sobre alternativas a diversos tratamentos. Para tanto, contam com os avanços da ciência e da tecnologia, a exemplo dos estudos que discutem o problema da hemotransfusão halogênica. Vale ressaltar que técnicas como o *Patient Blood Management* (Gerenciamento de Sangue do Paciente, PBM) ou novos equipamentos que auxiliam em grandes cirurgias de fato. Contudo, mesmo com o avanço das investigações científicas e o reconhecimento da autonomia do paciente, vários médicos preferem a opção tradicional, Transfusão de Sangue (TS). Ainda que, estudos indicam alternativas seguras e com resultados satisfatórios (MACHADO *et al.*, 2017).

Quando as Testemunhas de Jeová (TJ) escolhem não receber sangue halogênico, há um fator adicional: a liberdade de religião ou crença prevista no artigo 5º da CRFB (BRASIL, 1988) e nos tratados internacionais de direitos humanos, a exemplo do artigo 18 do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Então, há uma clara violação dos direitos inerentes à dignidade humana, previstos tanto na

legislação nacional quanto nos tratados internacionais, mas tal dignidade é uma prerrogativa inerente a cada pessoa (FRIAS; LOPES, 2015).

O grupo de TJ analisado nesta pesquisa é motivado à recusa em receber hemotransfusão por objeção de consciência. Assim, devido ao direito à autonomia para selecionar o tratamento adequado à consciência religiosa ou a outros fatores, tais pessoas têm sido o centro de enormes controvérsias ou até mesmo a matéria de entraves éticos, o que resulta em longas e dolorosas batalhas judiciais. O impasse entre a autonomia do paciente e a atuação médica se caracteriza pela dificuldade do profissional em conciliar o que as TJ aceitam como procedimentos alternativos aos tratamentos tradicionais (TAKASCHIMA *et al.*, 2016; LIMA, 2018).

Dessa forma, a presente pesquisa objetiva analisar as normas pertinentes e identificar as razões que levam os médicos à tomada de decisão diante dos dilemas bioéticos estabelecidos. Essa controvérsia contribui sobremaneira para a formulação de pareceres pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 618 (ADPF), sem mencionar a quantidade expressiva de reflexões pela doutrina e comunidade jurídica em geral. Diante disso, é imprescindível ouvir os médicos sobre os reais motivos que os impulsionam, os quais são decisivos nas tomadas de decisões frente ao dilema apresentado.

Notam-se, ainda, uma posição de vulnerabilidade do paciente e a prevalência da responsabilidade do médico em salvar a vida – nesse contexto, a decisão médica pode representar uma restrição à liberdade de consciência tanto dos pacientes quanto dos médicos. Almeja-se, pois, que a presente pesquisa favorece o estreitamento da relação entre médico e paciente, em que o primeiro tem a missão de cuidar fisicamente do segundo; no entanto, quando este se encontra em situação que inspira confiança, acolhimento e empatia, tais sensações são refletidas nos resultados para otimizar o quadro da enfermidade.

Evidentemente, este estudo auxilia no conhecimento acerca da situação das TJ, que se apresentam entre os grupos minoritários com um ponto de vista diferente da maioria das pessoas. Também será possível avaliar o problema sob diferentes perspectivas, inclusive na concepção segundo a qual a escolha de tratamento sem TS total, por parte da TJ, não é um ato de desistência da vida, e sim escolha do tratamento em conformidade com as próprias crenças.

O presente trabalho se diferencia dos demais, pelo fato de ter a voz dos profissionais da saúde para obter soluções ou a mediação de tal conflito, por já conhecer a posição das TJ por meio de outras investigações. Para alcançar tal

objetivo, foi elaborado um instrumento de pesquisa com perguntas abertas e fechadas a ser feito aos médicos *in loco*. Pelo método dedutivo e hipotético-dedutivo, serão constatadas as respostas dos médicos às pesquisas científicas, legislação e Tratados Internacionais.

Portanto, reitera-se a importância desta pesquisa tanto para os profissionais da saúde quanto para os pacientes TJ, com a promoção de um atendimento mais humanizado e em consonância com a literatura científica. Espera-se contribuir para as discussões sobre a responsabilidade dos médicos diante de situações que envolvem a hemotransfusão ou a aplicação de procedimentos alternativos por razões religiosas. Ademais, pretende-se levantar a problemática dos tratamentos compulsórios em serviços de saúde e dialogar com o Biodireito.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Testemunhas de Jeová (TJ): origem da religião e suas crenças

As TJ compõem uma religião unitarista que tem Jeová como único deus. Este, segundo os integrantes da religião, seria o pai de Jesus: o grupo religioso acredita na interpretação literal de vários trechos da Bíblia para subsidiar suas crenças e decisões tomadas durante a vida. Nesse sentido, apresenta-se uma objeção de consciência a qualquer forma de serviço militar, saudações de bandeiras nacionais, atividades políticas e recebimento de hemotransfusões (RUMBLE, 1959). Por apresentarem essas objeções, as TJ foram o único grupo religioso a ser perseguido e executado pelos nazistas, embora fosse considerado da raça ariana. Para serem livres, elas bastavam assinar uma declaração renunciando suas crenças, o que negaram fazer (GERWARTH, 2013).

Nesse entremeio, as TJ iniciaram as atividades religiosas em 1872, em Allegheny, Pensilvânia, Estados Unidos da América (EUA), cujo principal promotor do grupo foi Charles Taze Russel (RUMBLE, 1959). Em 1884, as TJ fundaram a primeira sede, a Sociedade de Tratados da Torre de Vigia de Sião, posteriormente intitulada *Watch Tower Bible and Tract Society* (ANTHES, 2015b).

Ao longo da história, as TJ tiveram várias denominações como grupo religioso. Em 1931, Joseph Franklin Rutherford apresentou, no Congresso de Columbus, Ohio, EUA, uma resolução para que, a partir daquela data, o grupo se intitulasse TJ – esse nome, segundo Rutherford, se baseou no texto bíblico de Isaías 43:10 (RUMBLE, 1959).

Nos dias atuais, elas são popularmente conhecidas pelas pregações religiosas domiciliares, devido ao aumento do número de TJ em diversos países (RUMBLE, 1959). Existem cerca de 8,5 milhões de integrantes da religião distribuídos em mais de 240 países e territórios. O Brasil tem a segunda maior concentração de TJ do mundo, com uma média de 1,4 milhão de pessoas, conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Outra conduta popularmente atribuída às TJ são as firmes convicções em recusar a transfusão de hemoderivados, por considerarem o sangue sagrado. Os integrantes da religião chegaram a essa conclusão após minuciosos estudos da Bíblia (AZAMBUJA; GARRAFA, 2010), em que sustentar a vida por meio de uma TS constitui

grave violação às leis de Deus – tal posição é adquirida pela interpretação de Gênesis 9: 3-4, Levítico 17: 10-16, e Atos 15:28-29 (BÍBLIA SAGRADA, 2015).

Entretanto, as TJ não têm objeções em aceitar hemotransfusões com hemoderivados parciais, com transfusões de frações do sangue como albumina, globulina e concentrados de fatores de coagulação (BRASIL, 2015). Convém destacar que a recusa das TJ em receber hemocomponentes não denota abdicação da vida ou descrença na ciência. Reforça-se isso pelo fato de os integrantes da religião aceitarem alternativas à hemotransfusão (FRANÇA, 2021).

A objeção de consciência em receber hemotransfusões é um direito das TJ (AZAMBUJA; GARRAFA, 2010) que, por sua vez, desenvolveram mecanismos para efetivar essa recusa e empregar outros recursos da saúde com a mesma finalidade. As Comissões de Ligação com Hospitais (COLIH) são exemplos de alguns desses mecanismos institucionais que possuem um arquivo com nomes de médicos e hospitais de vários países que empregam, em suas práticas clínicas, alternativas à hemotransfusão tradicional (RAJTAR, 2018). Tais registros podem ser acessados por pacientes TJ para nortear a decisão do serviço de saúde a ser utilizado.

## **2.2 Definições acerca da hemotransfusão e terapias alternativas associadas a esse procedimento**

A TS é uma terapia que consiste na infusão de partes de sangue de um doador para o receptor, em que pode ser autóloga (ou autotransfusão), na qual há a reintrodução do próprio sangue do paciente; ou heteróloga, que consiste no processo de TS de um doador para um receptor (ANVISA, 2014). Tal procedimento não é feito do sangue total, e sim fracionado (ANTHES, 2015a).

Essa não é uma terapia simples em função dos cerca de 30 grupos sanguíneos (ANTHES, 2015a). Nesse contexto, o sistema ABO se apresenta como o grupo mais popular e o primeiro observado para avaliar a compatibilidade entre doador e receptor (BONEQUINI JÚNIOR; GARCIA, 2017).

Antes de cada hemotransfusão heteróloga, observa-se a tipagem certa do sangue do receptor. A incompatibilidade sanguínea entre o doador e receptor acarreta reações fisiológicas que variam desde uma febre até o óbito do receptor, caso a TS seja realizada (BONEQUINI JÚNIOR; GARCIA, 2017). Além da incompatibilidade, existe risco de contaminação, tanto com o sangue recebido como com os derivados durante a hemotransfusão.

A contaminação pode ocorrer em três estágios diferentes: pela presença de agentes infecciosos no sangue do doador; sobrevida da contaminação no armazenamento; e coleta do sangue. Infelizmente, ainda existem relatos da ocorrência de contaminações durante esse procedimento médico (ROCHA, 2017).

Existem documentos que atestam a realização de TS desde o século XVII, mas essa prática se popularizou após a Primeira Guerra Mundial. Após isso, apenas em 1900, começou a fazer coleta e estocagem de sangue. Modernos hemocentros foram montados, a princípio, na Grã-Bretanha (ANTHES, 2015a), ao passo que, nos EUA, a hemotransfusão está entre os cinco procedimentos médicos mais realizados, mesmo com as possíveis complicações que envolvem a terapia (GOODNOUGH *et al.*, 2014).

A partir da década de 1990, comprovou-se que a infecção por algumas doenças estava relacionada à realização de hemotransfusões, como as infecções pela Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (*Human Immunodeficiency Virus*, HIV) e pelos vírus causadores da hepatite. Casos de incompatibilidade entre o doador e o receptor foram relatados, cujas adversidades estimularam o desenvolvimento de terapias alternativas à hemotransfusão (ANTHES, 2015b).

De fato, a difusão de terapias alternativas à hemotransfusão foi fomentada pela recusa do paciente em realizar esse procedimento, devido a motivos religiosos ou pelos riscos biológicos associados a ele. No entanto, tais terapias alternativas não são aceitas no Brasil por alguns profissionais da saúde (ROCHA, 2017). Já as justificativas apresentadas pelo Estado brasileiro para não as realizar se centram, em grande parte, no elevado custo das terapias alternativas e na ausência na tabela de fármacos e equipamentos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (OKANO; MARQUES; CAETANO, 2016).

Uma das alternativas à hemotransfusão aceitas pelas TJ consiste no aumento do volume circulatório sanguíneo do paciente por meio de fluidos sintéticos, tais como Haemaccel – ela pode ser realizada por meio de um transportador de oxigênio (ROLLINS *et al.*, 2016). Em casos de anemias, o tratamento com eritropoietina recombinante humana se apresenta como outra possibilidade. Cumpre afirmar que o uso dessas terapias alternativas não mostra incidência de óbitos ou complicações clínicas (HUANG *et al.*, 2018).

Uma alternativa à TS é a *Cell Saver* (máquina de recuperação intraoperatória, CS) – essa técnica é eficaz, embora haja divergência nos resultados devido ao elevado custo (SIMÕES; QUADRADO; PEREIRA, 2015). Algumas opções terapêuticas, apesar de constarem na lista de serviços a serem oferecidos pelo SUS,

não são disponibilizadas a todos os pacientes que poderiam utilizá-las (BRASIL, 2020a).

### **2.3 O surgimento da Bioética e suas diferentes correntes de pensamento**

A Bioética consiste em um ramo da ciência focado no estudo das questões relacionadas à Biologia e à Ética, em que, além da vida humana, estudam-se a vida animal, vegetal e o meio ambiente em conformidade aos princípios morais e éticos. Nesse sentido, há diversos estudos da área da saúde (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014) que procuram apontar os dilemas relacionados à vida e aos problemas éticos originados no desenvolvimento científico e tecnológico. Portanto, os avanços científicos propiciaram o crescimento exponencial desse campo de investigação (MARINO JÚNIOR, 2009).

Os avanços científicos proporcionaram o aumento da longevidade do ser humano. Dessa forma, o nascimento e a vida foram (e ainda são) submetidos constantemente a intervenções advindas de pesquisas científicas. Vale ressaltar que a Medicina está intimamente ligada a esses avanços e é pioneira em pesquisas com seres vivos (PASSOS; SHIMIZU; GARRAFA, 2017).

Contudo, devido aos dilemas inerentes às pesquisas com seres vivos, fez-se necessário um balizador para nortear a tomada de decisões durante a condução dos estudos científicos. A Bioética médica apresentou-se como ferramenta para o enfrentamento de dilemas que norteiam as pesquisas em fronteiras individuais, coletivas e da natureza. De fato, o desenvolvimento da Bioética Médica tornou-se essencial para a condução de pesquisas que envolvem, especialmente, a vida humana (PASSOS; SHIMIZU; GARRAFA, 2017).

Não se pode definir uma data exata em que a Bioética foi inserida no campo de estudo da Medicina. Porém, é sabido que Hipócrates, no século V a. C., incitou grandes mudanças na área por meio do seu juramento, em que visa nortear a atuação de profissionais da área da saúde. Além disso, a partir dessa época, a cura das doenças deixou de ser creditada aos deuses e migrou para o campo da razão e da ciência. Tal mudança demandou maior desenvolvimento das normas éticas e, futuramente, da Bioética (REZENDE, 2009).

Seguidamente, as guerras e os avanços científicos associados a elas foram responsáveis por estimular a elaboração de textos históricos importantes para o desenvolvimento da Bioética. Como exemplo, durante a Segunda Guerra Mundial,

médicos nazistas realizaram experimentos em prisioneiros sem o consentimento destes. Tais práticas foram condenadas no Julgamento de Nuremberg, ocorrido na cidade de mesmo nome em 1945 e registradas na Declaração de Helsinque (NUNES, 2017; PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

Já na Declaração de Helsinque foi instituído que as pessoas precisam ter plena capacidade, ou seja, devem ser legalmente capazes para se incluírem como sujeitos participantes de pesquisas. Portanto, nesse documento, foi registrado o surgimento de parte dos princípios da ética médica (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

O Relatório de Belmont também contribuiu para essa mudança, pois sua elaboração possibilitou identificar os princípios bioéticos, principalmente nas respostas às pesquisas realizadas com seres humanos nos EUA de 1963 a 1972. O principal deles foi noticiado em 1972, mas com pesquisas realizadas desde 1940: o caso *Tuskegee Study*, no estado do Alabama, envolveu 400 negros portadores de sífilis, deixados sem tratamento para estudar a progressão da doença – a comissão usou como base o Código de Nuremberg e a Declaração de Helsinque. Promulgado em 1978, o Relatório de Belmont trouxe à tona, ao ser oficialmente promulgado, não só a ética principialista, mas, principalmente, a ética ligada a pesquisas com seres humanos (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

O Relatório de Belmont foi redigido após a solicitação do governo norte-americano ao Congresso Nacional. Assim foi constituída, em 1974, a Comissão Nacional para Proteção dos Seres Humanos da Pesquisa Biomédica e Comportamental em Elkrige, no estado de Maryland. Solicitou-se aos congressistas, no prazo de quatro meses, um relatório de pesquisas envolvendo fetos humanos, crianças, prisioneiros e doentes mentais. O governo do país pediu urgência nas pesquisas e, para ajudar a identificar os princípios éticos envolvidos, requisitou a colaboração de profissionais de outras áreas, como os teólogos e filósofos (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

Outro pioneiro da Bioética foi o oncologista americano Van Rensselaer Potter, que usou pela primeira vez o termo em 1971, ao defini-lo como um campo do conhecimento que integra as Ciências Humanas com as Ciências da Natureza em apenas uma área de investigação. Segundo Potter, “bio” refere-se a toda forma de vida, em que a ética é necessária em todos os campos de pesquisa; por conseguinte, a Bioética era a possibilidade de preencher as lacunas existentes entre ambas as ciências (FERRER; ÁLVAREZ, 2005). Outros autores também fizeram importantes contribuições para o desenvolvimento da Bioética, como Tom L. Beauchamp e James

F. Childress – eles são os mais citados nesse campo de estudo, devido à obra “Princípios de Ética Biomédica” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Beauchamp e Childress (2013) contribuíram para o desenvolvimento da Bioética ao elaborarem a Teoria Principlista (TP), considerada a pedra angular da fundamentação da Bioética médica, cuja primeira edição foi publicada em 1977. Dois anos depois, foi divulgada a segunda edição da obra, incluindo estes princípios do Relatório de Belmont: respeito pelas pessoas (autonomia), beneficência e justiça. Beauchamp, inclusive, foi um dos membros da comissão que redigiu o referido relatório, em que foram distinguidos os termos “maleficência” e “beneficência”.

O princípio da autonomia se refere a autogovernar ou possuir força decisiva para realizar ações e escolhas sem a interferência ou ingerência de outrem. A beneficência é um dos três princípios do Relatório Belmont, ao pontuar que a regra primária, em face da tomada de qualquer decisão, não deve prejudicar ou causar mal intencional a outrem (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013). Nesse contexto, o Código de Ética Médica (CEM), nos artigos 22, 24, 31, 32 e 34, veda determinadas condutas médicas pautadas no princípio da beneficência que, em caso de violação, é considerada maleficência e poderá resultar em punição disciplinar aos profissionais responsáveis pela ação (CFM, 2019a).

O conceito de beneficência abarca todas as formas de ações que visam propiciar o bem-estar e segurança às pessoas. Assim, os limites da beneficência estão intimamente ligados aos princípios de justiça e equidade – estes últimos consistem em tratar as pessoas segundo as próprias necessidades básicas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

#### **2.4 Responsabilidade da conduta profissional de médicos frente ao ordenamento jurídico nacional e internacional**

A responsabilidade civil do médico é subjetiva e com culpa provada. Dessa forma, cabe ao paciente ou a seus familiares provar a falha desse profissional por imprudência, negligência ou imperícia. Em raros casos, tal responsabilidade é objetiva (CORREIA-LIMA, 2012).

Existe divergência doutrinária, até mesmo com respeito ao contrato do trabalho realizado pelo médico. Alguns doutrinadores afirmam que se trata de um contrato de prestação de serviço, enquanto outros citam o contrato *sui generis*, isto é, único em sua espécie (CAVALIERI FILHO, 2019).

Apurar a responsabilidade médica e punir tais profissionais são prerrogativas do CFM (CORREIA-LIMA, 2012) em esfera administrativa. O CEM, atualizado em maio de 2019, reforça os princípios fundamentais e as normas deontológicas que devem pautar a conduta médica em uma esfera administrativa (CFM, 2019a). Já em casos de ilicitudes jurídicas, cabe ao Estado acionar os mecanismos de repressão, disciplinados no Código Civil Brasileiro (CCB) – Lei n. 10.406 (BRASIL, 2002), a exemplo do artigo 15, no qual ninguém pode ser enganado ou constrangido a aceitar algo ou algum tipo de tratamento (CAVALIERI FILHO, 2019).

O médico precisa de autonomia para exercer a profissão, desde que respeite os ditames legais, ao ser um ofício de meio, e não de resultados. Dessa forma, o Código Penal Brasileiro (CPB) – Decreto-Lei n. 2.848 (BRASIL, 1940) – considera o nexo de causalidade um desrespeito à autonomia (CORREIA-LIMA, 2012) e o constrangimento ilegal punível à ingerência de terceiros em tomada de decisões, ao obrigar a pessoa a fazer algo que não está na lei ou a não fazer aquilo permitido na legislação (GRECO, 2018).

Todos os fundamentos para a tomada de decisões dos profissionais de saúde devem ser pautados no artigo 1º da CRFB (BRASIL, 1988), apesar de existir o CFM – este, porém, é apenas uma ordem de classe, por atuar na esfera administrativa. O referido artigo informa que o Brasil é um Estado Democrático de Direito; logo, a dignidade da pessoa humana é o fundamento máximo da democracia. Embora o § 3º do artigo 146 do CPB (BRASIL, 1940) autorize o profissional de saúde a desconsiderar a recusa de terapias em saúde do paciente, em caso de eminente risco de morte, esse processo está em desacordo com a Carta Magna e os tratados internacionais sobre o tema (GRECO, 2018).

Reforçados pela Convenção de Viena, os tratados internacionais têm força cogente entre os países membros e podem decidir questões difíceis junto ao ordenamento doméstico. A CRFB (BRASIL, 1988), no artigo 5º, § 2º, confere status de Emendas Constitucionais (ECs) aos tratados internacionais (PIOVESAN, 2012) – nesse aspecto, o direito de recusa à terapia se configura como inalienável.

Segundo a Convenção contra a Tortura e outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, deve-se classificar o constrangimento da pessoa como ato ilícito punível. O artigo 24 do CEM, no título IV, referente aos direitos humanos, reforça o mesmo entendimento (CFM, 2019a).

## **2.5 Dispositivos legais para garantia do respeito à autonomia do paciente e custeio da sua assistência em saúde pelo Estado**

Um número considerável de pacientes sofre danos irreversíveis, físicos ou psíquicos em serviços de saúde, em decorrência da violação do direito fundamental à saúde – tal índice não é maior devido às leis estatais e aos tratados internacionais de direitos humanos que protegem os cidadãos. Existem, ainda, subnotificações de erros cometidos por profissionais durante seus atendimentos. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), um em cada 10 pacientes sofrem danos durante as internações em serviços de saúde (ALBUQUERQUE, 2016).

Além da proteção das leis e das autoridades competentes, os pacientes têm a integridade física e psicológica resguardada por documentos como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o Testamento Vital (TV) e a Diretiva Antecipada de Vontade (DAV). Foi editado a resolução 1.931 em 2009, que regulamentou o TCLE. Foi uma grande inovação, pois tratava temas polêmicos tais como cuidados paliativos. Doze anos se passaram, mas a resolução ainda encontrava dificuldades para se efetivar. Nesse contexto, ela foi revisada e se editou a resolução 2.217, que entrou em vigor em novembro de 2018 (BRASIL, 2012). Além dela, o CFM editou nove resoluções a respeito do TCLE, em que a primeira data de 1975 (FERREIRA; PORTO, 2018).

Muitos pacientes ainda desconhecem o direito ao TCLE. Outro erro, com respeito a esse documento, é a padronização nos estabelecimentos de saúde, ou seja, não há individualização do consentimento – isso subentende a uniformização dos pacientes, mesmo sem ocorrer de fato. Pesquisas indicam que nove em cada 10 pacientes desconhecem os direitos em ser informados sobre os procedimentos em saúde aos quais serão submetidos. Em contrapartida, 48% desse público se sentem mais seguros em deixar que os médicos tomem a decisão por eles, por achar que tais profissionais estão mais capacitados em escolher o melhor tratamento em qualquer caso. Os que reconhecem o direito em ser informados podem requisitar o preenchimento do TCLE, como as informações acerca das terapias disponíveis e os benefícios e malefícios proporcionados por elas (LOZANO *et al.*, 2018).

As DAV compõem um documento que determina, por escrito, os cuidados em saúde a serem recebidos pelo paciente. Elas possuem similaridades ao TCLE, uma vez que conferem autonomia ao paciente e proteção aos médicos em controvérsias judiciais (MONTEIRO; SILVA JUNIOR, 2019). Apesar de as DAV serem legalizadas

em diversos países, isso não ocorre no Brasil, além de haver ausência de previsão legal quanto à aplicabilidade. São normalmente aceitas em fase da terminalidade da vida (DADALTO, 2020), mas se percebe um silêncio do legislador por serem referenciadas apenas em resoluções do CFM aplicadas apenas à classe médica (CFM, 2012; 2019b).

Quanto ao TV, possui caráter de documento público, extrapatrimonial, personalíssimo, unilateral, revogável a qualquer tempo – constitui uma espécie de DAV, com requisito para se validar e ser elaborado por pessoa capaz (GONÇALVES, 2019). Seu objetivo é legítimo à recusa às terapias e, na inércia do legislador, usa como analogia os dispositivos legais como o artigo 15 do CCB (BRASIL, 2002) e os artigos 1º, III; 5º, *caput* e II da CRFB (BRASIL, 1988) – as Resoluções n. 1.995 e 2.232 (CFM, 2012; 2019b) reconhecem o TV, embora representem conselhos de classes. Ressalta-se que o documento não é uma renúncia à vida, e sim um dispositivo que visa assegurar o exercício da autonomia e a dignidade do paciente na escolha de tratamentos e terapias, sem a ingerência do Estado (KFOURI NETO, 2019).

O princípio da autonomia deve ser levado em consideração, sobretudo quanto ao estado psicológico do paciente na tomada da decisão. Entende ser que tal momento, frente a uma intervenção médica, é um dos momentos de maior vulnerabilidade mental. Esse estado de fragilidade, em determinadas circunstâncias, os torna passivos de ser amparados em suas decisões. Entretanto, deve-se entender que as intervenções médicas sem o consentimento de tais indivíduos, baseados em sua incapacidade cognitiva de decisão, podem trazer sérios impactos (BONELA *et al.*, 2020).

Ademais, tanto o TV (documento público) quanto as DAV são organizados e assinados antes das intervenções, em que optar por elaborá-lo é uma prerrogativa individual que constitui debate moral incomum na sociedade (DADALTO, 2020). Há, pois, um questionamento bioético de alta complexidade; por isso, os documentos que tratam de escolha de tratamentos devem ser sopesados em argumentação e diálogo racionais entre os envolvidos, pois constituem um desafio da bioética que contempla um problema moral baseado em razões (BONELA, 2017).

O documento portado pelas TJ é DAV, semelhante ao TV, e a instrução foi dada pelo seu elaborador, doutor Kutner, nos anos 1960 (DADALTO, 2020). Nele consta a recusa às TS e a indicação das terapias alternativas aceitas para esse procedimento; logo, cabe ao Estado garantir o cumprimento das solicitações contidas nas TV, de acordo com a CRFB (BRASIL, 1988) (GONÇALVES, 2019).

O Estado precisa cumprir o dever de zelar pela saúde dos cidadãos com equidade, de acordo com os artigos 3º, IV, 5º, II, VIII e 201 da CRFB (BRASIL, 1988), sem discriminação e com garantias de respeito aos direitos e à promoção do bem-estar de todos. Tal prerrogativa deve respeitar o princípio da equidade, o que, em termos bioéticos, significa tratar os iguais em consonância às suas desigualdades (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

O SUS objetiva promover a saúde dos brasileiros custeada pelo Estado e com a participação da sociedade. Tal sistema possui uma alta demanda de atendimento, o que em parte é custeada pela Reserva do Possível, com vistas a promover o mínimo existencial (BITENCOURT, 2019). Este último contempla um conceito alemão que se refere aos direitos básicos de uma pessoa para existir de fato, a exemplo da saúde (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

Sendo assim, a Reserva do Possível se transformou em uma reserva financeira. Devido à grande demanda social do SUS, o Estado argumenta a impossibilidade de atender a todas as necessidades dos cidadãos, cujo entendimento contribuiu na judicialização da saúde. Em outras palavras, transferiu-se para o poder judiciário a obrigação de indicar quem deve (ou não) ter acesso aos recursos da Reserva do Possível para suprir o mínimo existencial (MASSON, 2017).

## **2.6 A religião no Estado brasileiro e os dispositivos legais para garantir a autonomia do profissional de saúde e do paciente**

O Brasil constituiu uma República no século XX como Estado laico. Todavia, permaneceram-se os privilégios das religiões e a forma de elas ditarem regras morais para a sociedade (SILVA, 2017). Isso ocorre porque o modelo de secularização adotado pelo Brasil é complexo, em que a CRFB (BRASIL, 1988), no artigo 19, cita a separação entre o Estado e as religiões, ao mesmo tempo em que indica a cooperação entre eles para promover o interesse público. Assim, foi preciso constituir novas ferramentas de acomodação entre o Estado e as religiões, com o intuito de fomentar a tolerância (ALVES, 2018).

Para Alves (2018), a ferramenta mais importante em relação ao combate à intolerância religiosa são as Recomendações do Fórum das Nações Unidas sobre Questões de Minorias (A/HRC/25/66) da Organização das Nações Unidas (ONU, 2014). Isso porque, diferentemente do período monárquico, em que havia uma religião oficial, o Brasil hoje é caracterizado por diversas religiões.

Em um Estado laico, é preciso haver tolerância, que possibilita a coexistência pacífica no contexto de igualdade, com reconhecimento da dignidade humana que norteia os outros direitos. Esse é um direito inerente a todos, e, em se tratando do aspecto religioso, esse fator influencia sobremaneira as decisões e, conseqüentemente, o modo de vida. Logo, cabe ao Estado promover a segurança para a diversidade religiosa (ALVES, 2018).

A diversidade religiosa exerce influência em campos de estudo e tomada de decisão, mesmo em um Estado laico. A religião é imprescindível no estudo da Bioética, pois se relaciona com a vida, devido ao forte apelo moral em questões atinentes ao ser humano, tais como aborto e terminalidade da vida; logo, nota-se a influência das religiões na sociedade. Como reflexos dessa afirmação, realizaram-se eventos como os parlamentos mundiais das religiões, para discutir formas de conciliar e/ou acomodar as religiões com a ordem mundial e o Estado em si (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

Pode-se definir a consciência como um dos fatores decisivos nas tomadas de decisão, ao passo que a objeção de consciência religiosa consiste na recusa do indivíduo em praticar ou aceitar algum ato contrário a crenças ou valores. A legislação tem assegurado aos pacientes e médicos o direito a terem objeções de consciência; por isso, é lícito a estes últimos se afastarem do tratamento em saúde ou empenharem esforços em transferir os primeiros para outro profissional. Nos casos que envolvem pacientes TJ, os profissionais da saúde contam com o auxílio da COLIH para conciliar as decisões terapêuticas compartilhadas com eles (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

## **2.7 Conflito entre normas e direitos humanos frente à religião**

Para entender os conflitos de norma, toma-se como exemplo o artigo 37, inciso II, da CRFB (BRASIL, 1988), que exemplifica uma norma que, se não observar integralmente o ato, é inválida. Portanto, as normas representam uma aplicação integral e, caso haja conflitos, uma é invalidada para legitimar a outra, o que cria uma exceção ou a aplicação do princípio de proporcionalidade (ÁVILA, 2016).

Nos conflitos que envolvem os tratados internacionais, esses possuem força de normas constitucionais; logo, se há conflito, aplica-se o princípio hermenêutico da máxima efetividade dos direitos colididos. Dessa forma, o objetivo das normas e dos

princípios é proteger a dignidade humana, direito inerente do indivíduo (GALINDO, 2002).

O direito à vida, disciplinado no artigo 5º da CRFB (BRASIL, 1988), possui uma dupla extensão: embora haja a necessidade de se estar vivo para usufruir dos demais direitos, a vida do sujeito precisa ser digna, como disciplina o referido dispositivo. A dignidade da pessoa humana é tão relevante que aparece entre as cláusulas pétreas logo no 1º artigo, inciso III, e, depois, no artigo 60, § 4º da Carta Magna; assim, o direito à vida começa com o nascimento e se estende pela existência da pessoa – cabe ao Estado assegurar a vida com dignidade, caso contrário pode ocorrer uma desumanização da pessoa (LOUREIRO, 2009).

Como abordado alhures, os direitos humanos são causas pétreas no ordenamento jurídico, reforçadas pelos tratados internacionais e ratificadas pelo Estado como *pacta sunt servanda*. Nesse contexto, o direito à religião está entre os direitos humanos, já que os artigos 5º, 19 e 144 e mais de cinco incisos da Carta Magna abordam o direito à crença; assim, ele se estende além dos cultos em templos. Tais incisos explicitam, também, a inviolabilidade (ou o direito de objeção) de consciência entre os adeptos de determinada religião (CRFB, 1988).

### 3 METODOLOGIA

Este estudo é hipotético-dedutivo e descritivo exploratório, com execução programada para ocorrer de janeiro de 2020 a dezembro de 2020, totalizando 12 meses. A pesquisa foi dividida em cinco etapas, estabelecidas da seguinte forma:

- Etapa 1: realizou-se a pesquisa bibliográfica e documental sobre o tema da TS, o que inclui livros e artigos de autores nacionais e estrangeiros, legislação nacional, tratados e declarações internacionais, jurisprudência, relatórios, assim como outros documentos pertinentes ao tema. Também se investigou a existência de opções para a TS, bem como o reconhecimento de sua eficácia e credibilidade pela comunidade científica.
- Etapa 2: foi elaborado um instrumento de pesquisa semiestruturado que buscou avaliar a conduta dos médicos, na perspectiva biótico-legal, frente à administração de hemotransfusão em pacientes TJ. Esse procedimento se fundamentou na revisão bibliográfica integrativa validada e utilizada na literatura científica.
- Etapa 3: aplicou-se o instrumento de entrevista semiestruturada a médicos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU) ou que atendam na rede privada de saúde de Uberlândia, Minas Gerais, cuja atuação envolva intervenções sujeitas a procedimentos de hemotransfusão ou procedimentos alternativos. Objetivou-se aplicar o instrumento de entrevista, por conveniência, a pelo menos 10 médicos, cuja casuística foi indeterminada, tendo em vista que o referido procedimento foi aplicado até a saturação das respostas dos profissionais de saúde às perguntas de caráter qualitativo. Para a entrevista dos profissionais de saúde, utilizou-se um gravador e, subsequentemente, foi feita a transcrição das respostas dos entrevistados ao questionário semiestruturado. Foram incluídos neste estudo os indivíduos que apresentaram os seguintes critérios de inclusão: I) profissional graduado em Medicina, com registro ativo no CFM e autorizado a exercer a profissão em território nacional na data de realização desta pesquisa; II) atendentes em rede pública e privada, mediante a assinatura do TCLE; III) profissionais de ambos os sexos; IV) médicos cuja atuação envolve intervenções sujeitas à hemotransfusão ou a procedimentos alternativos. No tocante à exclusão, utilizou os seguintes critérios: I) médicos que, a qualquer momento da aplicação do instrumento de entrevista, não se sentiram confortáveis para prosseguir com

- a pesquisa; II) médicos que recusaram a responder, no mínimo, 50% das perguntas; III) médicos que, após as coletas dos dados, pediram para ser excluídos da investigação; IV) médicos que expressaram intolerância religiosa.
- Etapa 4: análise quali-quantitativa dos dados coletados no instrumento de entrevista. Tais procedimentos foram feitos por meio de *softwares* especialmente desenvolvidos para essa finalidade. Aplicaram-se instrumentos da análise estatística, como média, moda, mediana, desvio padrão e, subsequentemente, foram construídas tabelas para potencializar a visualização dos dados analisados.
  - Etapa 5: a partir das respostas obtidas por meio da aplicação do formulário de entrevista semiestruturado, os resultados obtidos foram problematizados com a literatura científica acerca do tema. Para subsidiar a problematização, as buscas do material teórico ocorreram nas seguintes bases de dados: Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), *Scientific Electronic Library Online* (Biblioteca Eletrônica Científica Online, SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Sistema *On-line* de Busca e Análise de Literatura Médica, MEDLINE), PubMed, Google Acadêmico, entre outros. Optar-se-á por textos publicados em periódicos de maior fator de impacto e publicações mais recentes. Essa etapa de problematização fundamentará a escrita do texto final para apresentação dos resultados provenientes da execução do projeto de pesquisa e possível veiculação futura em um periódico científico.

## 4 RESULTADOS

Para compreender os resultados da pesquisa, foi feito um levantamento das características dos entrevistados. No que tange à idade, a menor foi de 33 anos, e a maior, 74 anos, com uma média de idade de 43,5 e desvio padrão de 11,15. A maior concentração de entrevistados atendia no HC/UFU.

Dos 55 participantes da investigação, 40 eram do sexo masculino, o que corresponde a 72,72% da amostra. Esse índice assemelha com os dados do censo médico de 2020 no Brasil: este aponta que atualmente, 53,4% são homens, enquanto as mulheres somam 46,6% – em 1990, esse percentual era de apenas 30,8%, entende um aumento significativo de médicas (SCHEFFER, 2020).

No que tange aos médicos entrevistados, a religiosidade é bem expressiva, uma vez que 80% professam ter religião e 43,6% são católicos. Os profissionais com mais de um ambiente laboral, com prática pública (pacientes usuários do SUS) e privada, somam 61,81%, e os que atuam em uma ou outra esfera correspondem a 38,17% do contexto analisado (Tabela 1):

**Tabela 1.** Características da amostra dos médicos entrevistados

Variáveis	Médicos (n = 55)	Participação %
Idade (média $\pm$ DP)	43,5 $\pm$ 11,15	
Sexo		
Feminino n (%)	15	27,27
Masculino n (%)	40	72,72
Possui religião		
Sim n (%)	44	80
Não n (%)	11	20
Religião que professa		
Católica n (%)	24	43,6
Espírita n (%)	19	34,5
Evangélica n (%)	1	1,8
Período de atuação no sistema de saúde (média $\pm$ DP)	18,2 $\pm$ 10,64	
Atuação nos setores público, privado ou em ambos os sistemas de saúde		
Público n (%)	12	21,81
Privado n (%)	9	16,36
Ambos n (%)	34	61,81

Fonte: elaboração da autora (2021)

Nesse entremeio, 56,4% da amostra disseram conhecer os princípios bioéticos que norteiam a prática profissional. Dos 55 entrevistados, a maioria (74,5%) citaram que sabem sobre as alternativas à hemotransfusão, mas apenas 60% as utilizaram de fato. Ademais, 85,4% afirmam ter atendido os pacientes TJ, ao passo que 14,5% não os atenderam de fato.

A resposta mais expressiva diz respeito à ausência de informações durante a graduação, em que apenas seis indivíduos disseram ter estudado o tema nesse nível educacional. Sobre as opções à TS vistas durante a graduação, pouco mais de 10% dos entrevistados indicaram a situação em tela. Todos haviam se graduado em faculdade privada; logo, 89,1% não obtiveram conhecimentos a respeito de alternativas à transfusão.

**Tabela 2.** Conhecimento dos médicos entrevistados acerca da Bioética e das alternativas à hemotransfusão

Variáveis	Médicos (n = 55)	Participação %
Considera conhecer os aspectos bioéticos acerca da hemotransfusão em pacientes Testemunha de Jeová		
Sim n (%)	31	56.4
Não n (%)	24	43.6
Considera conhecer satisfatoriamente as alternativas à hemotransfusão		
Conhecem n (%)	41	74.5
Não conhecem n (%)	14	25.4
Estudou sobre as alternativas à hemotransfusão durante a graduação em Medicina		
Sim n (%)	6	10.9
Não n (%)	49	89.1
Já atendeu paciente Testemunhas de Jeová que se recusou a receber hemotransfusão		
Sim n (%)	47	85.4
Não n (%)	8	14.5
Já utilizou terapias alternativas à hemotransfusão		
Sim n (%)	33	60
Não n (%)	22	40

Fonte: Elaboração da autora (2021).

Uma grande porcentagem, mais de 50% dos entrevistados (n=26, 47,3%) afirmou conhecer os malefícios e benefícios das TS, Enquanto uma quantidade similar (n=27, 49,1%) demonstrou que possui saberes adequados a respeito das alternativas às hemotransfusões, mas foram obtidos na prática, e não na graduação.

Um número expressivo de médicos (n=41, 75,5%) indicou que sabe dos motivos que fundamentam a recusa de TJ à hemotransfusão, ao passo que apenas 25% dos profissionais afirmaram não os conhecer. A COLIH é reconhecida apenas por 22 (40%) profissionais – em todos os quesitos, nenhuma pergunta obteve unanimidade nas respostas. Sobre as alternativas à TS, 30 (54,5%) médicos disseram que as maiores dificuldades para as utilizar são os altos custos.

A alternativa à hemotransfusão mais aplicada pelos entrevistados foi a eritropoietina, com 29,09% da amostra. Enquanto isso, 7,27% relataram utilizar a CS e cinco médicos (9,09%) informaram o uso de medicamentos à base de ferro.

**Tabela 3.** Conhecimento sobre as TJ, as alternativas à hemotransfusão e as dificuldades em utilizá-las

Variáveis	Médicos (n = 55)	Participação (%)
Conhecimento sobre os malefícios e benefícios de hemotransfusões		
Sim n (%)	26	47,3
Não n (%)	19	34,5
Não quis opinar n (%)	10	18,2
Conhecimento sobre alternativas à hemotransfusão integral		
Adequado n (%)	27	49,1
Inadequado n (%)	23	41,8
Não quis opinar n (%)	5	9,1
Motivos que fundamentam a recusa do paciente à hemotransfusão		
Conhecem n (%)	41	74,5
Desconhecem n (%)	14	25,4
Conhecimento sobre a COLIH		
Conhecem n (%)	22	40,0
Desconhecem n (%)	33	60,0
Principais dificuldades em utilizar as alternativas a hemotransfusão		
Custos das terapias alternativas n (%)	30	54,5
Tempo de resposta à terapia alternativa n (%)	6	10,9
Não respondeu (%)	7	12,7
Qual(is) a(as) principal(is) alternativa (s) à hemotransfusão utilizada pelo profissional		
Expansões plasmáticas n (%)	3	5,45
Cristaloides n (%)	1	1,81
Pinças homeostáticas n (%)	1	1,81
Hidratação pré-operatória "Feringet" n (%)	1	1,81
Autotransfusão n (%)	2	3,64
Sulfato ferroso n (%)	5	9,09
Eritropoietina n (%)	16	29,09
Cell Saver n (%)	4	7,27
Hemo cel n (%)	1	1,81
Coloides n (%)	1	1,81

Fonte: Elaboração da autora (2021).

## 5 DISCUSSÃO

Na pesquisa foi verificado um elevado índice de religiosidade por parte dos médicos: por exemplo, 34,6% são praticantes da religião espírita, embora a predominância seja de católicos. A explicação para esse achado, segundo o censo de 2010, é de que os espíritas estão entre os que possuem maior escolaridade na sociedade brasileira (ensino superior), com 31,5% (IBGE, 2010) – tal índice coaduna com os dados encontrados nesta investigação.

A pesquisa mostra um elevado percentual de médicos atuantes no SUS – o censo demográfico médico de 2020, inclusive, indica a expressividade de tal número pelo fato de o referido sistema ser um grande empregador no país. Sendo assim, esse índice está de acordo com a condição social brasileira, por ter havido um aumento do número de atendentes pelo SUS em decorrência da demanda por esse serviço (SCHEFFER, 2020).

Diante disso, a Tabela 2 mostra que, acerca da temática Bioética, os profissionais citaram que conhecem mais os princípios da autonomia da vontade (56,4%) e o desconsideram quando entendem que a hemotransfusão é a terapia indicada. Dessa forma, o comportamento dos médicos está de acordo com as resoluções do CFM (2012; 2019b), pois reconhecem a existência dos princípios da Bioética, mas, no momento da aplicação, a reserva é o fator preponderante.

Nesse contexto, a resolução abaixo discorre sobre a obtenção do consentimento do paciente pelo médico, mas, conforme a parte final do artigo 31 do CEM (CFM, 2019a):

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

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

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

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal (grifo nosso).

O referido dispositivo e o comportamento por parte dos médicos estão em desacordo com os tratados internacionais, a jurisprudência e a CRFB (BRASIL, 1988).

A autonomia do paciente é um princípio da Bioética, instituída pelos Códigos de Nuremberg, Helsinque e o Relatório de Belmont, os quais indicam que a pessoa deve ser respeitada em face de um tratamento ou experimento científico, sem reservas. Como demonstra a Tabela 2, 43,6% desconhece esse princípio, mas eles mencionam apenas a autonomia dos pacientes, não mencionando os princípios de beneficência, maleficência e justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Segundo estudiosos da Bioética, o princípio da autonomia do paciente se fundamenta em fazer escolhas sem interferência ou pressão de outrem. Logo, se o direito de autogovernar sofre a ingerência de terceiros, ele se torna uma violação da beneficência do tratamento (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013) – como se pode observar, o respeito à autonomia não pode ter reservas.

Dentre os objetivos do artigo 2, III, da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) (UNESCO, 2005), há os aspectos bioéticos que proíbem o uso arbitrário da conduta em tratamento médico:

III. promover o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, assegurando o respeito pela vida dos seres humanos e pelas liberdades fundamentais, de forma consistente com a legislação internacional de direitos humanos.

Observa-se que o respeito à dignidade humana é intrínseco nos direitos fundamentais, sendo eles refletido na bioética principialista (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013). Nesse raciocínio, os artigos 3, 10 e 12 do DUBDH abordam os princípios de Bioética, beneficência, autonomia, consentimento e igualdade, seguidos por não discriminação e respeito pela diversidade (UNESCO, 2005). A Convenção Americana dos Direitos Humanos, no artigo 9º, assim como a DUBDH, proíbe a discriminação ao argumentar que o cidadão não pode ter a liberdade tolhida, se não em previsão de lei; assim, ressalta a liberdade de consciência é a religião, pois não há norma proibitiva a essa liberdade (OEA, 1969).

Similarmente à DUBDH (UNESCO, 2005), o preâmbulo do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos é contrário ao desrespeito pela autodeterminação da pessoa humana, além de complementar o direito à autonomia do ser humano no artigo 18. Nesse último dispositivo, assegura-se o direito de a pessoa professar uma crença e a proibição de sofrer qualquer violência em virtude de suas escolhas; por conseguinte, se o médico administra um tratamento e desrespeita a alteridade da pessoa, pratica-se uma violação do direito fundamental da liberdade.

Quanto à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, traz-se a palavra “povos” logo no preâmbulo, ou seja, todos devem ser respeitados em suas

diversidades culturais (OUA, 1981). Essa concretude precisa ser acessível a todos, ao prever a liberdade (ou autonomia) de praticar aquilo que se acredita, seja profissionalmente ou em uma religião (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013). Entende-se que a prática de uma religião implica em ter a consciência resguardada além dos templos, algo assegurado pela CRFB (BRASIL, 1988) no artigo 5º, inciso VI, no qual assegura a inviolabilidade à liberdade de consciência e de crença.

Tratados internacionais são unânimes e contrários aos procedimentos dos médicos que, por seu turno, se apoiam nos conselhos de classe para fazer ressalvas a respeito da autonomia da vontade, com o intuito de salvar vidas – tal princípio bioético é desconhecido por 43,6% dos entrevistados. Contudo, esse comportamento não é apropriado, por impor um viés moral acima dos padrões impostos por entes externos governamentais (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013). Por mais competente que seja, o médico não é obrigado a salvar a vida do paciente, pois sua profissão constitui um meio, e não resultados (CAVALIERI FILHO, 2019).

Nesse diapasão, os artigos 5 e 12 da Convenção Americana de Direitos Humanos (CADH) (OEA, 1969) garantem a liberdade de consciência e religião. Neste último quesito, obteve-se o índice de 74,5%, referente à principal motivação da recusa por parte das TJ. Entretanto, 41,8% desconhecem as alternativas à hemotransfusão e, com isso, há o risco de não respeitar a integridade psíquica da pessoa, em face de objeção de consciência a ser protegida frente a uma recusa de tratamento.

Ademais, assegura-se que as limitações podem ser impostas apenas pela lei, *ipsis litteris*:

Art. 5º. Direito à integridade pessoal

1. Toda pessoa tem direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral.
2. Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada de liberdade deve ser tratada com respeito devido à dignidade inerente ao ser humano.

**Art. 12. Liberdade de consciência e de religião**

1. 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.
2. Ninguém pode ser objeto de medidas restritivas que possam limitar sua liberdade de conservar sua religião ou suas crenças, ou de mudar de religião ou de crenças.
3. A liberdade de manifestar a própria religião e as próprias crenças está sujeita unicamente às limitações prescritas pela lei e que sejam necessárias para proteger a segurança, a ordem, a saúde ou a moral pública ou os direitos ou liberdades das demais pessoas (OEA, 1969, grifo nosso).

Essas garantias fundamentam um Estado Democrático de Direito e, no caso do Brasil, a CRFB (BRASIL, 1988) tem a dignidade da pessoa humana como princípio

basilar que precisa se sobrepôr a qualquer avanço científico (DINIZ, 2017). Esse direito é uma cláusula pétreia que aparece logo no início da Carta Magna, seguida pelo parágrafo 4º, inciso II, em que devem prevalecer os direitos humanos e a autodeterminação dos povos.

Assim se consagram a vida, a saúde e a liberdade religiosa, aspectos que formam a tríade da dignidade humana. No inciso VIII do artigo 5º, afirma-se que ninguém será privado de direitos em virtude de crença, mas, nesse caso, as TJ estão sendo privadas do direito elencado nos artigos 1º, III; 3º, incisos I e IV; 5º, *caput*; 5º, III, VI, X; 6º; e 196 (BRASIL, 1988) – juristas e doutrinadores têm argumentado que tais dispositivos não podem ser usufruídos se não houver vida.

É notório que a jurisprudência decide frequentemente de maneira contrária ao desrespeito à autonomia dos pacientes. Nesse diapasão, 56,4% dos médicos entrevistados sobre o iminente perigo de morte se referiram à necessidade da administração da hemotransfusão. Como exemplo, no Agravo de Instrumento (AI) n. 0017343-82.2016.4.01.0000, a 6ª Turma, cujo relator é o desembargador federal Kassio Nunes Marques, por unanimidade, reconheceu o recurso e, no mérito, deu provimento à finalidade da desconstituição da decisão agravada que permitiu utilizar, de modo compulsório, o tratamento de TS – essa técnica fere o ordenamento jurídico *per se*.

Já na decisão do Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF-1) n. 0017343-82.2016.4.01.0000, o desembargador federal Kassio Nunes Marques, com argumentos do ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Luís Roberto Barroso, no parecer “Legitimidade da recusa de transfusão de sangue por Testemunhas de Jeová. Dignidade humana, liberdade religiosa e escolhas”, deferiu o pedido de efeito suspensivo realizado por Marina Mylena Silva Teixeira, relativo a ter o direito de recusar uma terapia que fere suas convicções religiosas.

Nesse cenário, a Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (TJ-RS), na Apelação Cível (AC) n. 70054988266 (BRASIL, 2013), decidiu pelo direito de um paciente recusar terapia, mesmo com risco de morte. Nesse caso, o Ministério Público (MP) ingressou com o pedido de autorização para amputar o membro inferior do paciente idoso, que não era TJ. O juiz entendeu que o referido sujeito possuía os requisitos necessários à recusa de terapias – maior e capaz – e, nessas circunstâncias, não cabia ao Estado decidir por ele, já que sua autonomia deve ser respeitada.

Para tanto, o Tribunal da Primeira Câmara usou dispositivos do CCB (BRASIL, 2002) e da CRFB (BRASIL, 1988) na decisão:

Se o paciente, com o pé esquerdo necrosado, se nega à amputação, preferindo, conforme laudo psicológico, morrer para "aliviar o sofrimento"; e, conforme laudo psiquiátrico, **se encontra em pleno gozo das faculdades mentais, o Estado não pode invadir seu corpo e realizar a cirurgia mutilatória contra a sua vontade, mesmo que seja pelo motivo nobre de salvar sua vida.** 2. O caso se insere no denominado biodireito, na dimensão da ortotanásia, que vem a ser a morte no seu devido tempo, sem prolongar a vida por meios artificiais, ou além do que seria o processo natural. 3. **O direito à vida garantido no art. 5º, caput, deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa, previsto no art. 2º, III, ambos da CF, isto é, vida com dignidade ou razoável qualidade.** A Constituição institui o direito à vida, não o dever à vida, razão pela qual não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento ou cirurgia, máxime quando mutilatória. **Ademais, na esfera infraconstitucional, o fato de o art. 15 do CC proibir tratamento médico ou intervenção cirúrgica quando há risco de vida, não quer dizer que, não havendo risco, ou mesmo quando para salvar a vida, a pessoa pode ser constrangida a tal.** 4. Nas circunstâncias, a fim de preservar o médico de eventual acusação de terceiros, tem-se que o paciente, pelo quanto consta nos autos, fez o denominado testamento vital, que figura na Resolução nº 1995/2012, do Conselho Federal de Medicina. 5. Apelação desprovida (BRASIL, 2013, grifo nosso).

Em contrapartida, a 12ª Câmara do TJ-R decidiu o AI n. 70032799041 RS, no qual o julgamento ocorreu no mesmo tribunal, mas em uma câmara distinta. Conforme o excerto abaixo, o entendimento foi divergente:

**Na decisão recorrida deferiu a realização de transfusão sanguínea contra a vontade expressa da agravante, a fim de preservar-lhe a vida.** A postulante é pessoa capaz, está lúcida e desde o primeiro momento em que buscou atendimento médico dispôs, expressamente, a respeito de sua discordância com tratamentos que violem suas convicções religiosas, especialmente a transfusão de sangue. **Impossibilidade de ser a recorrente submetida a tratamento médico com o qual não concorda e que para ser procedida necessita do uso de força policial.** Tratamento médico que, embora pretenda a preservação da vida, dela retira a dignidade proveniente da crença religiosa, podendo tornar a existência restante sem sentido. Livre arbítrio. Inexistência do direito estatal de salvar a pessoa dela própria, quando **sua escolha não implica violação de direitos sociais ou de terceiros.** Proteção do direito de escolha, direito calcado na preservação da dignidade, para que a agravante somente seja submetida a tratamento médico compatível com suas crenças religiosas. AGRADO PROVIDO (BRASIL, 2010, grifo nosso).

O entendimento jurisprudencial não é unânime. Outro exemplo está no Acórdão n. 1.251.296, da 6ª Turma Cível do Tribunal de Justiça do Distrito Federal (TJ-DF) e dos territórios. Por intermédio de Vera Andrighi e com relatoria de Esdras Neves, os magistrados foram unânimes em desconhecer a AC n. 0712619-82.2019.8.07.0001 (BRASIL, 2020b). A autora da ação, professante da religião TJ, pleiteou uma intervenção cirúrgica sem uso de TS. Ela era lúcida e capaz; portanto, entendia que há alternativas à hemotransfusão, procedimento utilizado por 60% dos entrevistados, mas desconhecido por 41,8% da amostra analisada.

Nesse caso, o hospital aceitou a decisão, desde que ela assinasse um TCLE para concordar que, em caso extremo, poderia usar a terapia recusada anteriormente. Apesar de ser maior, lúcida e capaz, ela recusou tal ação, o que levou à negação do pedido dela em todas as instâncias. No que tange ao conhecimento do TCLE – documento mais relevante que subsidia a autonomia, princípio bioético –, a pesquisa mostrou que ele é desconhecido por 43,6% dos entrevistados. O acórdão foi parcial (BRASIL, 2020b) e se dispensou a exigência da assinatura do TCLE, mas com manutenção da TS, em casos de necessidade extrema.

Nota-se que a decisão menciona o direito à vida como superior ao da liberdade de religião. Mas a paciente não abriu mão da vida, pois, de maneira lúcida e ciente dos riscos, usa a autonomia, princípio assegurado pela Bioética, para escolher um procedimento contrário ao tradicional, de TS (BRASIL, 2020b).

O tribunal supramencionado levou em consideração o direito à vida. Mas, como é conhecimento de 74,5% dos entrevistados, existe um fundamento por parte das TJ em não receber hemotransfusão, mas sem haver a desistência da vida – antes, trata-se de um direito fundamental à saúde, recurso a ser buscado pela paciente (RESENDE; ALVES, 2020).

Há ainda o Recurso Extraordinário (RE) n. 1212272 AL, cuja sede de julgamento é o STF. Nele é citada uma paciente maior, capaz e lúcida que precisa de intervenção para substituir a válvula aórtica, principal veia sanguínea do corpo humano (BRASIL, 2019).

Devido às convicções religiosas, ela recusa a terapia com uso de sangue e escolhe as opções citadas por 49,1% dos médicos entrevistados neste estudo. A equipe médica, conhecedora das técnicas isentas de sangue, se dispõe a fazer o procedimento com alternativas à hemotransfusão. O hospital nega, o que dá início à batalha judicial que culminou no RE n. 1212272 AL (BRASIL, 2019).

Essa inconsistência no entendimento da corte ensejou o ajuizamento da ADPF n. 618, em sede de julgamento no STF, pela então procuradora da República, Raquel Dodge, em 2019. A profissional do Direito visava à pacificação do tema por assegurar, aos TJ maiores de idade, o direito de obter tratamentos sem o uso de TS.

De fato, os julgados mencionam alternativas à hemotransfusão. Nesse questionamento, apenas 10% citaram o contato com informações a respeito de alternativas à hemotransfusão, o que envolve diretamente a recusa de terapia intrínseca à Bioética. Nessa conjuntura, a quantidade de entrevistados – seis ao todo –, além de ser inexpressiva, vai ao encontro do artigo 23 da DUBDH (UNESCO, 2005):

Art. 23. Informação, Formação e Educação em Bioética

a) De modo a promover os princípios estabelecidos na presente Declaração e alcançar uma melhor compreensão das implicações **éticas dos avanços científicos e tecnológicos**, em especial para os jovens, os Estados devem envidar esforços para promover a formação e educação em Bioética em todos os níveis, bem como estimular programas de disseminação de informação e conhecimento sobre Bioética (grifo nosso).

Como a Bioética é o principal ramo que regulamenta os aspectos relativos à moral e à ética, é primordial ter conhecimento satisfatório dessa ciência; logo, o índice de 56,4% não é o ideal nessa perspectiva (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014). É inadmissível que apenas a ausência dessa disciplina ou a explanação superficial nas graduações da área da saúde traga prejuízos ao tratamento do paciente (MARQUES FILHO; HOSSNE, 2017).

Pode-se explicar a ausência da referida disciplina na graduação em Medicina da UFU – de modo mais abrangente na grade curricular – com a extensão e a densidade do curso: são 8.925 horas/aula, das quais 1.110h são aplicadas à saúde individual e uma parte ínfima (30h) é destinada à disciplina optativa de Humanização e Cuidado. Outras matérias direcionadas a entender o ser humano (Ética, Antropologia e Filosofia) também está entre as optativas, com 45h cada, ao passo que as práticas de hemotransfusão contemplam 315 horas do curso (FAMED, 2020).

No caso da Bioética, subentende-se a necessidade de priorizar uma matéria em detrimento a outras. No tocante a alternativas à hemotransfusão, a pesquisa mostra que, dos entrevistados, 74,5% informaram conhecer tais procedimentos, mas desconfiam da eficácia. Pelos motivos já elencados, dos 85,4% dos entrevistados que atenderam TJ, apenas 60% utilizaram as alternativas à TS.

As alternativas à TS em pacientes TJ podem ser explicadas pela falta de conhecimento dos motivos que fundamentam a recusa em usar a hemotransfusão, apesar de 74,5% conhecerem esses motivos eles apresentarem o que se encontra disponível na literatura, mas sem aprofundamento. Esse assunto é difundido em livros de diversas áreas do saber, mas ainda há ideias errôneas sobre a fundamentação da recusa.

Para os bioeticistas, a recusa se estende ao transplante de órgãos, mas isso não procede, pois diz respeito apenas à hemotransfusão (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014) e se baseia nos textos bíblicos de Gênesis 9:3,4 e Deuteronômio 12:16,24; 15:23 e 15:28,29; 21:25 (BÍBLIA SAGRADA, 2015):

Todo animal que se move e que está vivo pode servir-lhes de alimento. Assim como dei a vocês a vegetação verde, eu lhes dou todos eles. Somente não

comam a carne de um animal com seu sangue, que é a sua vida (GÊNESIS 9:3,4).

Mas não comam o sangue. Você deve derramá-lo na terra como se fosse água (DEUTERONÔMIO 12:16).

[...] Apenas esteja firmemente decidido a não comer o sangue, porque o sangue é a vida; não coma a vida junto com a carne. Não o coma. Você deve derramá-lo na terra como se fosse água (DEUTERONÔMIO 15:28,29).

Pois pareceu bem ao espírito santo e a nós não impor a vocês nenhum fardo além destas coisas necessárias: que persistam em se abster de coisas sacrificadas a ídolos, de sangue, do que foi estrangulado e de imoralidade sexual. Se vocês se guardardes cuidadosamente estas coisas, tudo irá bem com vocês. Saudações (ATOS 15:28,29).

[...] Quanto aos crentes dentre as nações, enviamos a eles por escrito a nossa decisão de que devem se abster do que é sacrificado a ídolos, bem como de sangue, do que foi estrangulado e de imoralidade sexual (ATOS 21:25).

Todos os textos bíblicos, segundo o entendimento das TJ, mencionam o uso do sangue como alimento ou nutrição para manter a vida, seja via oral ou venal. Embora haja argumentações que a recusa seja em virtude de o sangue ser um produto sujo, mas segundo as TJ é pela obediência às ordens bíblicas (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2014).

O conhecimento sobre a recusa em receber hemotransfusão pelas TJ poderia ser estendido se os médicos tivessem contato frequente com a COLIH, mas apenas 40% dos entrevistados disseram já ter ouvido falar desse grupo, apesar de existirem mais de 1.700 comissões em aproximadamente 110 países em todo o mundo (RAJTAR, 2018). Segundo informações do site oficial das TJ, a COLIH não pretende decidir o tratamento do paciente, e sim fazer contatos com médicos credenciados que adotam procedimentos sem o sangue halogênico (JW.ORG, 2021).

Além de fazer o contato com os médicos especializados, a COLIH presta informações sobre centros que aceitam tratar esses pacientes e oferece materiais autoexplicativos e didáticos com estratégias para tratamentos sem hemotransfusão (RAJTAR, 2018). A COLIH realiza palestras para os profissionais da área da saúde, sem nenhum custo, para disponibilizar conhecimentos tanto das alternativas quanto dos reais motivos que fundamentam a recusa das TJ em receber sangue halogênico (JW.ORG, 2021).

Outro motivo alegado pelos 54,5% entrevistados em não usar as alternativas à transfusão halogênica, além da pouca eficácia, são os altos custos. Entretanto, essas justificativas não estão de acordo com as pesquisas sobre a coleta e o armazenamento de sangue (COVO *et al.*, 2019).

Observa-se a incidência de informações equivocadas, pois a triagem do sangue e a respectiva estocagem possuem um custo mais elevado, até mesmo em relação às alternativas. Essa afirmação se baseia em estudos que apontam prejuízos próximos aos US\$ 2 milhões para o SUS, em se tratando do manejo do sangue, no que concerne aos produtos descartados – convém afirmar que os gastos com as coletas e a conservação dos produtos hemoderivados são maiores (COVO *et al.*, 2019).

Nesse entremeio, outra resposta ao argumento dos entrevistados sobre os altos custos das alternativas à TS está nos artigos 30, inciso VII, e 200, inciso V. Respectivamente, ambos os dispositivos legislativos ponderam que estados e municípios são obrigados a promover a saúde e a investir em avanços tecnológicos para inovar os meios de tratamentos (BRASIL, 1988).

Além dos altos custos do sangue, existem malefícios causados ao paciente por sua administração, conhecidos por 47,3% dos entrevistados. Tal informação está de acordo com as pesquisas que indicam que as TS possuem riscos reconhecidos, a saber: lesões celulares por estocagem, contaminações do manuseio do sangue, incompatibilidade do doador e do receptor e transmissão de doenças (YOSHIDA; PRUDENT; D’ALESSANDRO, 2019).

Lesões celulares estão entre as mais prejudiciais em pacientes com sangue raro como o sistema ABO, devido à maior quantidade de tempo na estocagem. Os pacientes dificilmente têm acesso a esse tipo de informação, ao assinarem o TCLE (YOSHIDA; PRUDENT; D’ALESSANDRO, 2019).

Mesmo que os hemocentros estejam mais modernos, ainda são possíveis a contaminação com o vírus causador da hepatite e as infecções por HIV (ANTHES, 2015b). Dentre os médicos entrevistados, 34,5% (19 profissionais) disseram desconhecer os malefícios das TS, o que leva a inferir que eles não têm informado os pacientes acerca dos riscos desse procedimento. Também constitui uma desconsideração com o conselho de classe, que adverte acerca da necessidade de orientações claras sobre riscos e benefícios de procedimentos conduzidos por médicos:

**Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos** do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal (CFM, 2019a, grifo nosso).

Mais da metade dos inquiridos (74,5%) disseram ter conhecimentos a respeito das alternativas das hemotransfusões e 33, ou seja, 60% afirmam que já as utilizaram

de fato; porém, 85,4% também informam ter atendido pacientes TJ. Das alternativas mais empregadas, destaca-se a eritropoietina humana recombinante, cuja função é estimular a medula óssea a produzir mais glóbulos vermelhos. Em média, esse processo demora mais de uma semana; logo, não é indicado para tratamentos de urgência e emergência (ROCHA, 2017).

As maiores críticas a essa alternativa se devem ao fato de ela demorar a fazer efeito, logo, são descartada em casos de emergência e por apresentar possíveis efeitos colaterais. Porém, tais questionamentos são superados pelo elevado número de benefícios dos tratamentos com a eritropoietina, e por isso que há a necessidade de mais pesquisas em busca do aperfeiçoamento dessa alternativa à hemotransfusão (ROCHA, 2017).

Nesse prisma, as alternativas mais usadas contemplam os medicamentos à base de ferro, como o sulfato ferroso (9,09%), seguidos pelos expansores do plasma (5,45%) e a CS (7,27%). Todas foram usadas de maneira cautelosa, pois a eritropoietina, por exemplo, não chegou a 30%, como se observa na Tabela 3 (MACHADO *et al.*, 2017).

Quanto às alternativas, reitera-se que o custo delas é menor em relação ao sangue (COVO *et al.*, 2019), pois, dificilmente, elas são descartadas por vencimentos, contaminação ou algo similar. Na CS, por exemplo, são trocados apenas os filtros e, além de evitar as complicações originárias das transfusões, é vantajosa diante da escassez de sangue, em especial daqueles mais raros (MACHADO *et al.*, 2017).

A respeito do uso da CS, questionava-se que ela poderia contribuir para a metástase em casos de tumores; todavia, estudos demonstram que isso é inverídico, pois as células cancerígenas estão presentes na circulação do paciente e poucas são capazes de causar tal problemática (KLEIN *et al.*, 2018). No Brasil, as pesquisas e a utilização da CS ainda são incipientes, o que não permite uma difusão maior dos benefícios dessa alternativa (NUNES, 2017).

Das 10 alternativas à TS usadas pelos 55 entrevistados, metade é composta por expansores plasmáticos e duas se referem a medicamentos à base de ferro. Foram empregadas apenas 10 alternativas à TS, cuja maior parte se voltou ao aumento de volume sanguíneo ou à eritropoietina. Porém, a literatura mostra que as opções podem ser um conjunto de procedimentos, por não haver um produto isolado; logo, a melhor escolha é o *Patient Blood Management* (Gerenciamento de Sangue do Paciente) PBM (MONTANO-PEDROSO *et al.*, 2020).

O PBM é constituído por um conjunto de estratégias baseadas em evidência para evitar as transfusões e tem sido utilizado na fase da pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19). Embora não haja relatos comprovados da transmissão do vírus por transfusão, houve uma grande queda do estoque de sangue doado. Assim, o PBM começa a tratar os pacientes eletivos com correção do ferro, para o aumento da eritropoiese, com medicação à base desse elemento (MONTANO-PEDROSO *et al.*, 2020).

Certamente, o PBM tem sido exigido em um momento triste e urgente da história, mas demonstra que é possível tratar sem TS. Para implementar esse programa, PBM, direcionado a atender não só as TJ, como também toda a população, são necessários o engajamento e o treinamento dos profissionais da área da saúde, em especial dos que fazem grandes cirurgias (MONTANO-PEDROSO *et al.*, 2020). Nesta pesquisa, porém, o PBM não foi mencionado por nenhum dos entrevistados.

Então, como o PBM constitui um conjunto de estratégia ele deve se aliar às alternativas citadas pelos entrevistados. Por exemplo, os adesivos teciduais são feitos de cola de fibrina que sela a lesão para evitar hemorragia e há o reaproveitamento do sangue com máquinas centrífugas, além de fatores de coagulação e do crioprecipitado, que impedem as hemorragias e são usados em larga escala nos portadores de hemofilia. Outro equipamento primordial para evitar as TS, são os bisturis eletro cautérios e os Perfluorocarbonos (PFC), que são carreadores de oxigênio. (ROCHA, 2017).

Ainda que a decisão dos médicos vise salvar a vida do paciente, percebe-se uma grande preocupação desses profissionais em relação à responsabilidade administrativa do conselho de classe. Ainda que apenas 1,8% (um entrevistado) tenha sofrido processos por ter transfundido contra a vontade do paciente, não há abordagens sobre a perda do registro médico por respeitar a autonomia desse indivíduo.

Nesse contexto, pode haver penalidades como advertência e censura confidencial (as mais comuns), censura pública, suspensão temporária por 30 dias e cassação, de acordo com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Essa preocupação se deve, em grande parte, à ausência de legislação específica e às determinações do CEM e CFM, além de questões condizentes a penalidades penais e civis (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013).

Disciplinado pelo CFM, o CEM foi atualizado pela última vez em 2018. Logo no preâmbulo, exorta a exigência de seguir as normas do código, seja no exercício da

profissão ou em outras áreas correlatas, como pesquisa, ensino e atividades relacionadas à Medicina (CFM, 2019a).

O CEM é constituído por quatro disposições gerais, 11 normas diceológicas e 117 deontológicas. Estas últimas são o temor dos médicos, pois impõem penas por infrações, desde simples advertências até a perda do registro da profissão (CFM, 2019a).

Dentre os princípios fundamentais descritos no Capítulo I, há os números I, que veda a discriminação; V, sobre a aprimoração dos conhecimentos; VI, relativo ao respeito pelo paciente; XVI, referente à proibição de não usar seus conhecimentos e dos meios científicos em prol causa danos ao paciente; e XXI, atinente à obrigatoriedade de aceitar as escolhas terapêuticas feitas pelos pacientes e cientificamente conhecidas (CFM, 2019a).

Já o Capítulo III indica que a responsabilidade profissional do médico se relaciona a aspectos que reproduzem do CCB (BRASIL, 2002). Ele será penalizado apenas se comprovadas as omissões a serem caracterizadas como negligência, na qual se deixa de observar o protocolo médico nos deveres inerentes à profissão e descritos no CEM; imprudência, em que as ações não apresentam as cautelas exigidas pelo código; e imperícia, quando não conhece as técnicas necessárias. Evidencia-se, pois, que a responsabilidade do médico é subjetiva, pessoal e nunca presumida (KFOURI NETO, 2019).

Diante do exposto, não implicaria o médico em perder o registro se usasse alternativas a hemotransfusões que respeitem a escolha do paciente, até mesmo porque qualquer tratamento está sujeito a iatrogenias. Ao observar os artigos do Capítulo IV do CEM, relacionados aos Direitos Humanos, nota-se que as descon siderações ora apresentadas podem ensejar a perda dos registros, pois estão de acordo com as normas constitucionais e os tratados internacionais citados alhures (CFM, 2019a).

Nos artigos 22, 23, 24, 27 do CEM, aborda-se a vedação da descon sideração dos médicos em obter o consentimento do paciente ou subestimar seu representante legal. Observa-se aqui exatamente a contrariedade à ressalva dita por todos os entrevistados, na qual o consentimento será relegado ao segundo plano, em caso de iminente risco de morte. Mesmo que 43,6% sequer conheçam os princípios bioéticos norteadores do Capítulo IV do CEM, eles são taxativos, sem ressalvas para serem menosprezados. O dispositivo 23, por exemplo, é reforçado pelo Capítulo I, inciso VI, dos princípios fundamentais, no qual a pessoa deve ser respeitada mesmo após a sua

morte; logo, não apresenta desconsideração, mesmo com o iminente risco de morte, pois esse estado não tira a dignidade da pessoa (CFM, 2019a).

Ademais, em pesquisa realizada com dados do Conselho Regional de Sergipe (CRM/SE), no período compreendido entre 2004 e 2013, foram instaurados 318 processos disciplinares. A maioria das denúncias partiu dos pacientes, com 337 médicos envolvidos, dos quais um pequeno número evoluiu para o processo ético profissional, em virtude do aperfeiçoamento do Direito médico. Foi constatado um vazio das penas somente no período analisado, com nenhuma cassação e uma suspensão de 30 dias (ALMEIDA; PIMENTEL, 2016).

Não houve nenhuma denúncia do CRM/SE no período em tela. Tais dados estão de acordo com os resultados desta pesquisa, pois, embora o número analisado seja menor, não foi relatado nenhum processo ético profissional, apenas um penal e sem condenação (ALMEIDA; PIMENTEL, 2016). Embora seja um estudo de âmbito regional, vislumbra-se que o temor dos médicos não se fundamenta de fato, tampouco no conselho acima citado.

Ao analisar o CCB (BRASIL, 2002), a profissão de médico constitui uma obrigação de meio; logo, para haver crime, é preciso provar imperícia, negligência ou imprudência. Dessa forma, ao profissional da saúde não se pode imputar uma culpabilidade se ele está apto a usar as alternativas à hemotransfusão com o suporte da assinatura do TCLE pelo paciente que vem a óbito, por exemplo. Nesse caso, respeitou-se a autonomia do indivíduo e é preciso perder essa perspectiva de “salvador de vidas” na profissão médica (KFOURI NETO, 2019).

E finalmente se volta a atenção para o CPB (BRASIL, 1940), em cujo artigo descrito abaixo está o desrespeito à autonomia dos pacientes por parte dos médicos:

Art. 146 [...]

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

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

No entendimento unânime dos 55 entrevistados e de alguns penalistas como Rogério Grego, o iminente fator de perigo de morte justifica a intervenção dos médicos e do Estado. Entretanto, no caso das TJ, entende-se que, mesmo nos casos de risco de morte, o consentimento deve ser respeitado, com respaldo do artigo 5º, II, IV – aqui se garante que a exigência não é obrigatória se não estiver contida em lei, e a recusa de terapia das TJ é assegurada pelo inciso IV do mesmo dispositivo (KFOURI NETO, 2019).

Dessa forma, seria difícil o médico ser penalizado se for provado, por TCLE, DAV, TV e Termo de Isenção de Responsabilidade, que ele deixou de realizar qualquer procedimento recusado pelo paciente. Não se sabe sobre quaisquer jurisprudências que indenizem as TJ por ter recebido ou não TS sem o próprio consentimento (KFOURI NETO, 2019). Essa informação denota uma insegurança jurídica e, conseqüentemente, uma ausência de lei sobre o assunto.

Outro dispositivo que, segundo os 55 entrevistados e alguns doutrinadores, subsidia a TS, compreende a omissão de socorro:

Art. 135. Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à **pessoa inválida ou ferida**, ao desamparo ou em **grave e iminente perigo**; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública (BRASIL, 1940, grifo nosso).

Esse aparato legislativo e o artigo 146 do CPB (BRASIL, 1940) não podem ser levados em consideração de maneira simplista, pois contemplam a legislação de quase um século atrás – se isso ocorrer de fato, é como se a ciência tivesse estagnado nesse período (FRANÇA, 2021).

Por isso, tais dispositivos se dividem em duas correntes: a primeira aduz que, se o médico acatar o consentimento do paciente e ele vier a óbito, essa situação pode ser caracterizada como omissão de socorro; e a segunda entende que, na ordem da titularização dos direitos fundamentais, a liberdade está em primeiro lugar; logo, o fato de o indivíduo estar em iminente risco de morte não o leva a perder o direito de liberdade de escolha assegurado pela CRFB (BRASIL, 1988) (FRANÇA, 2021).

Diante do entendimento de alguns defensores, a recusa de terapia não constitui crime de omissão de socorro por parte do médico, pois não se lida com um suicida. As TJ acreditam na ciência, procuram tratamentos médicos e apenas recusam a terapia de TS (FRANÇA, 2021). Diante desse impasse e da ausência de legislação específica que pacifique o tema, em 2019, o CFM editou a Resolução n. 2.232 que, apesar de ser um avanço, apresenta falhas e contradições (CFM, 2019b). Até o artigo 10 ela regulamenta o respeito pela autonomia do paciente, mas, no dispositivo seguinte, remete ao artigo 146, § 3º do CPB (BRASIL, 1940), o que desconstrói a resolução em si. O artigo 13, por exemplo, se refere a uma norma inválida ao ser comparada com o artigo 11, no qual não se tipifica a infração de qualquer natureza se a autonomia do paciente for acatada (CFM, 2019b).

Quanto à autonomia da vontade, princípio basilar da Bioética, não existe um documento regulamentador, embora haja os tratados internacionais – talvez isso justifique o desconhecimento por parte de 43,6% dos entrevistados. Dessa forma, os

médicos observam as disposições legislativas da classe, como a Resolução n. 1.995 (CFM, 2012), cujo objetivo é dar segurança tanto ao médico quanto ao paciente, sobretudo no artigo 2º:

Art. 2º. Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

As DAV ou TV, segundo o CFM, são um conjunto de vontades registrado previamente e delimitado sobre os cuidados desejados e refutados pelo paciente. No caso das TJ, esse documento é portado por elas, e, embora 85,4% dos entrevistados tenham atendido esses pacientes, apenas um diz ter conhecimento sobre ele e, inclusive, o anexou ao prontuário do paciente, conforme a orientação disposta no artigo 2º, § 4ª da Resolução n. 1.995 (CFM, 2012).

Outra controvérsia a respeito das DAV está no art. 2º § 1º, que diz respeito ao representante legal. Nesse aspecto, pode-se usar como analogia o artigo do CCB transcrito abaixo:

Art. 667. **O mandatário é obrigado a aplicar toda sua diligência habitual na execução do mandato**, e a indenizar qualquer prejuízo causado por culpa sua ou daquele a quem substabelecer, sem autorização, poderes que deveria exercer pessoalmente (BRASIL, 2002, grifo nosso).

O CCB (BRASIL, 2002) evidencia os poderes do representante legal em exercer a obrigação sobre o mandato imposto a ele. Na opinião dos entrevistados, os pacientes são desprovidos do conhecimento científico; logo, não estão aptos a escolher o tratamento adequado e indicam que a religião não deve se misturar com a ciência. Nesse caso, cabe aos médicos explicar os benefícios e malefícios do procedimento, mas, de forma alguma, decidir pelo paciente (FRANÇA, 2021).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação abordou diversas alternativas à hemotransfusão, em que um número considerável de médicos admitiu a existência delas, embora haja céticos quanto ao uso dessas opções. Assim, são necessárias pesquisas randomizadas de tratamentos sem a TS.

Mesmo que os direitos humanos e dignidade da pessoa humana sejam o núcleo axiológico nos planos nacional e internacional, dentre eles a predominância dos princípios da Bioética, o conhecimento e a prática dessa ciência são incipientes. Nesse ínterim, a sociedade observa uma lacuna de direitos fundamentais, não por falta de legislação, e sim por desumanização.

Dessa forma, é preciso disseminar o conhecimento e a prática dos princípios da Bioética. Consequentemente, entende-se que os direitos humanos não são um rol de favores e sim uma conquista com lutas contra atrocidade cometido no passado, em especial na Segunda Guerra Mundial.

É preciso entender que as TJ não pretendem abdicar de viver, e sim optar por uma terapia diferente. Ir contra esse postulado demonstra certo preconceito com o direito à liberdade de crença garantido na CRFB (BRASIL, 1988) e em diversos tratados internacionais. Vale ressaltar que, recorrentemente, o CFM é o CEM de fato, demonstração clara de uma formação moral enraizada no juramento de Hipócrates.

O respeito à dignidade da pessoa humana, alicerçado na inviolabilidade da liberdade de crença, também é garantido na CRFB (BRASIL, 1988). Todavia, os médicos precisam se conscientizar nesse contexto, pois a conduta deles, na perspectiva biótico-legal, não foi satisfatória – não se trata meramente da ausência de legislação específica, e sim de uma questão moral.

Destarte, há poucas pesquisas acerca da recusa em receber hemotransfusão por parte das TJ e elas se concentram nos termos religiosos; por conseguinte, é necessário buscar soluções, além das causas propriamente ditas. E essas soluções em parte estão na necessidade de mudanças no comportamento transfusional com a incorporação de recursos terapêuticos. Por exemplo, um entrevistado citou o medidor de hemoglobina digital, mas não encontrei a respeito no mesmo na literatura. Além da implementação de matérias a respeito do assunto na formação médica e na legislação específica, é preciso implementar políticas públicas voltadas a resolver o problema.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. A segurança do paciente à luz do referencial dos direitos humanos. **Revista de Direito Sanitário**, v.17, n. 2, p. 117-137, jul./out. 2016. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/122309/119046>>. Acesso em: 3 mar. 2021.

ALVES, R. V. S. Secularismo, neutralidade e tolerância: uma abordagem conceitual. In: FONSECA, A. B. C. (Org.). **Estado laico, intolerância e diversidade religiosa no Brasil**: pesquisas, reflexões e debates. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos; Secretaria Nacional de Cidadania, 2018. Disponível em: <<https://drive.google.com/viewerng/viewer?url=https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jsp/ui/bitstream/192/1144/1/LIVRO+ESTADO+LAICO+2018.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2021.

ANTHES, E. Save blood, save lives. **Nature**. v. 520, p. 24-26, 2015a. Disponível em: <<http://www.umc.edu.dz/images/articles/520024a.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2021.

ANTHES, E. **A sentinela**: quem são as Testemunhas de Jeová? São Paulo: Associação Torre de Vigia de Bíblias e Tratados; Cesário Lange, 2015b.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC n. 34, de 11 de junho de 2014**. Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. Brasília, 2014. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170553/04145350-rdc-anvisa-34-2014.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2021.

ÁVILA, H. **Teoria dos Princípios**: da definição à aplicação dos Princípios Jurídicos. 17. ed. São Paulo: Malheiros, 2016.

AZAMBUJA, L.; GARRAFA, V. Testemunhas de Jeová ante o uso de hemocomponentes e hemoderivados. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 6, p. 705-709, 2010. Disponível em: <[back.http://ns.umc.edu.dz/images/articles/520024a.pdf](http://ns.umc.edu.dz/images/articles/520024a.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2021.

BARROSO, L. R. A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação. **Revista Latino-Americana de Estudos Constitucionais**, n. 12, p. 89-137, nov. 2010. Disponível em: <[https://luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2016/06/Dignidade\\_texto-base\\_11dez2010.pdf](https://luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2016/06/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2021.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. Tradução de Luciana Pudenzi. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2013.

BÍBLIA SAGRADA. 206. ed. São Paulo: Ave-Maria. 2015.

BITENCOURT, C. R. **Código Penal Comentado**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2019.

BONELA, A. E. Bioética Baseada em Razões: Alguns Fundamentos. In: Thaumazein, v. 10, 2017, p. 29-38. <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/thaumazein/article/view/1979>> Acesso em: 22 maio 2021.

BONELA, A. E. et al. Ética das pesquisas envolvendo pessoas com transtornos mentais maiores. *Revista Internacional da Revista da Moral (ethic@)*, v. 20, n. 1, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ethic/article/view/80051>. Acesso em 19 de maio de 2021>>

BONEQUINI JÚNIOR, P.; GARCIA, P. C. **Manual de transfusão de sangue para médicos**. Botucatu: Unesp; HC/FMB, 2017. Disponível em: <<http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2018/01/MANUAL-DE-TRANSFUS%C3%83O-SANGU%C3%8DNEA-PARA-M%C3%89DICOS.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 13 mar. 2021.

BRASIL. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm)>. Acesso em: 6 abr. 2021.

BRASIL. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 jan. 2002. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm)>. Acesso em: 6 abr. 2021.

BRASIL. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**. 1. ed. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde; Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos; Esplanada dos Ministérios, 2020a. Disponível em: <[https://www.cff.org.br/userfiles/file/cebrim/renome\\_2010.pdf](https://www.cff.org.br/userfiles/file/cebrim/renome_2010.pdf)>. Acesso em: 22 maio 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 1212272 AL. Relator: ministro Gilmar Mendes. Brasília, 20 ago. 2019. **Diário da Justiça**, Brasília, 23 ago. 2019.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal (6ª Turma Cível). Apelação Cível n. 07126198220198070001 DF – 0712619-82.2019.8.07.0001. Relatora: Vera Andrighi. Brasília, 27 maio 2020. **Diário da Justiça**, Brasília, 3 jun. 2020b.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (1ª Câmara Cível). Apelação Cível n. 70054988266 RS. Relator: Irineu Mariani. Porto Alegre, 20 nov. 2013. **Diário da Justiça**, Brasília, 27 nov. 2013.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (12ª Câmara Cível). Agravo de Instrumento n. 70032799041 RS. Relator: Cláudio Baldino Maciel. Porto Alegre, 6 maio 2010. **Diário da Justiça**, Brasília, 3 ago. 2010.

CAVALIERI FILHO, S. **Programa de responsabilidade civil**. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**. Brasília, 2019a. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br>>. Acesso em: 25 abr. 2020.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 ago. 2012. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=244750>>. Acesso em: 6 mar. 2021.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 2.232, de 17 de julho de 2019b. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 set. 2019. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.232-de-17-de-julho-de-2019-216318370>>. Acesso em: 6 fev. 2021.

CORREIA-LIMA, F. G. **Erro médico e responsabilidade civil**. Brasília: CFM, 2012.

COVO, M. Z.; CRUZ, E. D. de A.; MAURÍCIO, A. B.; BATISTA, J.; SOUZA, L. A. L. de. Custo financeiro dos descartes de sangue total e hemocomponentes em um hemocentro coordenador brasileiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 40:e20190033, p. 1-10, 2019. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40/pt\\_1983-1447-rgenf-40-e20190033.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40/pt_1983-1447-rgenf-40-e20190033.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2020.

DADALTO, L. **Testamento Vital**. 5. ed. Indaiatuba: Foco, 2020.

FERRER, J. J.; ÁLVAREZ, J. C. **Para fundamentar a Bioética**: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

FRIAS, L.; LOPES, N. Considerações sobre o conceito de dignidade humana. **Revista Direito GV**, v. 11, n. 2, p. 649-670, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rdgv/v11n2/1808-2432-rdgv-11-2-0649.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2021.

FRANÇA, G. V. de. **Direito médico**. 17. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2021.

GALINDO, G. R. B. **Tratados Internacionais de Direitos Humanos e Constituição Brasileira**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.

FAMED. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. **Grade curricular**. Uberlândia: UFU, 2020. Disponível em: <<http://www.famed.ufu.br/>>. Acesso em: 12 abr. 2021.

GERWARTH, R. **O carrasco de Hitler**: a vida de Reinhard Heydrich, o supervisor da solução final para a questão judaica e a origem do holocausto. Tradução de Mário Molina. São Paulo: Cultrix, 2013.

GOODNOUGH, L. T.; MAGGIO, P.; HADHAZY, E.; SHIEH, L.; HERNANDEZ-BOUSSARD, T.; KHARI, P.; SHAH, N. Restrictive blood transfusion practices are associated with improved patient outcomes. **Transfusion**, v. 54, n. 10, p. 2753-2759, Jul. 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24995770/>>. Acesso em: 3 abr. 2021.

GONÇALVES, C. R. **Direito Civil Brasileiro**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2019. (Direito das Sucessões, v. 7).

GRECO, R. **Curso de Direito Penal: parte especial**. 15. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2018. (Introdução à Teoria Geral da Parte Especial: crime contra a pessoa, v. 2).

HUANG, S.; HUANG, Q.; XU, B.; MA, J.; CAO, G.; PEI, F. Effectiveness and safety of an optimized blood management program in total hip and knee arthroplasty: a large, single-center, retrospective study. **Medicine**, v. 97, n. 1, p. e9429, Jan. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5943113/>>. Acesso em: 6 mar. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JUNQUEIRA, P. C.; ROSENBLIT, J.; HAMERSCHLAK, N. História da Hemoterapia no Brasil. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 27, n. 3, p. 201-207, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbhh/v27n3/v27n3a13.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2021.

JW.ORG. **Testemunhas de Jeová**. 2021. Disponível em: <<https://www.jw.org/pt/>>. Acesso em: 14 mar. 2021.

KFOURI NETO, M. **Responsabilidade civil do médico**. 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2019.

KLEIN, A. A.; BAILEY, C. R.; CHARLTON, A. J.; EVANS, E.; GUCKIAN-FISHER, M.; MCCROSSAN, R.; NIMMO, A. F.; PAYNE, S.; SHREEVE, K.; SMITH, H.; TORELLA, F. Association of Anaesthetists guidelines: cell salvage for peri-operative blood conservation. **Anaesthesia**, n. 73, p. 1141-1150, 2018. Disponível em: <<https://associationofanaesthetists-publications.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/anae.14331>>. Acesso em: 22 maio 2021.

LIMA, G. L.; AsCBC-AM1.; BYK, J. **Trauma e transfusão sanguínea precoce: o desafiante manejo de hemorragias em Testemunhas de Jeová**. **Rev. Col. Bras. Cir. [online]**. 2018, vol.45, n.6, e1974. Epub Nov 29, 2018. ISSN 1809-4546. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181974>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0100-69912018000600700&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-69912018000600700&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) << Acesso em: 5 dezembro. 2020

LOUREIRO, C. R. O. M. S. **Introdução ao Biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2009.

LOZANO, F.; BORGNO, L.; MORA, F. G.; LAGOS, F.; BORCHES, F.; WETSCH, P.; BARRERO, G.; ALMADA, H. R. Demanda de información y conocimiento de los pacientes de su derecho a decidir o rechazar una cirugía: experiencia en dos servicios quirúrgicos. **Revista Médica del Uruguay**, v. 34, n. 2, p. 67-86, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v34n2/1688-0390-rmu-34-02-67.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2021.

MACHADO, S.; PINTO, R. P.; ARAÚJO, F.; COUTINHO, A. M.; SEARA, M.; MOURA, A. M.; OLIVEIRA, P. R. de. Impacto da re-infusão de sangue autólogo na necessidade de transfusão de sangue alogênico após artroplastia total do joelho: resultados de um

ensaio clínico controlado e randomizado. **Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia**, v. 25, [n.p.], 2017. Disponível em: <<http://www.rpot.pt/app/public/detalhes/arquivoDetalhes.xhtml?jsessionid=62CDC0E14678A1430E9EF64567FD2982?id=426&locale=pt>>. Acesso em: 4 out. 2020.

MARINO JÚNIOR, R. **Bioética Global**: princípio para uma moral mundial é universal e de uma medicina mais humana. São Paulo: Hagnos, 2009.

MARQUES FILHO, J.; HOSSNE, W. Relação médico-paciente nos pareceres-consultas enviados ao Cremesp. **Revista Bioética**, v. 25, n. 2, p. 371-381, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n2/1983-8042-bioet-25-02-0371.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2020.

MASSON, N. **Manual de Direito Constitucional**. 5. ed. Salvador: Juspodivm, 2017.

MONTANO-PEDROSO, J. C.; SANTOS, A. A.; SANTOS, W. S. L.; ARAÚJO, R. S.; RABELLO, G. de C. M.; FERREIRA, L. M. Patient Blood Management PBM: an effective, safe, cost-effective and evidence-based way to provide medical treatment in the face of scarcity of blood bags caused by the COVID-19 pandemic. **SciELO Preprints**, [s.n.], p. 1-37, 2020. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/291/959>>. Acesso em: 21 maio 2021.

MONTEIRO, R. da S. F.; SILVA JUNIOR, A. G. da. Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. **Revista Bioética**, v. 27, n. 1, p. 86-97, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/bioet/v27n1/1983-8042-bioet-27-01-0086.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2021.

NUNES, R. **Ensaio em Bioética**. Brasília: CFM, 2017.

OEA. Organização dos Estados Americanos. **Convenção Americana de Direitos Humanos**. San José, 22 nov. 1969. Disponível em: <[https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao\\_americana.htm](https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm)>. Acesso em: 10 fev. 2021.

OKANO, A.; MARQUES, I.; CAETANO, V. de S. G. A Transfusão de Sangue e as Testemunhas de Jeová: liberdade religiosa e fundamentos econômicos para as decisões judiciais. **Acta Científica**, v. 25, n. 1, p. 23-50, 4 dez. 2016. Disponível em: <<https://revistas.unasp.edu.br/acch/article/view/1041>>. Acesso em: 7 mar. 2021.

ONU. Organização das Nações Unidas. **A/HRC/25/66**. Recomendações do Fórum das Nações Unidas sobre Questões de Minorias. 22 jan. 2014. Disponível em: <<https://www.direitoereligiao.org/recursos/documentos/recomendacoes-onu-2014>>. Acesso em: 22 fev. 2021.

OUA. Organização da Unidade Africana. **Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos**. Nairóbi, 27 jul. 1981. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/africa/banjul.htm>>. Acesso em: 22 maio 2021.

PASSOS, J. F. S.; SHIMIZU, H. E.; GARRAFA, V. Código de ética médica brasileiro: limites deontológicos e bioéticos. **Revista Bioética**, v. 25, n. 2, p. 244-254, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n2/1983-8042-bioet-25-02-0244.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2020.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. de. **Problemas atuais de Bioética**. 11. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2014.

PIOVESAN, F. **Direitos humanos e o direito constitucional Internacional**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

RAJTAR, M. Relational autonomy, care, and Jehovah's Witnesses in Germany. **Bioethics**, v. 32, n. 3, p. 184-192, Mar. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29369377/>>. Acesso em: 6 abr. 2021.

RESENDE, J. R. V.; ALVES, R. V. S. A legitimidade da recusa da Transfusão de Sangue por motivos religiosos à luz do direito à saúde nos 30 anos da Constituição. **Direitos Humanos e Democracia**, ano 8, n. 15, p. 78-95, 2020. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/direitoshumanosedemocracia/article/view/9480>>. Acesso em: 8 mar. 2021.

REZENDE, J. M. **À sombra do plátano: crônicas de história da Medicina**. São Paulo: Editora da Unifesp, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 20 maio 2020.

ROCHA, K. W. O. Técnicas de recomposição de componentes do sangue para fins terapêuticos. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 49, n. 4, [n.p.], nov./dez. 2017. Disponível em: <<http://www.rbac.org.br/artigos/tecnicas-de-recomposicao-de-componentes-do-sangue-para-fins-terapeuticos/>>. Acesso em: 22 maio 2021.

ROLLINS, K. E.; CONTRACTOR, U.; INUMERABLE, R.; LOBO, D. N. Major abdominal surgery in Jehovah's Witnesses. **Annals of the Royal College of Surgeons of England**, v. 98, n. 8, p. 532-537, 2016. Disponível em: <<https://publishing.rcseng.ac.uk/doi/pdf/10.1308/rcsann.2016.0210>>. Acesso em: 3 maio 2021.

RUMBLE, C. S. M. **Vozes em defesa da fé: Testemunhas de Jeová**. Brasil: Vozes, 1954. v. 22.

SANTOS, A. S.; SILVA, J. P. da; SILVA, L. da F.; SOUSA, A. G. de; PIOTTO, R. F.; BAUMGRATZ, J. F. Therapeutic options to minimize allogeneic blood transfusions and their adverse effects in cardiac surgery: systematic review. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 29, n. 4, p. 606-621, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbccv/v29n4/0102-7638-rbccv-29-04-0606.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

SCHEFFER, M. (Coord.). **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo: FMUSP; CFM, 2020. Disponível em: <[https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020\\_9DEZ.pdf](https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf)>. Acesso em: 7 nov. 2020.

SILVA, L. G. T. Religião e política no Brasil. **Revista de Estudios Latinoamericanos**, n. 64, [n.p.], 2017.

SIMÕES, J.; QUADRADO, M.; PEREIRA, E. *Cell-saver* em cirurgia cardíaca: eficiência clínica é avaliação de custo-efetividade. **Salutis Scientia**, v. 7, p. 12-19, mar. 2015. Disponível em:

<<http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/download.aspx?artigoid=31306>>. Acesso em: 14 mar. 2021.

TAKASCHIMA, A. K. K.; SAKAE, T. M.; TAKASCHIMA, A. K.; TAKASCHIMA, R. dos S. T.; LIMA, B. J. S. B. de; BENEDETTI, R. H. Dever ético e legal do anestesiológista frente ao paciente testemunha de Jeová: protocolo de atendimento. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 66, n. 6, p. 637-641, 2016. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/rba/v66n6/pt\\_0034-7094-rba-66-06-0637.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rba/v66n6/pt_0034-7094-rba-66-06-0637.pdf)>. Acesso em: 7 mar. 2021.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris, 24 jun. 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_univ\\_bioetica\\_dir\\_hum.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf)>. Acesso em: 25 maio 2020.

YOSHIDA, T.; PRUDENT, M.; D'ALESSANDRO, A. Red blood cell storage lesion: causes and potential clinical consequences. **Blood Transfusion**, v. 17, n. 1, p. 27-52, Jan. 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6343598/>>. Acesso em: 22 maio 2021.

## APÊNDICES

### Apêndice 1 – Modelo de Diretivas Antecipadas de Vontade

<p>_____ (Assinatura)</p> <p>_____ (Local e data)</p> <p><b>DECLARAÇÃO DAS TESTEMUNHAS:</b> Declaro, para os devidos fins de direito, que o outorgante assinou este documento na minha presença, estando em pleno gozo de suas faculdades mentais e livre de qualquer erro, dolo ou coação. Tenho 18 anos de idade ou mais. <b>Também, não sou o procurador nem o procurador alternativo do outorgante, nomeados mediante este documento.</b></p> <p>_____ (Assinatura da testemunha)</p> <p>_____ (Nome e n.º do RG)</p> <p>_____ (Assinatura da testemunha)</p> <p>_____ (Nome e n.º do RG)</p>	
<p style="text-align: center;"><b>PROCURADOR</b></p> <p>Nome e qualificação: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>_____</p> <p>Telefone(s): _____</p>	<p>dpa: T Ba 1/16 <span style="float: right;">Página 2 de 2</span></p>
<p style="text-align: center;"><b>PROCURADOR ALTERNATIVO</b></p> <p>Nome e qualificação: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>_____</p> <p>Telefone(s): _____</p>	<p style="text-align: center;"><b>Diretivas Antecipadas e Procuração para Tratamento de Saúde</b> (O documento está assinado na parte interna)</p> <p style="text-align: center;"><b>NÃO APLIQUE SANGUE</b></p> <p style="text-align: center;"></p>

### Diretivas Antecipadas e Procuração para Tratamento de Saúde

1. Eu, \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 preencho este documento para determinar diretivas relativas ao tratamento de minha saúde e nomear um procurador para o caso de eu vir a ficar inconsciente.
2. Sou Testemunha de Jeová, e não aceito **NENHUMA TRANSFUSÃO de sangue total, glóbulos vermelhos, glóbulos brancos, plaquetas ou plasma** em nenhuma circunstância, mesmo que os profissionais de saúde opinem que isso seja necessário para a manutenção da minha vida. (Atos 15:28, 29) Recuso-me a fazer doações antecipadas e a armazenar meu sangue para posterior infusão.
3. **Com respeito a questões que envolvam fim da vida:** [Após minha assinatura abreviada (rubrica) na opção que se aplica ao meu caso.]
- (a) \_\_\_\_\_ Não desejo que minha vida seja prolongada se, conforme certo grau razoável de certeza médica, meu quadro clínico for considerado em fase terminal, em razão de enfermidade grave e incurável.
- (b) \_\_\_\_\_ Desejo que minha vida seja prolongada tanto quanto possível, nos limites dos padrões médicos geralmente aceitos, mesmo que isso signifique ser mantido vivo por anos com a ajuda de aparelhos.
4. **Instruções com respeito a outros tratamentos de saúde** (tais como medicamentos em uso, alergias, problemas de saúde ou qualquer outra instrução sobre minha vontade com relação a tratamentos médicos). É minha vontade que:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
5. Não concedo a ninguém (incluindo meu procurador) autoridade para desconsiderar ou anular minhas instruções expressas neste documento. Familiares, parentes ou amigos talvez discordem das minhas decisões, mas qualquer discordância da parte deles não diminui a força ou a substância da minha recusa de sangue ou de outras instruções.
6. À parte das questões acima abrangidas, nomeio a pessoa indicada neste documento como meu procurador para tomar em meu nome decisões sobre tratamentos de saúde. Outorgo-lhe plenos poderes para solicitar informações de meus médicos, requerer e receber cópias de meus prontuários médicos, tomar medidas legais para garantir que minha vontade seja respeitada e representar-me judicial e extrajudicialmente (cláusula *ad judicium et extra*). Se meu primeiro procurador não estiver disponível, estiver incapacitado ou não estiver disposto a servir, nomeio um procurador alternativo, conforme indicado neste documento, para atuar com os mesmos poderes e autoridade.

## Termo de renúncia

Konzentrationslager \_\_\_\_\_  
 Abteilung II

## E r k l ä r u n g.

Ich, - der - die \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ In: \_\_\_\_\_

gebe hiermit folgende Erklärung ab:

1. Ich habe erkannt, dass die Internationale Bibelforschervereinigung eine Irrlehre verbreitet und unter dem Deckmantel religiöser Betätigung lediglich staatsfeindliche Ziele verfolgt.
2. Ich habe mich deshalb voll und ganz von dieser Organisation abgewandt, und mich auch innerlich von dieser Sekte freigemacht.
3. Ich versichere hiermit, dass ich mich nie wieder für die Internationale Bibelforschervereinigung betätigen werde. Personen, die für die Irrlehre der Bibelforscher an mich werbend herantreten oder in anderer Weise ihre Einstellung als Bibelforscher bekunden, werde ich unverzüglich zur Anzeige bringen. Sollten mir Bibelforscherschriften zugesandt werden, so werde ich diese umgehend bei der nächsten Polizeidienststelle abgeben.
4. Ich will künftig die Gesetze des Staates achten, insbesondere im Falle eines Krieges mein Vaterland mit der Waffe in der Hand verteidigen und mich voll und ganz in die Volksgemeinschaft eingliedern.
5. Mir ist eröffnet worden, dass ich mit meiner erneuten Inschutzhaftnahme zu rechnen habe, wenn ich meiner heute abgegebenen Erklärung zuwiderhandle.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift.

KL/47/4. 43 5000

## Apêndice 2 – Declaração de ciência da gestão acadêmica da UFU



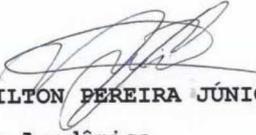
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA  
GESTÃO ACADÊMICA

# DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa **"ANÁLISE BIOÉTICA-LEGAL DO CONHECIMENTO E CONDUTA DE MÉDICOS: HEMOTRANSFUSÃO EM PACIENTES TESTEMUNHAS DE JEOVÁ"** será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas responsabilidades do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Declaro, ainda, que o projeto de pesquisa apresentado não tem financiamento oriundo de recursos do SUS.

Autorizo os pesquisadores **RODRIGO VITORINO SOUZA ALVES// VÂNIA SOARES DOS SANTOS// LINEKEER FERNANDES DIAS** a realizarem a pesquisa utilizando a infraestrutura deste hospital, com uma pesquisa bibliográfica da literatura especializada e aplicação de uma entrevista semi-estruturada aos médicos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Uberlândia-MG, 09/09/2019

  
PROF. DR. NILTON PEREIRA JÚNIOR  
Gestão Acadêmica

Hospital de Clínicas de Uberlândia  
Prof. Dr. Nilton Pereira Júnior  
Gestor Acadêmico  
Portaria Feita nº 723/2019

## Apêndice 3 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UFU



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE BIOÉTICO-LEGAL DO CONHECIMENTO E CONDUTA DE MÉDICOS: HEMOTRANSFUSÃO EM PACIENTES TESTEMUNHAS DE JEOVÁ

**Pesquisador:** Rodrigo Vitorino Souza Alves

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 28092619.6.0000.5152

**Instituição Proponente:** Faculdade de Direito

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.911.709

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de respostas às pendências apontadas no parecer consubstanciado número 3.888.950, de 28 de Fevereiro de 2020.

Conforme apresenta o protocolo:

O relacionamento médico paciente sofreu grandes modificações ao longo do tempo e um dos fatores que propiciou tal mudança foi o Julgamento de Nuremberg, em que se ressaltou a dignidade e a autonomia humanas. Entretanto, há situações nas quais médicos se veem diante de um dilema: realizar um procedimento que entende necessário e ignorar a recusa pelo paciente, ou deixar de realizar o procedimento em respeito à decisão do paciente, decisão esta tomada de modo informado e por agente civilmente capaz. Com isso em vista, este estudo tem por objetivo avaliar as condutas e conhecimentos de médicos, na perspectiva da Bioética e do Direito, acerca de procedimentos relacionados à hemotransfusão em pacientes Testemunhas de Jeová. Para tanto, será empregada pesquisa bibliográfica na literatura especializada e recorrer-se-á ao instrumento da entrevista semi-estruturada, a ser aplicada aos médicos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) e médicos cirurgiões que atendem na rede privada de saúde da cidade de Uberlândia, Minas Gerais.

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.911.709

**Hipótese:**

Hipótese 1: Os médicos entrevistados justificam que suas decisões tem por base a eficiência das transfusões de sangue na estabilização clínica dos pacientes.

Hipótese 2: Os médicos justificam que optam pelas transfusões porque os resultados são a curto prazo, ao passo que as alternativas às transfusões não são indicadas em emergências.

Hipótese 3: O uso de tratamento alternativo à transfusões de sangue em uma emergência são ineficazes, porque os mesmo só funcionam em caso eletivos.

Hipótese 4: O uso de tratamento alternativo ao sangue não são aplicáveis à realidade brasileira, devido a precariedade na estrutura econômica financeira da saúde no sistema público.

Hipótese 5: Os tratamentos alternativos às transfusões de sangue integral existem, mas só são aplicáveis nos serviços privados de saúde, devido ao alto custo financeiro econômicos a eles associados, os quais o não são custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

**Critério de Inclusão:**

- I) Profissional graduado em medicina, com registro ativo no Conselho Federal de Medicina (CFM) e autorizado a exercer esta profissão em território nacional na data de realização desta pesquisa;
- II) Atendentes em rede pública e privada, mediante a assinatura do TCLE;
- III) profissionais de ambos os sexos;
- IV) Médicos cuja atuação envolva intervenções sujeitas a hemotransusão ou procedimentos alternativos.

**Critério de Exclusão:**

- I) Médicos que, que estejam com seu registro suspenso ou caçado pelo Conselho Federal de Medicina;
- II) Médicos que atendam somente clínica médica;
- III) Médicos que não fazem intervenções cirúrgicas;
- IV) Médicos que expressarem intolerância religiosa.

**Metodologia Proposta:**

Este estudo trata-se de uma pesquisa de caráter hipotético-dedutivo, descritivo exploratório, com execução programada para ocorrência entre outubro de 2019 a dezembro 2020, totalizando 15 (quinze) meses.

A metodologia para desenvolvimento deste trabalho será dividida em cinco etapas, estabelecidas

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.911.709

da seguinte forma:

**Etapa 1:** Realização de pesquisa bibliográfica e documental sobre o tema da transfusão de sangue, o que incluirá livros e artigos de autores nacionais e estrangeiros, legislação nacional, tratados e declarações internacionais, jurisprudência, relatórios, assim como outros documentos pertinentes ao tema. Será também investigada a existência de opções alternativas à transfusão de sangue, bem como o reconhecimento de sua eficácia pela comunidade científica.

**Etapa 2:** Será elaborado um instrumento de pesquisa semi-estruturado que busque avaliar a conduta de médicos, na perspectiva bioético-legal, relativa à administração de hemotransfusão em pacientes Testemunhas de Jeová. A elaboração desse instrumento será precedida por uma revisão bibliográfica integrativa que busque por instrumentos já validados e utilizados na literatura científica. Na falta destes, o instrumento será elaborado pelos próprios pesquisadores deste trabalho, em caráter semiestruturado (Apêndice A).

**Etapa 3:** Aplicação do instrumento de entrevista semiestruturada a médicos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) e/ou àqueles que atendam na rede privada de saúde da cidade de Uberlândia, Minas Gerais, cuja atuação envolva intervenções sujeitas a procedimentos de hemotransfusão ou procedimentos alternativos. Objetiva-se aplicar o instrumento de entrevista, por conveniência, a pelo menos 50 (cinquenta) médicos. A casuística deste trabalho é indeterminada, tendo em vista que a aplicação do instrumento de entrevista semiestruturado será feita até a saturação das respostas dos profissionais de saúde às perguntas serão de caráter qualitativo. Para entrevista dos profissionais de saúde, será utilizado um gravador e, subsequentemente, será feita a transcrição das respostas dos entrevistados ao questionário semiestruturado.

**Etapa 4:** Análise quali-quantitativa dos dados coletados no instrumento de entrevista. As análises qualitativa e quantitativa serão feitas utilizando softwares especialmente desenvolvidos para essa finalidade. Serão aplicados instrumentos de análise estatística como: média; moda; mediana; desvio padrão e, subsequentemente, construção de gráficos para potencializar a visualização dos dados analisados.

**Etapa 5:** Partindo das respostas obtidas através da aplicação do formulário de entrevista semiestruturado, os resultados obtidos serão problematizados com a literatura científica acerca do tema. A busca desse material teórico para subsídio da problematização será feita nas seguintes bases de dados: Bireme Scielo, MEDLine, PUBMed, artigos referentes ao tema constantes nos seguintes ordenamentos: Constituição Federal, Código Civil, Código Penal e tratados internacionais. optando-se por manuscritos publicados em periódicos de maior fator impacto,

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.911.709

bem como publicações mais recentes. Essa etapa de problematização fundamentará a escrita de um manuscrito final para apresentação dos resultados provenientes da execução deste projeto de pesquisa e possível veiculação futura deste a um periódico científico.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar as condutas e conhecimentos dos médicos, na perspectiva da Bioética e do Direito, acerca de procedimentos relacionados à hemotransfusão em pacientes Testemunhas de Jeová.

Objetivo Secundário:

Coletar, através de um questionário em forma de entrevista, quais foram às tomadas de decisão dos médicos frente à posição de pacientes Testemunhas de Jeová que necessitam de transfusão sanguínea e, por motivos religiosos, recusam tais procedimentos. Investigar qual a aceitação e conhecimento dos médicos em utilizar alternativas às hemotransfusões integrais em pacientes Testemunhas de Jeová. Investigar quais os suportes teóricos bioéticos, legais e clínicos utilizados pelos médicos para subsidiar sua tomada de decisões frente ao manejo da hemotransfusão em pacientes Testemunhas de Jeová. Analisar a conformidade da tomada de decisões de médicos, frente a procedimentos de transfusão sanguínea, em pacientes Testemunhas de Jeová, com o Código de Ética Médica, a Constituição Federal, Código Civil, Código Penal e tratados internacionais. Problematizar os resultados coletados com preceitos contidos no Código de Ética Médica, Constituição Federal, Código Civil, Código Penal e tratados internacionais. Descrever os resultados apresentados no instrumento de pesquisa através de mecanismos de análise qualitativa e análise estatística.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os pesquisadores:

Riscos: Esta pesquisa emprega técnicas e métodos de pesquisa em que não se realizarão intervenções ou quaisquer modificações intencionais diretas nas variáveis psicológicas ou sociais dos indivíduos que participarão da pesquisa. Dessa forma, os pesquisadores deste trabalho garantem que, em nenhum momento, os participantes serão identificados pelos seus nomes ou sinais que possam identificá-los, com total preservação do anonimato, no processo de análise dos dados e estruturação dos resultados. Para tanto, os entrevistados serão codificados não-nominalmente. Outro risco possível, deste processo de pesquisa, seria a submissão dos entrevistados ao constrangimento. Nesse aspecto, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.911.709

(TCLE) dará total autonomia ao entrevistado de não responder perguntas às quais não se sinta à vontade para tal, bem como sair da pesquisa sem punição, danos morais ou financeiros.

**Benefícios:** Serão beneficiados, diretamente, os profissionais da saúde do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia, bem como os das unidades privadas, quanto para pacientes Testemunhas de Jeová, na perspectiva da promoção de um atendimento mais humanizado em consonância com a literatura científica. Espera-se contribuir para a discussão sobre a responsabilidade dos médicos diante de situações envolvendo a hemotransfusão ou a aplicação de procedimentos alternativos por razões religiosas. Ademais, essa pesquisa buscará levantar a problemática dos tratamentos compulsórios em serviços de saúde e seu diálogo com o biodireito. Os médicos do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia e demais unidades de saúde terão a oportunidade de expressar sobre suas reais posições quanto às tomadas de decisões em atendimento a Testemunhas de Jeová que recusam a receber transfusões de sangue. As Testemunhas de Jeová, poderão buscar tratamento de saúde com a segurança de que suas convicções religiosas serão observadas e respeitadas. Prospecta-se isso, visto que, após a mensuração das condições de vulnerabilidade desse grupo minoritário torna-se necessário o conhecimento de tratamentos alternativos à transfusão de hemoderivados. Indiretamente, serão beneficiados não só moradores de Uberlândia e região, mas espera-se dar um respaldo maior nesse assunto, tratamentos alternativos é conduta dos médicos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de Projeto de Iniciação Científica da estudante de direito da FADIR da UFU, Vania Soares dos Santos, sob orientação do professor Rodrigo Vitorino Souza Alves.

Trata-se de "pesquisa em ciências humanas e sociais: aquelas que se voltam para o conhecimento, compreensão das condições, existência, vivência e saberes das pessoas e dos grupos, em suas relações sociais, institucionais, seus valores culturais, suas ordenações históricas e políticas e suas formas de subjetividade e comunicação, de forma direta ou indireta ..." de acordo com a RESOLUÇÃO No 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016 Capítulo I, Art. 2o XVI.

**Desfecho Primário:**

Espera-se identificar a posição médica na tomada de decisões dos médicos em relação a tratar os pacientes Testemunhas de Jeová, que recusam receber sangue total, no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e centros médicos de atendimento privados.

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLANDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.911.709

**Desfecho Secundário:**

Identificar se há transfusões de forma compulsório nas unidades públicas de saúde de Uberlândia são na mesma proporção em que unidade privadas.

Esclarecer se os médicos têm conhecimento dos verdadeiros motivos pelos quais as Testemunhas de Jeová recusam receber transfusões de sangue total.

Entender quais os sentimentos dos médicos quando ignoram o consentimento dos pacientes Testemunhas de Jeová e fazem a transfusão sanguínea.

Ter conhecimento se o Estado cumpre seu dever de proteção do cidadão, tanto do profissional, quanto do paciente em fornecer os meios necessários para desenvolver o trabalho e de ter acesso ao tratamento de saúde adequado. Os médicos são processados por pacientes quando exercem seu dever de salvar vidas.

INSTRUMENTO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO <Questionario.pdf 17/01/2020 12:41:25>:  
Tratase de questionário com 27 questões, predominantemente de respostas descritivas (abertas).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de rosto (Folha\_de\_Rosto.pdf 15/01/2020 15:00:22): não há considerações a serem feitas;
- Currículo da equipe de pesquisa Currículo\_lattes\_dos\_participantes.pdf 17/01/2020 13:31:01): não há considerações a serem feitas;
- Orçamento: não há considerações a serem feitas;
- Documento da equipe executora(Termo\_de\_Compromisso\_da\_Equipe.pdf 09/10/2019 21:09:44): não há considerações a serem feitas;
- Documento da instituição coparticipante<Declaracao\_Instituicao.pdf 09/10/2019 21:07:44>: não há considerações a serem feitas.
- TCLE (TCLE.pdf 15/01/2020 14:48:19): não há considerações a serem feitas.
- Cronograma: não há considerações a serem feitas (pendência atendida).

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 3.888.950, de 28 de Fevereiro de 2020, foram atendidas.

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLANDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.911.709

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Dezembro de 2020.

\* Tolerância máxima de 06 meses para atraso na entrega do relatório final.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12 ) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 3.911.709

adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1450929.pdf	02/03/2020 16:39:01		Aceito
Outros	parecer.pdf	02/03/2020 16:35:00	VANIA SOARES DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	02/03/2020 15:58:42	VANIA SOARES DOS SANTOS	Aceito
Outros	Curriculo_lattes_dos_participantes.pdf	17/01/2020 13:31:01	VANIA SOARES DOS SANTOS	Aceito
Brochura Pesquisa	Questionario.pdf	17/01/2020 12:41:25	VANIA SOARES DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	15/01/2020 15:00:22	VANIA SOARES DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/01/2020 14:48:19	VANIA SOARES DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Compromisso_da_Equipe.pdf	09/10/2019 21:09:44	VANIA SOARES DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicao.pdf	09/10/2019 21:07:44	VANIA SOARES DOS SANTOS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLANDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 3.911.709

UBERLÂNDIA, 11 de Março de 2020

---

**Assinado por:**  
**Karine Rezende de Oliveira**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

## Apêndice 4 – Termo de compromisso junto à Plataforma Brasil



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

### FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: ANÁLISE BIOÉTICO-LEGAL DO CONHECIMENTO E CONDUTA DE MÉDICOS: HEMOTRANSFUSÃO EM PACIENTES TESTEMUNHAS DE JEOVA			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 50			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 6. Ciências Sociais Aplicadas, Grande Área 7. Ciências Humanas			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: Rodrigo Vitorino Souza Alves			
6. CPF: 077.464.916-00	7. Endereço (Rua, n.º): SALVADOR 894 NOSSA SENHORA APARECIDA Apto 502 UBERLÂNDIA MINAS GERAIS 38400757		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (34) 9158-8764	10. Outro Telefone:	11. Email: vitorino.rodrigo@yahoo.com.br
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> <p>Data: <u>02, 12, 2019</u></p> <p style="text-align: right;"> Assinatura</p>			
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG		13. CNPJ:	14. Unidade/Orgão: Faculdade de Direito
15. Telefone: (84) 3239-4226	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Responsável: <u>HELVÉCIO DAMIS DE OLIVEIRA CUNHA</u> CPF: <u>010-318-976-77</u></p> <p>Cargo/Função: <u>DIRETOR</u></p> <p>Data: <u>04, 12, 2019</u></p> <p style="text-align: right;"> Assinatura</p>			
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.		Universidade Federal de Uberlândia Prof. Dr. Helvécio Damis de Oliveira Cunha Diretor da Faculdade de Direito "Prof. Jacy de Assis" Portaria SEI REITO N.º 766/2019	

## Apêndice 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada (a) a participar da pesquisa intitulada

**TRANSFUSÃO DE SANGUE EM PACIENTES TESTEMUNHAS DE JEOVÁ: UMA ANÁLISE BIOÉTICO-LEGAL DO COMPORTAMENTO MÉDICO**, sob a responsabilidade **Vania Soares dos Santos, Lineker Fernandes Dias, Rodrigo Vitorino Souza Alves**.

Nesta pesquisa, nós estamos buscando avaliar **as condutas e conhecimentos de médicos, na perspectiva bioética e legal acerca de procedimentos relacionados à hemotransfusão em pacientes Testemunhas de Jeová**.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (TCLE) será obtido pela pesquisadora Vania Soares dos Santos, antes das entrevistas, nos locais em que o profissional atua, este termo deixa clara a liberdade da pessoa em participar ou não da pesquisa, bem como a possibilidade de desistir a qualquer momento, garantias dadas pelo item IV da Resol. CNS 466/12 ou Cap. III da Resol. 510/2016.

A assinatura do TCLE é a concordância do profissional em participar da pesquisa proposta neste documento. A pesquisa será realizada por meio da aplicação de um questionário, o qual conterà perguntas abertas e fechadas, cujas respostas serão gravadas e depois transcritas. Findo o processo, as gravações serão excluídas. As entrevistas serão feitas em local, dia e hora indicados pelo entrevistado. As entrevistas terão duração em média de 20 a 30 minutos.

Em nenhum momento você será identificado, de modo que sua identidade será preservada mesmo depois da publicação do artigo. O entrevistado não terá qualquer gasto nem obterá ganho financeiro ou reembolso por participar na pesquisa.

Esta pesquisa emprega técnicas e métodos de pesquisa em que não se realizarão intervenções ou quaisquer modificações intencionais diretas nas variáveis psicológicas ou sociais dos indivíduos que participarão.

Dessa forma, os pesquisadores deste trabalho garantem que, em nenhum momento, os participantes serão identificados pelos seus nomes ou sinais que possam identificá-los, com total preservação do anonimato, no processo de análise dos dados e estruturação dos resultados. Para tanto, os entrevistados serão codificados não nominalmente.

Outro risco possível, deste processo de pesquisa, seria a submissão dos entrevistados ao constrangimento. Nesse aspecto, o TCLE dará total autonomia ao entrevistado de não

1/2

Rubrica do Participante da pesquisa

Rubrica do Pesquisador

responder perguntas às quais não se sinta à vontade para tal, bem como sair da pesquisa sem punição, danos morais ou financeiros.

Reafirmo que a pesquisa será feita com recursos próprios, ou seja, não onerará o Sistema Único de Saúde, (SUS). Serão beneficiados, diretamente, os profissionais da saúde do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia, bem como os das unidades privadas e os pacientes Testemunhas de Jeová. Espera-se contribuir para a discussão sobre a responsabilidade dos médicos diante de situações envolvendo a hemotransfusão ou a aplicação de procedimentos alternativos por razões religiosas. Os médicos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e demais unidades de saúde terão a oportunidade de expressar sobre suas reais posições quanto às tomadas de decisões em atendimento a Testemunhas de Jeová que recusam a receber transfusões de sangue. As Testemunhas de Jeová, poderão buscar tratamento de saúde com a segurança de que suas convicções religiosas serão observadas humanizada e respeitadas. Indiretamente, serão beneficiados não só moradores de Uberlândia e região, mas espera-se dar um respaldo maior nesse assunto, tratamentos alternativos e conduta dos médicos.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Vania Sores dos Santos, telefone (34) 99106 6234, nos seguintes endereços: Faculdade de Direito Professor Jacy de Assis, Bloco 3D na Universidade Federal de Uberlândia, à Avenida João Naves de Ávila, 2121, bairro Santa Monica. Uberlândia, Minas Gerais. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, ..... de..... 2020.

---

Assinatura do(s) pesquisador (es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---

Assinatura do participante da pesquisa

2/2

Rubrica do Participante da pesquisa

Rubrica do Pesquisador

## ANEXOS

### Anexo 1 – Modelos de *Cell Saver*



### Anexo 2 – Hemoglobinômetro digital



### Anexo 3 – Cola de milfibrina



### Anexo 4 – Noripurum injetável



## Anexo 5 – Eritropoietina

**eritropoietina**

Uso Intravenoso / Subcutâneo

**4.000 UI / mL**

**VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA**

20 frascos-ampola contendo 1 mL

Uso Adulto e Pediátrico