

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
LETÍCIA ERIG OSÓRIO DE AZAMBUJA

**TESTEMUNHAS DE JEOVÁ FRENTE AO USO DE HEMOCOMPONENTES E
HEMODERIVADOS**

BRASÍLIA – DF
2010

LETÍCIA ERIG OSÓRIO DE AZAMBUJA

**TESTEMUNHAS DE JEOVÁ FRENTE AO USO DE HEMOCOMPONENTES E
HEMODERIVADOS**

Trabalho de Conclusão de curso para
obtenção do título de mestre em
Bioética apresentado à Universidade
de Brasília - UnB.

Orientador: Prof. Dr. Volnei Garrafa

BRASÍLIA – DF

2010

**TESTEMUNHAS DE JEOVÁ FRENTE AO USO DE HEMOCOMPONENTES E
HEMODERIVADOS**

Aprovada em 22/06/2010

BANCA EXAMINADORA

**Prof. Dr. Volnei Garrafa
Universidade de Brasília**

**Prof. Dr. Malthus Fonseca Galvão
Universidade de Brasília**

**Profa. Dra. Walquíria Quida Salles Pereira Primo
Universidade de Brasília**

**Prof. Dr. Cláudio Garcia Fortes Lorenzo - suplente
Universidade de Brasília**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meus pais, Francisco e Jomara, por tudo.

Agradeço ao Professor Dr. Volnei Garrafa por toda a ajuda nesta caminhada acadêmica.

Agradeço ao pessoal da UnB, especialmente Abdias, Vanessa e Camila, que sempre nos ajudaram muito.

Agradeço aos membros da Colih, especialmente Ricardo Maia e Heraclides, por toda a colaboração.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	v
LISTA DE QUADROS.....	vii
LISTA DE FIGURAS.....	viii
RESUMO.....	x
ABSTRACT.....	xi
1. INTRODUÇÃO.....	12
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1. O tecido sangüíneo.....	17
2.1.1. Componentes líquidos	
2.1.2. Componentes celulares	
2.2. A relação do tecido ósseo com o sangüíneo.....	19
2.3. Alguns tratamentos que envolvem sangue.....	21
2.3.1. Tratamento com sangue total	
Transfusão de sangue	
2.3.2. Tratamentos com hemocomponentes	
Plasma, plaquetas e plasma rico em plaquetas	
Gel de plaquetas	
Hemácias	
2.3.3. Tratamentos com hemoderivados	
Cola de fibrina	
Soros e vacinas	
Expansão do volume plasmático	
Fator de coagulação VII	
2.3.4. Outros tratamentos que envolvem uso de sangue	
Recuperação intra-operatória de células	
Hemodiálise	
Circulação extracorpórea	
Carreadores de oxigênio livre de células	
Hemodiluição (iso)normovolêmica aguda	
2.3.5. Riscos dos tratamentos com sangue	
2.4. As Testemunhas de Jeová.....	30
2.4.1. Breve histórico estadunidense	
2.4.2. Breve histórico brasileiro	
2.4.3. Breve histórico da restrição ao uso de sangue e produtos	
2.4.4. Atual posição das Testemunhas de Jeová frente ao sangue	

2.5. O princípio bioético do respeito à autonomia.....	38
2.6. O pluralismo moral na visão de H.T. Engelhardt Jr.	42
2.6.1. Os amigos morais	
2.6.2. Os estranhos morais	
2.7. O exercício ético da profissão de saúde.....	45
2.7.1. A relação médico/dentista-paciente	
2.7.2. O atendimento às Testemunhas de Jeová	
3. OBJETIVOS.....	52
4. MÉTODOS.....	53
Tabulação dos dados e discussão dos resultados	
5. RESULTADOS.....	68
5.1. Resultados da parte I - dados gerais.....	56
5.2. Resultados da parte II – questionário específico.....	58
Questões 1 e 2	
Questão 3	
Questão 4	
Questão 5	
Questão 6	
Questão 7	
6. DISCUSSÃO.....	68
6.1. Preocupação dos profissionais de saúde sobre a religião do paciente.....	68
6.2. As Testemunhas de Jeová, a Bíblia e a saúde.....	70
6.3. As Testemunhas de Jeová e os hemocomponentes.....	70
6.4.-As Testemunhas de Jeová e os hemoderivados.....	71
6.5. As Testemunhas de Jeová e o sangue não-fresco (armazenado).....	72
6.6. As Testemunhas de Jeová e o sangue fresco.....	73
6.7. Respeito à autonomia dos pacientes Testemunhas de Jeová Os profissionais de saúde seguidores de outras religiões como “estranhos morais” das Testemunhas	
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80

ANEXO 1.....	85
ANEXO 2.....	87
ANEXO 3.....	88
ANEXO 4.....	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS (em ordem alfabética)

BMP	-	proteínas ósseas morfogenéticas
CAOLC	-	carreadores de oxigênio livres de células
CEC	-	circulação extracorpórea
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CF/88	-	Constituição Federal de 1988
CFM	-	Conselho Federal de Medicina
CFO	-	Conselho Federal de Odontologia
CO₂	-	dióxido de carbono
Colih	-	Comissão de Ligação com Hospitais para Testemunhas de Jeová
CPD	-	Citrato
DF	-	Distrito Federal
DM	-	<i>diabetes mellitus</i>
EGF	-	fator de crescimento epitelial
FGF	-	fator de crescimento fibroblástico
FS/UnB	-	Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília
FVIIa	-	<i>activated factor VII</i>
FX	-	fator de <i>Stuart-Prower</i>
Hb	-	hemoglobina bovina
HBOCs	-	carreadores de oxigênio à base de hemoglobina
HIA	-	hemodiluição isovolêmica aguda
HNA	-	hemodiluição normovolêmica aguda
IGF	-	fator de crescimento semelhante à insulina
IGF-I	-	fator de crescimento semelhante à insulina tipo I
IMC	-	índice de massa corpórea
MS	-	Ministério da Saúde
O₂	-	Oxigênio
PDGF	-	fator de crescimento plaquetário
PDGF$\alpha\alpha$	-	fator de crescimento plaquetário tipo $\alpha\alpha$
PDGF$\alpha\beta$	-	fator de crescimento plaquetário tipo $\alpha\beta$

PDGF$\beta\beta$ -	fator de crescimento plaquetário tipo $\beta\beta$
PFCs -	Perfluorocarbonos
PRP -	plasma rico em plaquetas
rFVIIa -	<i>recombinant activated factor VII</i>
TCLE -	termo de consentimento livre e esclarecido
TF -	fator tissular
TGF -	fator de transformação de crescimento
TGF-β1 -	fator de transformação de crescimento tipo β 1
TGF-β2 -	fator de transformação de crescimento tipo β 2
TRALI -	<i>transfusion related acute lung injury</i>
UNESCO -	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
VEGF -	fator de crescimento endotelial vascular
vWF -	<i>Von Willebrand factor</i>

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1.** Produtos sangüíneos e a potencial aceitação pelas Testemunhas de Jeová – fonte dos autores..... **36**
- QUADRO 2.** Tratamentos sangüíneos e potencial aceitação pelas Testemunhas de Jeová – fonte dos autores..... **37**

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.	Resultados referentes à idade dos pesquisados - questão 1 (parte I) do questionário.....	56
FIGURA 2.	Resultados referentes ao sexo dos pesquisados - questão 2 (parte I) do questionário.....	57
FIGURA 3.	Resultados referentes ao grau de escolaridade dos pesquisados - questão 3 (parte I) do questionário.....	57
FIGURA 4.	Resultados referentes à porcentagem dos médicos que já questionaram o paciente sobre a sua opção religiosa na anamnese - questão 1 (parte II) do questionário.....	58
FIGURA 5.	Resultados referentes à porcentagem dos dentistas que já perguntaram ao paciente sobre a sua opção religiosa na anamnese - questão 2 (parte II) do questionário.....	59
FIGURA 6.	Resultados referentes à opinião das Testemunhas de Jeová sobre benefícios ou malefícios com relação ao uso terapêutico de hemocomponentes e de hemoderivados - questão 3 (parte II) do questionário..	60
FIGURA 7.	Resultados referentes à opinião das Testemunhas de Jeová com até 30 anos de idade sobre o uso terapêutico de hemocomponentes e de hemoderivados - questão 3 (parte II) e questão 1 (parte I) do questionário.....	61

FIGURA 8.	Resultados referentes ao grau de aceitação dos hemocomponentes pelas Testemunhas de Jeová - questão 4 (parte II) do questionário.....	62
FIGURA 9.	Resultados referentes ao grau de aceitação dos hemoderivados pelas Testemunhas de Jeová - questão 5 (parte II) do questionário.....	63
FIGURA 10.	Resultados referentes ao grau de aceitação das terapias não-frescas (com produtos armazenados) pelas Testemunhas de Jeová - questão 6 (parte II) do questionário.....	65
FIGURA 11.	Resultados referentes ao grau de aceitação das terapias frescas (com produtos não-armazenados) pelas Testemunhas de Jeová - questão 7 (parte II) do questionário.....	66

RESUMO

O presente estudo teve como objetivos estudar o grau de conhecimento e aceitação de hemocomponentes e hemoderivados, frescos e armazenados, pelas Testemunhas de Jeová, além de propor ferramentas bioéticas para o enfrentamento dos eventuais conflitos éticos e morais encontrados nas suas relações com médicos e dentistas. Foi realizado por meio da aplicação de questionários a 150 Testemunhas de Jeová que freqüentam Salões do Reino no Distrito Federal, Brasil. Os questionários buscaram respostas a aspectos sócio-culturais relacionados ao uso (ou não) de hemocomponentes e hemoderivados por parte dos pesquisados, bem como a atitude dos profissionais de saúde frente à opção religiosa dos pacientes. Como resultados dos pesquisados: 74% acreditam que usar sangue provoca mais malefícios do que benefícios à saúde - a fundamentação para a recusa é basicamente bíblica; 96% não aceitam usar hemocomponentes, mas 76% aceitam usar hemoderivados em situações específicas, demonstrando haver entendimentos particulares sobre o tema; 80% se sentem moralmente ofendidos com o uso de sangue armazenado e apenas 46% com sangue fresco, confirmando a interpretação religiosa de que produtos frescos são em geral mais aceitos; segundo 83% dos pesquisados, os dentistas não perguntam a religião dos pacientes, contra 72% dos médicos, demonstrando pouca preocupação dos profissionais com este aspecto. Sendo assim, as Testemunhas de Jeová são vistas por seus "estranhos morais" (no caso, médicos e dentistas) como um grupo religioso que simplesmente "não aceita sangue". Todavia, diversos tipos de tratamentos sangüíneos são hoje aceitos. Isso não os impede, no entanto, por livre convicção, de recusar o recebimento de sangue. Tais interpretações particulares ampliam o rol de proibições e, conseqüentemente, de conflitos morais, já que médicos e dentistas, além de não considerar tais particularidades, não costumam perguntar a religião dos pacientes na anamnese.

DESCRITORES: Testemunhas de Jeová; hemocomponentes; hemoderivados; Bioética; tratamentos sangüíneos; pluralismo moral.

ABSTRACT

The research objectives were to study the knowledge degree and acceptance of hemocomponents and hemoderivatives, fresh and stored, by Jehovah's Witnesses, and also propose bioethical tools for any ethical and moral conflicts identified in their relationship with physicians and dentists. The method was the use of questionnaire research with 150 Jehovah's Witnesses who attend Kingdom Salons from Distrito Federal, Brazil. The questionnaires looked for questions like the socio-cultural aspects related to the use (or do not use) of hemocomponents and hemoderivatives by the researched, and also the health care professionals attitude face to the patient's religion. As results: 74% believe that the use of blood causes more harm than benefits to health - this refusal foundation is specially biblical; 96% don't support hemocomponents, but 76% support hemoderivatives in specific situations, showing that particular understandings do exist; 80% feel morally offended with stored blood use and only 46% with fresh blood, confirming the religious interpretation that fresh products are in general more accepted; according to 83% of the researched, dentists do not ask about patients religion, against 72% of the physicians, setting up not enough concern about this aspect. Concerning all this, Jehovah's Witnesses are seen by their moral stranger (in case, physicians and dentists) as the religious group that simply "do not use blood". Although, several blood treatments are nowadays permitted. Although it doesn't private then, under their free minded opinion, to refuse blood treatments. Their particular understandings frequently enlarges the blood prohibition list and, consequently, the number of moral conflicts, if we also take that physicians and dentists aren't used to ask about patient's religion in the clinical research.

KEY-WORDS: Jehovah's Witnesses; hemocomponents; hemoderivatives; Bioethics; blood treatments; moral pluralism.

1. INTRODUÇÃO

As transformações éticas, morais e legais associadas ao progresso técnico-científico dos últimos anos trouxeram situações novas às práticas em saúde, modificando o relacionamento dos profissionais com seus pacientes de modo a torná-lo menos orientado aos deveres e obrigações morais (deontologia) e mais voltado ao respeito à autonomia e ao pluralismo moral (bioética) ^{1, 2, 3}.

Hoje, o que encontramos é um verdadeiro “paradigma biotecnocientífico” no cuidado em saúde devido à vigência simultânea de uma crescente incorporação tecnológica (muitos avanços em um curto período de tempo) e de uma cultura dos limites, que busca selecionar as tecnologias mais razoáveis e moralmente legítimas ^{4, 5}.

Neste sentido, assim se manifestam Sobrinho Neto e Garrafa (2004, p. 71):

O médico, ao longo do tempo, evoluiu de uma visão profissional heterônoma para um posicionamento mais moderado, entendendo o ser humano como pluridimensionado e permeando os tratamentos com respeito às individualidades morais daqueles que necessitam dos seus cuidados ⁶.

A relação médico-paciente, semelhante à do dentista-paciente, é naturalmente assimétrica e vertical, principalmente por causa de fatores como: 1) transferência de responsabilidade terapêutica ao profissional (que ocorre quando este é procurado); 2) fragilidade natural do paciente (decorrente de seu desconhecimento técnico e da vulnerabilidade que a doença e a dor provocam); 3) o poder que os profissionais de saúde detêm (advindo do monopólio do saber técnico) ^{2, 7}.

Esta assimetria e verticalidade se tornam mais acentuadas quando o profissional define unilateralmente as decisões terapêuticas a serem tomadas. Nestes casos, age com um ideal de beneficência exagerado, o que faz com

que acabe assumindo, na prática, uma posição paternalista, decidindo pelo paciente. O limite da beneficência é a autonomia ^{2,7}.

Decidir pelo outro já foi prática cotidiana na atenção em saúde, contudo, hoje não é mais aceitável. O respeito à autonomia do paciente preserva sua dignidade, já que o paternalismo, sob o manto da beneficência exagerada, acaba por levar o profissional a não perceber a indispensável reciprocidade nessa relação, anulando o próprio objeto do cuidado: seu paciente ^{2,4,7}.

Todavia, novas técnicas que podem trazer benefícios do ponto de vista terapêutico, por vezes, esbarram em questões de cunho moral, ético e/ou religioso. Dentre as novas situações ética e moralmente conflituosas em saúde, podemos citar a aplicação das novas terapias com hemocomponentes e hemoderivados, especificamente no que se referem ao seu uso em pacientes Testemunhas de Jeová ⁵.

Os hemocomponentes e os hemoderivados têm assumido papel de destaque nos tratamentos à base de sangue, pois, atualmente, são amplamente utilizados em terapias médicas e odontológicas. Estes biomateriais possibilitaram a criação e ampliação de diversas técnicas cirúrgicas, além de proporcionar, de maneira geral, mais conforto pós-operatório, aceleração e melhoramento da cicatrização de leitos cirúrgicos ^{8,9}.

Todavia, mesmo com os avanços da ciência no âmbito técnico e da liberdade religiosa existente no Brasil, conflitos legais, morais e éticos nos tratamentos médicos e odontológicos continuam a ocorrer. O fato de o Brasil ser oficialmente um Estado laico (sem religião oficial), de ser extremamente pluralista em termos de prática religiosa (pois possui total liberdade de crença e de culto), de ser de formação multicultural (o que gera uma grande variedade de crenças) e de já contar com a introdução da Bioética em diversas universidades, não impede o surgimento de tais conflitos na prática cotidiana ^{10,11}.

Todos estes fatores culturais e de tolerância religiosa ainda se associam a garantias constitucionais que não apenas permitem, mas também protegem

os mais diversos cultos (artigo 5º, VI a VIII da Constituição Federal Brasileira)^{10, 11}. Nem mesmo o fato de haver previsão de crime de constrangimento ilegal (artigo 146, § 3º, I do Código Penal Brasileiro) para o médico ou dentista que obrigue paciente Testemunha de Jeová, consciente e civilmente capaz, a receber sangue, impede o desrespeito à autonomia dos mesmos^{11, 12}.

De acordo com dados de 2009, o Brasil é o segundo país do mundo em número absoluto de Testemunhas de Jeová, com mais de 700 mil seguidores¹³. Mesmo com tal número e com as garantias legais, continuam a ocorrer conflitos nos tratamentos médicos e odontológicos com os seguidores desta religião.

Além da liberdade e da garantia de culto religioso, já protegidas pelo ordenamento pátrio, é indispensável registrar, neste sentido, que a bioética também se preocupa em resguardar outros direitos mais amplos que decorram de sua própria epistemologia: o respeito ao pluralismo moral, por exemplo, é um de seus mais importantes princípios basilares¹⁴.

As Testemunhas de Jeová acreditam que a Bíblia, fonte de dogmas de várias outras religiões, proíbe o uso de sangue, seja terapêutico, seja como alimento. Tal referência, escrita em tempos onde não havia qualquer terapia médica de armazenamento ou transfusão de material orgânico, não traz expresso termos médicos e/ou técnicos. Por meio da interpretação de inúmeras passagens bíblicas, as Testemunhas de Jeová passaram a não aceitar diversas terapias (não todas) com sangue¹⁵.

Tal interpretação do tratamento sangüíneo que seria, ou não, permitido pela religião mudou ao longo do tempo, pois novas técnicas surgiram, assim como novos entendimentos. Contudo, sempre, seja qual fosse o posicionamento das Testemunhas de Jeová, polêmicas de ordem moral se seguiam. Hoje, transplantes de órgãos, vacinas e certos tratamentos com sangue, componentes ou derivados, antes recusados ou simplesmente ignorados (porque não existiam), já são aceitos^{16, 17}.

O uso de produtos sangüíneos xenogênicos (de espécies animais diferentes) não é aceito. Quanto ao uso de alogênicos (provenientes de

indivíduos da mesma espécie), diversas ressalvas devem ser feitas. No que tange ao sangue total (aquele que não sofreu supressão de qualquer de seus componentes primários) previamente armazenado, as Testemunhas de Jeová são uníssonas em não aceitá-lo. O uso de hemocomponentes (apenas de componentes primários do sangue: hemácias, leucócitos, plaquetas ou plasma) armazenados, tampouco é permitido ¹⁸.

Já, em relação aos hemoderivados (diminutas frações sangüíneas menores do que os hemocomponentes, como a albumina, os fatores de coagulação e as imunoglobulinas), armazenados ou frescos, não há proibição. Assim, cada Testemunha pode decidir se aceita ou não (ou seja, se os considera sangue, ou não), de acordo com sua consciência ¹⁸.

Eis o que a revista *A Sentinela* (2000, p. 29), publicação própria das Testemunhas de Jeová, recomenda aos seus leitores:

A resposta básica é que **as Testemunhas de Jeová não aceitam sangue**. Acreditamos firmemente que a lei de Deus sobre o sangue não pode ser alterada para adaptar-se a conceitos que sempre mudam. Contudo, o fato de o sangue atualmente poder ser processado em quatro componentes primários e em frações desses componentes tem gerado novas questões. **Ao decidir se deve ou não aceitar a tais**, o cristão não deve pensar apenas nos possíveis benefícios e riscos médicos. Ele deve estar preocupado com o que a Bíblia diz e com o efeito de sua decisão sobre sua relação com o Deus Todo-Poderoso. [...] Atualmente, a maioria das transfusões não são de sangue total, mas de um de seus componentes primários [...] A transfusão desses componentes primários permite que uma unidade de sangue seja dividida entre mais pacientes. As Testemunhas de Jeová defendem a opinião de que **aceitar o sangue total ou qualquer desses quatro componentes primários viola a lei de Deus** ¹⁸. (negrito nosso)

Assim, dentro da classificação em relação ao doador-receptor, a terapia com sangue heterólogo (proveniente de outra pessoa que não o próprio destinatário) somente será aceita na hipótese de ser hemoderivado (seja fresco ou não) ¹⁸.

No caso de produtos autólogos (da própria pessoa doadora), mesmo que total ou hemocomponentes, mas desde que frescos, poderá haver concordância no seu uso, pois esta decisão depende da interpretação individual de cada Testemunha. Como exemplos de terapias com material sangüíneo autólogo fresco, temos a circulação extracorpórea, a recuperação intra-

operatória de células (*cell saver*), a hemodiálise e o plasma rico em plaquetas, entre outras ¹⁸.

Além de todas essas variáveis, as Testemunhas de Jeová, por livre convicção, ainda podem se recusar a usar tudo o que se origine de sangue (mais do que a religião exige), promovendo o surgimento de muitas interpretações e, conseqüentemente, de inúmeros conflitos bioéticos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. O tecido sangüíneo

O sangue é uma combinação de líquido, células e partículas (semelhantes a células). Sua principal função é circular através dos vasos sangüíneos até os tecidos, levando oxigênio, nutrientes essenciais e eliminando dióxido de carbono e outros produtos da degradação metabólica^{19,20}.

Dentre as suas funções essenciais à vida, podemos destacar: a) a respiratória; b) a nutritiva; c) a de excreção; d) a de defesa; e) a de regulação e equilíbrio hídrico; f) a de regulação do valor do pH; g) a de regulação da pressão osmótica; h) a de transporte hormonal; i) a de distribuição do calor; j) a de função de manutenção da pressão sangüínea²⁰.

2.1.1. Componentes líquidos

A parte líquida (plasma), formada por água, sais dissolvidos e proteínas, corresponde a mais de 50% do sangue. Dentre suas proteínas temos, por exemplo, os anticorpos (imunoglobulinas), as proteínas que participam do processo de coagulação e a proteína albumina (principal delas). O plasma ainda contém hormônios (como a eritropoetina), eletrólitos, gorduras, açúcares, minerais e diversas vitaminas¹⁹.

A porção plasmática, além de transportar os elementos supracitados, provê um reservatório de água para o organismo, impede o colapso e a obstrução dos vasos sangüíneos, ajuda a manter a pressão arterial estável e a circulação ativa. Ainda, os anticorpos presentes no plasma ajudam a defender o organismo contra substâncias estranhas como vírus, bactérias, fungos e células cancerosas¹⁹.

2.1.2. Componentes celulares

Os componentes celulares do sangue são os eritrócitos (glóbulos vermelhos ou hematócitos), os leucócitos (glóbulos brancos) e as plaquetas, todos suspensos no plasma. Estes componentes compõem os chamados hemocomponentes; todos os demais são denominados hemoderivados^{18, 21}.

Os eritrócitos são os mais numerosos e, normalmente, representam quase metade do volume sangüíneo, além de repletos de hemoglobina, o que permite a carreação de oxigênio (O₂ - dos pulmões aos tecidos) e de dióxido de carbono (CO₂ – dos tecidos aos pulmões)¹⁹.

Os leucócitos são encontrados em número bem menor, numa proporção de um leucócito para cada 660 eritrócitos, e participam do processo de defesa do organismo. Os cinco tipos principais de leucócitos são: a) neutrófilos (granulócitos), subdivididos em bastonetes (imaturos) e segmentados (maduros); b) linfócitos, subdivididos em linfócitos T e B; c) monócitos; d) eosinófilos; e) basófilos^{19, 21}.

As plaquetas (trombócitos) são partículas menores do que os eritrócitos e os leucócitos, elas fazem parte do mecanismo de interrupção dos sangramentos. Tais partículas se acumulam nos locais de sangramento, onde são ativadas, tornando-se pegajosas para formarem um tampão, que ajuda a vedar os vasos sangüíneos e a interromper os sangramentos^{19, 21}.

As plaquetas (também denominadas trombócitos) são corpúsculos anucleados, com forma de disco, constituindo dois tipos específicos de grânulos que, por sua vez, contêm fibrinogênio, fibronectina, fatores V e vWF (*Von Willebrand factor*), vários fatores de crescimento, nucleotídeos de adenina, cálcio ionizado, histamina, serotonina e epinefrina²⁰.

A principal função destas células é auxiliar na coagulação, que se segue à hemostasia e compor uma série complexa de interações, nas quais o sangue perde suas características de fluido e é convertido em massa semi-sólida, formando um coágulo irreversível pela interação do tecido lesado, das plaquetas e da fibrina²⁰.

Este processo envolve uma seqüência de reações interligadas à cascata de coagulação, que, por sua vez, divide-se em via extrínseca (resposta ao contato do sangue com os tecidos extravasculares) e em via intrínseca (pelo contato do sangue com uma superfície diferente do endotélio normal e das células sanguíneas)²⁰.

Embora as células endoteliais tenham atividades que possam limitar a coagulação sangüínea, a ocorrência de lesão ou ativação das células endoteliais resulta em um fenótipo pró-coagulante que amplifica a formação local de coágulo pela afetação das plaquetas, das proteínas de coagulação e do sistema fibrinolítico²⁰.

Assim, a participação das plaquetas na coagulação sangüínea segue uma seqüência de processos, como: a) a agregação primária (formação do tampão plaquetário); b) a agregação secundária (as plaquetas do tampão plaquetário liberam ADP, potente indutor da agregação plaquetária); c) a coagulação do sangue (promoção da interação em cascata de cerca de treze proteínas plasmáticas, formando assim o coágulo sangüíneo, mais consistente que o tampão plaquetário); d) a retração do coágulo (pela ação de actina, miosina e ATP das plaquetas); e) a remoção do coágulo (após restauração do tecido)²⁰.

2.2. A relação do tecido ósseo com o sangüíneo

O osso é um tecido conjuntivo especializado. Sua matriz orgânica é composta por colágeno, proteínas não-colágenas, proteoglicanos, íons cálcio e fosfato (mineralizados na forma de hidroxapatita). Suas principais células são: a) ósseoprogenitoras (células precursoras osteogênicas induzidas e células precursoras osteogênicas determinadas); b) pericito; c) osteoblastos (células ósseas alinhadas e osteócitos); d) osteoclastos²².

As células ósseoprogenitoras são consideradas progenitoras mesenquimais indiferenciadas responsáveis por migrar aos sítios carentes de formação óssea, onde, então, proliferam formando os osteoblastos. Esse

processo é dependente da liberação de proteínas ósseas morfogenéticas (BMP) e de fatores de crescimento, como o semelhante à insulina (IGF), o de plaquetas (PDGF) e o de fibroblastos (FGF) ²².

Os osteoblastos são os principais responsáveis pela formação do tecido ósseo, sintetizando os componentes da matriz orgânica e controlando a sua mineralização. São células sem capacidade de migração e proliferação, mas que podem se diferenciar ainda em dois novos tipos de células, células ósseas alinhadas e osteócitos, participando ativamente do processo de formação óssea ²².

A perda de osso, como resultado de doença, trauma ou remodelamento ósseo costuma ser de difícil reconstrução. A cicatrização óssea ocorre tanto pelo mecanismo da reparação quanto pelo da regeneração óssea. Tais processos de neoformação tecidual, quando ocorrem de maneira natural (sem auxílios externos) costumam ser lentos e praticamente não formam osso com a mesma qualidade e quantidade do original perdido ²².

A perda óssea alveolar, por exemplo, é freqüentemente encontrada em pacientes considerados periodontalmente saudáveis. Ela costuma ser a consequência natural de traumatismos, patologias, reabsorções ósseas fisiológicas ou intervenções cirúrgicas (particularmente exodontias) ²².

Assim, podemos dizer que o processo de regeneração (formação de osso funcional e morfológicamente restaurado, igual em propriedades e estrutura ao perdido) naturalmente costuma ser substituído pelo reparo, com densidade e qualidades nitidamente inferiores. Hoje, todavia, já existem técnicas que promovem a regeneração no lugar da precária reparação ²².

Para que ocorra o processo de regeneração, especialmente em áreas frágeis como as de osso alveolar, podemos utilizar cirurgias de enxerto associadas a diversos produtos sanguíneos ²³. Segundo Leme, Rossi Júnior e Villa (2004, p. 4), lojas cirúrgicas tratadas com substratos sanguíneos, como plasma rico em plaquetas (PRP), por exemplo, cicatrizam mais rápido e obtêm, em todas as fases da formação e maturação óssea, tecido de melhor qualidade e quantidade, se comparadas a lojas sem tratamento ²⁴.

Neste diapasão, a qualidade e a quantidade óssea obtidas na cicatrização de cirurgias dependem de fatores como: 1) a qualidade do tecido doado; 2) a vascularização da área receptora; 3) a imobilização do enxerto; 4) a eficiência dos mecanismos de reparo⁸. Dentre tais fatores, apenas o último não está relacionado à técnica cirúrgica executada, contudo, pode ser melhorado com a aplicação de produtos sangüíneos, como o plasma rico em plaquetas (PRP)²³.

2.3. Alguns tratamentos que envolvem sangue

2.3.1. Tratamento com sangue total

Transfusão de sangue

Em caso de haver indicação para transfusão sangüínea total, ou seja, a aplicação de todos os componentes do sangue em conjunto, importante será levar em consideração se o sangue a ser transfundido é (homólogo) autólogo (dado pelo próprio receptor) ou (homólogo) heterólogo (de outra pessoa, que não o próprio receptor)²⁵.

O uso de sangue autólogo doado antes da cirurgia é a técnica de transfusão mais cara, mas também a mais segura. Porém, ambas as técnicas podem ter riscos, pois, no momento em que o sangue é retirado ou reintroduzido no corpo, pode sofrer modificações estruturais e provocar reações indesejadas²⁵.

Diversas causas podem expor os pacientes ao desenvolvimento de sangramentos pós-operatórios e levá-los à necessidade de uma hemotransfusão: a) cirurgias de urgência; b) choques cardiogênicos; c) baixos índices de massa corpórea (IMC); d) disfunções graves de ventrículo esquerdo; e) idade superior a 74 anos; f) sexo feminino; g) hematócrito e hemoglobina baixa no pré-operatório; h) co-morbidades como o *diabetes mellitus* (DM) dependente de insulina ou a doença vascular periférica; i) creatinina maior do

que 1,8 mg/dl; j) albumina menor do que 4 g/dl; k) reoperações sucessivas; l) elevado tempo de uso de circulação extracorpórea ²⁶.

2.3.2. Tratamentos com hemocomponentes

Plasma, plaquetas e plasma rico em plaquetas

O uso de hemocomponentes pode ser necessário após a realização de cirurgias com máquina de circulação extracorpórea (CEC) ou em situações de internação prolongada em unidades de terapia intensiva ²⁶.

A administração de plasma isolado é indicada em casos onde haja o comprometimento do tempo de protrombina e a manutenção de sangramento em volumes elevados. Crioprecipitados e plaquetas costumam ser administrados na diminuição excessiva da quantidade de fibrinogênio e de plaquetas, desde que haja também sangramento persistente ²⁶.

O plasma rico em plaquetas (PRP) tem sido muito estudado na Odontologia, utilizado especialmente em enxertos ósseos de cirurgias periodontais e maxilo-faciais. Sua utilização em medicina ainda é escassa, porém, estudos mostram um grande potencial de melhora de resultados em diversos procedimentos ortopédicos, neurocirúrgicos e de cirurgia plástica ²⁷. Este biomaterial, que alia as propriedades dos selantes de fibrina, das plaquetas e dos fatores de crescimento, possibilitou a criação e a ampliação de técnicas cirúrgicas, além de proporcionar mais conforto pós-operatório aos pacientes, acelerando e melhorando a qualidade da cicatrização dos leitos cirúrgicos ^{8,9}.

O PRP atua principalmente por meio de fatores de crescimento, mediadores universais de quase todos os eventos cicatriciais que promovem não apenas uma considerável diminuição do tempo de reparo ósseo, mas também a melhoria da qualidade e quantidade teciduais ^{8,9}. São fatores de crescimento naturalmente presentes no PRP: o semelhante à insulina (IGF-I); os plaquetários (PDGF), nas formas dos isômeros PDGF $\alpha\alpha$, PDGF $\beta\beta$ e

PDGF $\alpha\beta$; os transformadores (TGF), nas formas dos isômeros TGF β 1 e TGF β 2; o endotelial vascular (VEGF); o epitelial (EGF)^{8, 9, 27}.

Inicialmente, o PRP era obtido por máquinas de plasmáfereze, utilizando-se a trombina bovina para sua ativação. Recentemente, surgiram máquinas automatizadas, assim como diversos novos protocolos, inclusive com a substituição da trombina bovina pela autóloga²⁷. Máquinas centrífugas comuns podem ser utilizadas, reduzindo os custos na preparação, já que permitem aos profissionais a realização da sedimentação em consultórios. O sangue é previamente colhido (mas não armazenado) e colocado na centrífuga para se separar o plasma dos elementos figurados do sangue²⁷. Ao final, consegue-se, com certa precisão, separar o componente plasma pobre do plasma médio do plasma rico (++) e do plasma muito rico (++++). Finalmente, o plasma rico e o muito rico compõem o PRP, um elevado concentrado de fatores de crescimento²⁷.

Gel de plaquetas

O gel de plaquetas, produto oriundo da cola de fibrina, possui diversas aplicações clínicas, apesar da menor concentração relativa de fibrinogênio. Sua principal função é auxiliar a aderência de enxertos ao sítio receptor e conter sangramentos, pois é capaz de formar um arcabouço apropriado para a proliferação celular vascular⁹.

A obtenção deste gel utiliza basicamente a mesma técnica do PRP, com a diferença de que é adicionado de trombina e gluconato de cálcio, que ativam o sistema de coagulação e provocam a gelação do material, facilitando sua aplicação e ativando as plaquetas²⁷.

Hemácias

As hemácias são as grandes responsáveis por levar O₂ e retirar o CO₂ dos tecidos. São indispensáveis à vida humana. O uso de hemácias isoladas

(ou papa de hemácias) pode ser indicado em diversas situações, mas é especialmente recomendado após a realização de cirurgias com máquina de circulação extracorpórea (CEC) e em situações de internação prolongada em unidades de terapia intensiva ²⁶.

Várias medidas para redução do uso deste componente (especialmente por causa das Testemunhas de Jeová) foram criadas nos últimos anos: a) pré-operatórias, incluindo anamnese completa, coleta de sangue autólogo no pré-cirúrgico, administração de eritropoetina (que aumenta a quantidade de hemácias, duas a três semanas antes da cirurgia) e suspensão de uso de ácido acetilsalicílico; b) (pós-)operatórias, como o uso de antifibrinolíticos (que atenuam a resposta inflamatória e, conseqüentemente, o sangramento), o uso de hemodiluição normovolêmica e o uso de recuperação intra-operatória de células ²⁶.

2.3.3. Tratamentos com hemoderivados

Cola de fibrina

A cola (adesivo ou selante) de fibrina é um produto muito antigo, já que foi descrito na literatura pela primeira vez em 1909. Foi ela quem deu origem às técnicas de PRP e de gel de plaquetas ²⁸. Pode ser utilizada nas mais diversas especialidades médicas e odontológicas, pois é completamente biocompatível⁹.

Sua produção se dá em âmbito industrial, a partir de plasma liofilizado que costuma ser de origem humana, ofídica, galinácea ou bovina. Desta liofilização destaca-se a fibrina, a qual, hoje, ainda costuma ser adicionada ao fator de coagulação XIII, que confere mais estabilidade e melhores resultados ²⁸. Dentre suas aplicações clínicas, podemos citar o uso a) no fechamento de anastomoses vasculares, de traquéia ou de esôfago; b) no fechamento da superfície pulmonar para evitar a saída de ar; c) no controle do sangramento durante a cirurgia cardíaca, de fígado ou de rins; d) na hemostasia de grandes superfícies de exudato; e) na cobertura de grandes queimaduras; f) na

reconstrução de enxertos de nervos; g) na união de cartilagens; h) na mistura com osso triturado para preenchimento de defeitos ósseos ²⁸.

Soros e vacinas

O soro e a vacina são formas de imunização fabricadas a partir de organismos vivos. As vacinas são compostas por partes de agentes infecciosos, por agentes infecciosos inativos ou por agentes infecciosos enfraquecidos. Os soros são compostos por anticorpos (imunoglobulinas) produzidos em outros animais como resposta a agressões iguais as quais se procura combater, como veneno de animais peçonhentos e toxinas de agentes infecciosos ²⁹.

Assim, o soro difere da vacina porque é usado como tratamento depois que a doença ou contaminação já ocorreu (pois não contém agentes imunossensibilizantes, mas os próprios anticorpos já prontos para combater o agente estranho) ²⁹.

Expansão do volume plasmático

Mesmo em **situações de emergência**, o uso do sangue deve ser sopesado, não apenas pelas complicações supracitadas, mas também porque **o protocolo de reposição volêmica em perdas agudas de sangue prevê que o volume circulante sangüíneo não só pode, mas deve, ser repostado inicialmente com cristalóides e/ou colóides** ³⁰.

Os cristalóides (de Ringer lactato, salinas fisiológicas ou salinas hipertônicas) são líquidos isotônicos com o plasma humano (apesar de sua origem sintética) ⁶. São utilizados como expansores de volume sangüíneo, melhorando o débito cardíaco e a pressão arterial, além de não apresentarem os mesmos riscos de uma transfusão ²⁶. A quantidade de *prime* que pode ser injetado varia na literatura de 750 ml a 1.000 ml de solução, caso associado, ou não, a drogas vasodilatadoras, como o nitroprussiato de sódio ³⁰.

Já os colóides (como dextran, albumina, plasma, sangue, gelatina e hidroxietila de amido) possuem a mesma função expansora dos cristalóides, contudo, conseguem permanecer em meio intravascular por mais tempo, assim, atingindo maiores volumes plasmáticos com a administração de menores volumes de produto ao longo do tempo^{6, 30}.

Fator de coagulação VII

O fator VII ativado (ou *activated factor VII* - FVIIa) possui papel primordial na iniciação da cascata de coagulação. O fator VII ativado recombinante (rFVIIa), desenvolvido especialmente para conter sangramentos em hemofílicos com anticorpos para os fatores VII ou IX, é um agente hemostático ainda mais potente¹⁶.

Em concentrações fisiológicas, o FVIIa interage com o fator tissular (fator III ou TF) no local da lesão, formando um complexo catalítico. Essa associação TF-FVIIa ativa o fator X (FX ou Fator de Stuart-Prower) levando à formação de trombina, responsável pela conversão do fibrinogênio em fibrina¹⁶.

O rFVIIa tem sido usado no controle de sangramentos pelas mais diversas causas, o que sugere que seja um elemento hemostático relevante. Este fator também merece destaque no tratamento de pacientes Testemunhas de Jeová, pois é produzido a partir de genes humanos de FVII clonados e implantados em rins de ratos jovens, ou seja, não envolvem “diretamente” material sangüíneo humano na sua produção¹⁶.

2.3.4. Outros tratamentos que envolvem uso de sangue

Recuperação intra-operatória de células

A recuperação intra-operatória de células (*cell saver*) consiste na aspiração do sangue da cavidade torácica, abdominal ou pélvica por meio de condutos com heparina (anticoagulante) ligados a uma máquina que recicla o

sangue e o devolve de maneira fresca ao paciente ²¹. Trata-se de uma “lavagem” do sangue do próprio paciente com solução salina, retirando fatores de coagulação, plaquetas, proteínas e outros produtos potencialmente danosos (como alguns medicamentos) ³¹.

Tem as funções de: a) filtração (separar partículas, microêmbolos gordurosos e microagregados maiores que 40 micras, desprezando-os); b) centrifugação (desprezo do sobrenadante, incluindo plasma, parte dos leucócitos, plaquetas, heparina e fatores de coagulação; c) lavagem das hemácias com soro fisiológico; d) armazenamento (de curto prazo) em sistema conectado na veia do paciente e pronto para a reinfusão se necessário (em até quatro horas) ^{21, 31}.

Hemodiálise

A hemodiálise é um procedimento de filtração do sangue, retirando-se substâncias como uréia, potássio sódio e água. O aparelho que realiza este procedimento chama-se dialisador (capilar ou filtro). Um conjunto de pequenos tubos (chamados de linhas) filtra o sangue, que, após tal processo, retorna ao paciente. Dentre os medicamentos utilizados, temos o acetato ou carbonato de cálcio, o ferro, a eritropoetina, a vitamina D ativada (ou calcitriol) e alguns anti-hipertensivos ³².

Circulação extracorpórea

A técnica de circulação extracorpórea (CEC) consiste no desvio de sangue do coração e dos pulmões para uma máquina, a qual drena todo o retorno venoso e bombeia o sangue já oxigenado de volta para o sistema arterial ²⁶. Sua principal proposta é manter a perfusão tecidual, preservando a hemostasia ³³.

As cirurgias sem o recurso da CEC provocam, em geral, menos sangramento intra e pós-operatório, todavia, costumam requerer o uso conjunto

de hemotransfusões. Com a utilização da CEC, o sangramento pós-operatório pode ser mais intenso e, apesar de evitar o uso de hemotransfusões, quase sempre exige o uso conjunto de hemoderivados ^{26, 33}.

Carreadores de oxigênio livre de células

Essencialmente, os CAOLC (carreadores de oxigênio livres de células) são fluidos que, quando injetados na circulação sangüínea, contribuem significativamente para o transporte e liberação de oxigênio aos tecidos. Atualmente, dois tipos de CAOLC têm sido estudados, as soluções de hemoglobina modificadas, que podem ser de origem humana ou bovina, e os perfluorocarbonos (PFCs). Ainda, podem ser biossintéticos ou abióticos. Os biossintéticos são produzidos a partir de hemoglobina humana ou bovina modificada, já os abióticos são totalmente sintéticos ³⁴. No que se refere à hemoglobina bovina (Hb), mais conhecida como *Hb-based oxygen carriers* (HBOCs), um carreador de oxigênio à base de hemoglobina, mas livre de células, esta consiste em importante alternativa ao uso de materiais sangüíneos celulares e de origem humana ³⁵.

As principais vantagens desta técnica incluem o fato de o produto não requerer tipagem sangüínea, nem teste de hemaglutinação antes da transfusão, de o produto possuir longo prazo de validade e de o risco de transmissão de doenças viróticas ou bacterianas ser reduzido ³⁴. Segundo Pachinburavan e Marik (2008, p. 173), a terapia com hemoglobina bovina possui as seguintes características e vantagens:

Carreadores de oxigênio à base de hemoglobina contêm **células livres de hemoglobina** que foram alteradas para imitar o sangue humano em sua capacidade de transportar hemoglobina. [...] A hemoglobina é modificada pela polimerização e ligação cruzada para manter a estabilidade intravascular e prevenir a nefrotoxicidade secundária [...] O óxido nítrico, com seu efeito séptico, nas soluções de hemoglobina tem efeitos vasopressores. [...] A afinidade da hemoglobina bovina por oxigênio é, todavia, regulada por um soro iônico clorado, resultando em excelentes propriedades carreadoras. **A hemoglobina bovina polimerizada é menor, menos viscosa e trabalha mais rapidamente o oxigênio** do que as células vermelhas humanas ³⁶. (negrito nosso, nossa tradução)

Todavia, como ocorre com as demais terapias alternativas à transfusão de sangue, a literatura, *a contrario sensu*, também apresenta algumas limitações ao uso da hemoglobina bovina. Neste sentido, eis as palavras de Agraval, Freedman e Sczepiorkowskiz (2005, p. 1735):

Uma senhora de 52 anos Testemunha de Jeová apresentou recidiva secundária de leucemia mielóide aguda. Por causa da anemia induzida pela quimioterapia, ela foi infundida com hemoglobina bovina (Hb)-based oxygen carrier HBOC-201 (Biopure) como única forma de suporte de transfusão. [...] Apesar de a paciente ter sucumbido após 18 dias de tratamento, este caso documenta nossa experiência com a maior dose e duração de HBOC-201 já utilizada. Todavia, uma possível toxicidade renal não poderia ser totalmente excluída [...] ³⁵. (nossa tradução)

Quanto aos PFCs, estes pertencem a uma classe de moléculas caracterizada por um arcabouço de carbono cíclico ou linear que é freqüentemente substituído por fluorino e, ocasionalmente, por outros halógenos - química e biologicamente inertes. Possuem grande capacidade de carregamento de gases não-polares (oxigênio, gás carbônico e nitrogênio), independentemente da presença de hemoglobina ³⁴.

Hemodiluição (iso)normovolêmica aguda

A hemodiluição normovolêmica aguda (HNA), ou hemodiluição isovolêmica aguda (HIA), pode ser realizada imediatamente antes ou após (preferivelmente) a indução da anestesia, mas sempre antes do início do procedimento cirúrgico. A terapia consiste em retirar certo volume de sangue do paciente pouco antes do ato operatório, ficando acondicionado, juntamente com heparina, em bolsas apropriadas e conectadas com o sistema venoso do paciente ^{21, 37}.

Por outra via de acesso, conecta-se a hiper-hidratação com soluções cristalóides e/ou colóides, assim, hemodiluindo o sangue e fazendo com que o sangue perdido no ato operatório tenha proporcionalmente uma menor concentração de hemoglobina ³⁷.

2.3.5. Riscos dos tratamentos com sangue

Como exemplos de reações ao uso de sangue, temos: a) reações hemolíticas intravasculares (incompatibilidade no sistema ABO); b) reações hemolíticas extravasculares por antígenos eritrocitários ou anticorpos; c) reações imunoalérgicas mediadas por histamina (imunomodulações da transfusão), por leucotrienos, por prostaglandinas ou por fator ativador plaquetário; d) transmissão transfusional de doenças (Hepatite B, Hepatite C, HIV, HTLV e Citomegalovírus); e) erros humanos de tipagem sangüínea, de identificação das bolsas de sangue ou de identificação dos pacientes; f) sensibilizações prévias por transferências passivas anteriores (transfusões ou partos), com destaque para o TRALI (*transfusion related acute lung injury*); g) intoxicações pelo anticoagulante citrato; h) alterações no equilíbrio ácido-base; i) hiperpotassemia; j) hipotermia; k) formação de microêmbolos ^{6, 25, 26}.

2.4. As Testemunhas de Jeová

2.4.1. Breve histórico estadunidense

As Testemunhas de Jeová surgiram na década de 1870. Inicialmente eram chamadas de “estudantes da Bíblia”, mas, em 1931, adotaram o nome bíblico que é utilizado ainda atualmente, com base em Isaías 43:10 e Salmos 83:18. Eis as passagens, respectivamente ¹⁷:

“Vós sois as **minhas Testemunhas**”, é a pronúncia de Jeová, “sim, meu servo a quem escolhi, para que saibais e tenhais fé em mim, e para que entendais que eu sou o Mesmo. Antes de mim não foi formado nenhum Deus e depois de mim continuou a não haver nenhum”.

Para que as pessoas saibam que tu, cujo nome é **Jeová**, Somente tu és o Altíssimo sobre toda a terra ³⁸. (negrito nosso)

Charles Taze Russel, presbiteriano de formação, foi o principal responsável pelo surgimento desta nova religião. Em 1879, publicou a primeira edição da revista “*Zion’s Watch Tower and Herald of Christ’s Presence*” (“Torre de Vigia de Sião e Arauto da Presença de Cristo”). Após 40 anos da primeira

publicação, todas as edições foram republicadas na revista “*The Watchtower*” (“Torre de Vigia”), somando mais de seis mil páginas ¹⁷.

Russel também organizou a *Zion’s Watch Tower Tract Society* (Sociedade de Tratados da Torre de Vigia de Sião) em 1881. Todavia, esta sociedade só foi oficialmente registrada em 1884 nos Estados Unidos, sob a denominação de *Watch Tower Bible and Tract Society* (Sociedade Torre de Vigia de Bíblias e Tratados) ¹⁷. Russel faleceu em 1916. Na época, seus relatórios mencionavam a existência de mais de 1.200 congregações da religião ao redor do mundo. Seu testamento, publicado na revista “*The Watchtower*”, passava a direção da organização a uma comissão ¹⁷.

Em 1917, Joseph Franklin Rutherford foi eleito presidente da Sociedade Torre de Vigia de Bíblias e Tratados - durante a Primeira Guerra Mundial. No mesmo ano, a publicação do tratado “*The Bible Students Monthly*” (“O Mensário dos Estudantes da Bíblia”) sob o título de “*Fall of Babylon*” (“A Queda da Babilônia”), criticava o militarismo e pregava a recusa das Testemunhas de Jeová a servir às Forças Armadas. Por tais motivos, as Testemunhas de Jeová acabaram sendo perseguidas pelos governos dos Estados Unidos da América do Norte ¹⁷.

Com o término da Primeira Grande Guerra (1918), um movimento para libertação das Testemunhas de Jeová presas na perseguição foi iniciado, especialmente Rutherford, até então preso por motivos políticos. Um ano após, Rutherford publicou o periódico “*The Golden Age*” (“A Era de Ouro”) - atual revista “Desperta!”. O ano de 1919 é conhecido como o “princípio do Novo Mundo prometido por Jeová” e, ainda hoje, por tal razão, as Testemunhas de Jeová também são chamadas de “Sociedade do Novo Mundo” ^{17, 39}.

Atualmente, a sede mundial das Testemunhas de Jeová é na cidade de Nova York, Estados Unidos, onde se encontra o Corpo Governante - grupo central de anciãos (líderes das Testemunhas) que supervisionam as congregações mundiais ³⁹.

2.4.2. Breve histórico brasileiro

Foi durante a presidência de Rutherford que a religião chegou ao Brasil (1920). Na época, as Testemunhas de Jeová já contavam com mais de cinco mil seguidores distribuídos por 68 países. No Brasil, havia apenas alguns marujos norte-americanos e a senhora Bellona Ferguson¹⁷. George Young, em março de 1922, foi enviado ao Brasil para auxiliar sua consolidação no país. A primeira reunião oficial brasileira ocorreu no Automóvel Clube do Brasil em 1922. Logo após, o Salão Nobre do Instituto de Literatura Portuguesa foi alugado para reuniões regulares¹⁷.

Em 1922, no Rio de Janeiro, a primeira cerimônia brasileira de batismo foi realizada. Em 1924, uma segunda em São Paulo, incluindo o batismo da senhora Ferguson e de seus quatro filhos¹⁷. Em seguida, foram traduzidas para o português as obras “Milhões que Agora Vivem Jamais Morrerão”, “A Harpa de Deus” e “Criação”. Por fim, a organização fundou uma filial no Brasil e publicou a primeira edição da revista “Torre de Vigia” (1923), que, a partir 1943, mudou de nome para “A Sentinela”, ainda publicada regularmente¹⁷.

Hoje, as Testemunhas de Jeová, não só do Brasil, mas do mundo, compõem uma comunidade moral particularmente relevante no que tange ao estudo da problemática em torno da defesa da autonomia de pacientes. Esses religiosos, na busca do direito de respeito à opção de recusa do uso terapêutico de sangue e derivados, promovem uma grande demanda de ações judiciais, notícias na mídia e de estudos científicos⁴⁰.

As últimas estatísticas constantes no site oficial das Testemunhas - “*Watchtower*” - mostram aumento no número de Testemunhas de Jeová tanto no Brasil quanto no mundo. Em 2008, havia 699.280 Testemunhas no Brasil, ou seja, a proporção de uma Testemunha para cada 271 brasileiros. Já, na estatística de 2009, havia 708.224 Testemunhas no Brasil, ou seja, a proporção de uma Testemunha para cada 270 brasileiros. Tais números mostram um crescimento bruto, mas não relativo, do número de Testemunhas de Jeová no Brasil. Em âmbito mundial, o aumento bruto no número de Testemunhas de Jeová em 2008 foi de 188.730¹³.

2.4.3. Breve histórico da restrição ao uso de sangue e produtos

Após o falecimento de Rutherford, outros nomes passaram pela presidência da congregação. Nathan Homer Knorr, eleito em janeiro de 1942, foi responsável por introduzir o *copyright* da *Watchtower Bible and Tract Society*®, por revogar a lei contra a vacinação e por estabelecer a proibição de transplante de órgãos e de transfusões de sangue (a proibição de comer sangue da Bíblia, em Gênesis 9:4 e em Levítico 17:10 – 14, também seria para proibir tratamentos médicos com sangue)¹⁷.

As Testemunhas de Jeová, ainda hoje, entendem que a restrição ao uso de sangue é legítima. Tal argumento está prescrito em diversas passagens bíblicas, que, segundo eles, embora não estejam escritas expressamente em termos médicos técnicos e atuais, são interpretadas como sendo proibitivas ao uso terapêutico de sangue^{41, 42}.

Eis algumas passagens bíblicas assim consideradas:

3 – Todo animal movente que está vivo pode servir-vos de alimento. Como no caso da vegetação verde, deveras vou dou tudo. 4 – Somente a carne com a sua alma – seu sangue - não deveis comer. 5 – E, além disso, exigirei de volta vosso sangue das vossas almas. Da mão de cada criatura vivente o exigirei de volta; e da mão do homem, da mão de cada um que é seu irmão exigirei de volta a alma do homem. 6 - Quem derramar o sangue do homem, pelo homem será derramado o seu próprio sangue, pois a imagem de Deus fez ele o homem (GÊNESIS 9: 3, 4, 5, 6)

10 – Quanto a qualquer homem da casa de Israel ou algum residente forasteiro que reside no vosso meio, que comer qualquer espécie de sangue, eu certamente porei minha face contra a alma que comer o sangue, e deveras o deceparei dentre seu povo. 11 – Pois a alma da carne está no sangue, e eu mesmo o pus para vós sobre o altar para fazer expiação pelas vossas almas, porque é o sangue que faz expiação pela alma [nele]. 12 – Foi por isso que eu disse aos filhos de Israel: “Nenhuma alma vossa deve comer sangue e nenhum residente forasteiro que reside no vosso meio deve comer sangue”. 13 – Quanto a qualquer homem dos filhos de Israel ou algum residente forasteiro que reside no vosso meio, que caçando apanhe um animal selvático ou uma ave que se possa comer, neste caso tem de derramar seu sangue e cobri-lo com pó. 14 - Pois a alma de todo tipo de carne é seu sangue pela alma nele. Por conseguinte, eu disse aos filhos de Israel: “Não deveis comer o sangue de qualquer tipo de carne, porque a alma de todo tipo de carne é seu sangue. Quem o comer será decepada [da vida].” (LEVÍTICO 17: 10, 11, 12, 13, 14)

20 – mas escrever-lhes que se abstenham das coisas poluídas por ídolos, e da fornicação, e do estrangulado, e do sangue. [...] 28 – Pois, pareceu bem ao espírito santo e a nós mesmos não vos

acrescentar nenhum fardo adicional, exceto as seguintes coisas necessárias: 29 – de persistirdes em abster-vos de coisas sacrificadas a ídolos, e de sangue, e de coisas estranguladas, e de fornicação. Se vos guardardes cuidadosamente destas coisas, prosperareis. Boa saúde para vós! (ATOS dos APÓSTOLOS 15: 20, 28, 29)

23 – Apenas toma a firme resolução de não comer o sangue, porque o sangue é a alma e não deves comer a vida junto com a carne; 24 - Não o deves comer. Deves derramá-lo na terra como água. 25 - Não o deves comer, para que te vá bem a ti e a teus filhos depois de ti, pois farás o que é direito aos olhos de Jeová. (DEUTERONÓMIO 12: 23, 24, 25)

32 - E o povo começou a lançar-se avidamente sobre o despojo e a tomar ovelhas, e gado vacum, e vitelos, e os abateram no chão, e o povo foi comer junto o sangue. 33 – Contaram-no, pois, a Saul, dizendo: “Eis que o povo está pecando contra Jeová, comendo junto o sangue.” A isso ele disse: “Agistes traiçoeiramente. Em primeiro lugar, rolai para cá a mim uma grande pedra.” 34 – Depois, Saul disse: “Espalhai-vos entre o povo, e tendes de dizer-lhes: ‘Trazei a mim, cada um de vós, seu touro e, cada um, seu ovídeo, e tendes de fazer o abate neste lugar, bem como o comer, e não devei pecar contra Jeová por comer junto o sangue.’” Por conseguinte, todo o povo trouxe perto, cada um, seu touro que se achava na sua mão, naquela noite, e fizeram o abate ali. (1 SAMUEL 14: 32, 33, 34)³⁸.

Em 1945, a proibição foi mais detalhada, incluindo não apenas sangue humano, mas também de animais. Na época, a proibição já criou polêmicas de ordem moral. Posteriormente, os transplantes de órgãos, as vacinas e os hemoderivados passaram a ser permitidos. Em 1984, as Testemunhas de Jeová criaram as Colihs (Comissões de Ligação com os Hospitais), as quais agem como intermediárias entre a organização e os hospitais, dialogando com os médicos na busca por soluções para evitar o uso de sangue nas terapias¹⁷.

2.4.4. Atual posição das Testemunhas de Jeová frente ao sangue

As Testemunhas de Jeová aceitam tratamentos médicos e cirúrgicos em geral¹⁸. Todavia, são pessoas que possuem convicções religiosas que as impedem, em regra, de aceitar transfusões de sangue total e, em alguns casos, de partes de sangue também^{41, 42}. Esta crença, segundo as próprias Testemunhas, advém de passagens bíblicas que, embora não estejam escritas em termos médicos técnicos, são interpretadas como sendo proibitivas às terapias com uso de sangue^{5, 6}.

Para que haja uma melhor compreensão do assunto, importante será fazermos a classificação de aceitação, ou não, de acordo com a divisão do sangue e componentes em: a) **alogênico, alógeno ou homólogo** (da mesma espécie) ou **xenogênico ou xenógeno** (de espécies diferentes); b) **autólogo** (do mesmo indivíduo) ou **heterólogo** (de outro indivíduo); c) **fresco** (recolhido e utilizado imediatamente) ou **armazenado** (recolhido e armazenado para uso futuro); d) **sangue total** (hemácias, leucócitos, plasma e plaquetas em conjunto), **hemocomponentes** (hemácias, leucócitos, plasma ou plaquetas em separado) ou **hemoderivados** (diminutas frações sangüíneas).

O sangue xenogênico (de origem outra que não humana) não deve ser consumido nem como terapia, nem como alimento, de acordo com Gênesis 9:4: *“A carne, porém, com sua vida, isto é, com seu sangue, não comereis”*^{16, 17}. No que se refere ao sangue alogênico, quanto ao uso de sangue total armazenado, não existem hipóteses de aceitação. Todavia, caso seja utilizado de forma fresca, apenas o sangue total autólogo pode ser aceito¹⁸. Por exemplo, circulação extracorpórea, hemodiálise, hemodiluição (iso)normovolêmica aguda e recuperação intra-operatória de células (*cell saver*), são permitidos⁴².

No caso do uso de hemocomponentes, seja de um componente primário isolado ou de até três em conjunto, a mesma proibição do sangue total permanece para todos os de origem heteróloga. No caso de origem autóloga, somente os frescos são permitidos^{18, 43}.

Quanto aos hemoderivados (por exemplo, albumina, fatores de coagulação e imunoglobulinas), a religião permite seu uso, fresco ou armazenado, heterólogo ou autólogo, alogênico ou xenogênico. Assim, quanto ao uso de hemoderivados, não existe uma proibição positivada, absoluta, cabendo a cada Testemunha decidir individualmente se aceita, ou não, estas terapias¹⁸. Vale ressaltar que as vacinas (espécie de hemoderivado), que já foram proibidas no passado, hoje, também são aceitas^{16, 17}.

A seguir são apresentados dois quadros sinópticos (Quadros 1 e 2, respectivamente) com alguns tratamentos sangüíneos e a posição das Testemunhas de Jeová frente a seu uso (regra geral doutrinária).

Quadro 1. Produtos sangüíneos e a potencial aceitação pelas Testemunhas de Jeová – fonte: a autora

CLASSIFICAÇÃO DO COMPONENTE SANGÜÍNEO ALOGÊNICO	POSIÇÃO DAS TESTEMUNHAS DE JEOVÁ
Sangue total heterólogo fresco	Não aceitam
Sangue total heterólogo armazenado	Não aceitam
Sangue total autólogo fresco	Aceitam
Sangue total autólogo armazenado	Não aceitam
Hemocomponente heterólogo fresco	Não aceitam
Hemocomponente heterólogo armazenado	Não aceitam
Hemocomponente autólogo fresco	Aceitam
Hemocomponente autólogo armazenado	Não aceitam
Hemoderivado heterólogo fresco	Aceitam
Hemoderivado heterólogo armazenado	Aceitam
Hemoderivado autólogo fresco	Aceitam
Hemoderivado autólogo armazenado	Aceitam

Quadro 2. Tratamentos sangüíneos e potencial aceitação pelas Testemunhas de Jeová – fonte: a autora

	TRATAMENTOS COM SANGUE, COMPONENTES OU DERIVADOS	POSIÇÃO DAS TESTEMUNHAS DE JEOVÁ
T O T A L	Transfusão de sangue total heterólogo fresco	Não aceitam
	Transfusão de sangue total heterólogo armazenado	Não aceitam
	Transfusão de sangue total autólogo fresco	Aceitam
	Transfusão de sangue total autólogo armazenado	Não aceitam
H E M O C O M P O N E N T E S	Gel de plaquetas heterólogo fresco	Não aceitam
	Gel de plaquetas heterólogo armazenado	Não aceitam
	Gel de plaquetas autólogo fresco	Aceitam
	Gel de plaquetas autólogo armazenado	Não aceitam
	Plasma heterólogo fresco	Não aceitam
	Plasma heterólogo armazenado	Não aceitam
	Plasma autólogo fresco	Aceitam
	Plasma autólogo armazenado	Não aceitam
	Plaqueta heteróloga fresca	Não aceitam
	Plaqueta heteróloga armazenada	Não aceitam
	Plaqueta autóloga fresca	Aceitam
	Plaqueta autóloga armazenada	Não aceitam
	Plasma rico em plaquetas heterólogo fresco	Não aceitam
	Plasma rico em plaquetas heterólogo armazenado	Não aceitam
	Plasma rico em plaquetas autólogo fresco	Aceitam
	Plasma rico em plaquetas autólogo armazenado	Não aceitam
	Hemácia heteróloga fresca	Não aceitam
	Hemácia heteróloga armazenada	Não aceitam
	Hemácia autóloga fresca	Aceitam
	Hemácia autóloga armazenada	Não aceitam
H E M O D E R I V A D O S	Cola de fibrina de qualquer origem	Aceitam
	Soros	Aceitam
	Vacinas	Aceitam
	Expansores de volume plasmático cristalóides	Aceitam
	Expansores de volume plasmático colóides (com exceção do plasma e do sangue total)	Aceitam
	Hemodiluição (iso)normovolêmica aguda	Aceitam
	Fator de coagulação VII de qualquer origem	Aceitam
O U T R O S	Recuperação intra-operatória de células	Aceitam
	Hemodiálise	Aceitam
	Circulação extracorpórea	Aceitam
	CAOLC em geral	Aceitam

2.5. O princípio bioético do respeito à autonomia

Podemos dizer que, atualmente, a ética profissional médica e odontológica é dirigida preferencialmente no sentido de estabelecer regras de conduta. Tais regras costumam recair sobre questões de decoro profissional, além do campo das “obrigações”, tornando a ética, de certo modo, um conjunto de “regras de etiqueta”. Proporcionar assistência de saúde ética e/ou moralmente adequada em uma sociedade moralmente diversificada deve ir além do cumprimento de regulamentos burocráticos ⁴⁴.

Como se não bastassem os conflitos de cunho moral e/ou ético que há muito já existem, o profissional de saúde, hoje, tem uma grande diversidade de opções terapêuticas a escolher. Todavia, esta quantidade de opções não significa aumento nas chances de sucesso terapêutico, já que sempre há riscos e, muitas vezes, o profissional se vê obrigado a oferecer não o tratamento mais satisfatório, mas o menos danoso ⁴⁵. Assim, o profissional, na clínica cotidiana, ao menos, deve enfrentar duas dificuldades: uma ética/moral e outra terapêutica.

Segundo H.T. Engelhardt Jr. (1998, p. 101), as controvérsias éticas e/ou morais “[...] *podem ser resolvidas com base: 1) na força, 2) na conversão de uma das partes ao ponto de vista da outra, 3) no sadio argumento racional, e 4) no acordo*” ⁴⁴. O recurso à força (mesmo a legalmente autorizada) encerra controvérsias sem, contudo, solucionar os conflitos morais e/ou éticos. A busca de soluções por meio da procura de um ponto de vista único, impositivo, tampouco se mostra eficaz, até mesmo porque o consenso secular e ao mesmo tempo universal não existe.

Por outro lado, a busca de um sadio argumento racional, que gere livres acordos bilateralmente discutidos, por meio do fortalecimento do diálogo e da autonomia do paciente, seria o indicado ^{46, 47}. Para tanto, não basta boa vontade dos sujeitos da relação de saúde, já que uma simples “moral intuitiva” além de insuficiente também não pode ser totalmente confiável ⁴⁵. Neste ponto é que o estudo acadêmico do princípio bioético do respeito à autonomia se faz necessário.

Para que o poder de escolha dos pacientes possa ser realmente exercido, e estes terem sua autonomia verdadeiramente respeitada, o profissional de saúde não deve apenas ser capaz de identificar aspectos conflituosos na sua relação com o paciente, mas também estar apto a agir positiva e/ou negativamente na busca de soluções eqüitativas que gerem a igualdade (ao menos formal) das partes ⁴⁸. Assim, tanto os profissionais devem evitar realizar certas condutas “não éticas” quanto devem fornecer certas condições ao paciente.

Beauchamp e Childress (2002, p. 140) estabelecem que o princípio bioético do respeito à autonomia exige a presença de três condições: a) agir intencionalmente (deve haver intenção na conduta do paciente); b) agir com entendimento (o profissional deve fornecer informações completas ao paciente, para que haja o devido consentimento livre e esclarecido deste); c) agir sem influências controladoras (o profissional não deve coagir ou deixar que o paciente o seja na escolha do tratamento) ^{46, 47}.

Já, quanto ao consentimento livre e esclarecido (ato que reúne as condições supracitadas), H.T. Engelhardt Jr. (1998, p. 368) defende que este deve compreender: a) o direito do paciente de consentir em participar de tratamentos sem sofrer coerções, sem ser enganado e com competência (mental, civil e informacional); b) o poder de retirar-se do tratamento por completo ou em parte e a qualquer tempo ⁴⁴.

Sendo assim, no que tange ao agir positivamente do profissional, podemos incluir o dever de informação, de realização do termo consentimento livre e esclarecido e de proteção do paciente contra coerções de terceiros a participar ou a não abandonar tratamentos. Já, no agir negativamente ou mesmo por omissão, a não-coerção do próprio profissional a participar ou a não abandonar tratamentos de saúde devem ser incluídas.

Dentro do estudo desses “agires”, não podemos deixar de incluir a questão do paternalismo. Trata-se de uma forma de coerção branda e justificável (mas correta) moralmente, que inclui a falta do agir positivamente (já

que informações não são prestadas) e a falta do agir negativamente (não há adesão autônoma ao tratamento).

Pequenas e curtas intervenções paternalistas são freqüentemente justificadas pelo argumento de que indivíduos sensatos e prudentes não se importariam (e, de fato, desejariam) que o “bem” lhes fosse feito, especialmente se fosse para lhes preservar a integridade física ou a própria vida.⁴⁴ De acordo com H.T. Engelhardt Jr. (1998, p. 389):

O privilégio terapêutico pode ser interpretado como uma forma de emergência. Os médicos têm sido geralmente desculpados de obter consentimento em circunstâncias de emergência, quando a demora em obter o consentimento poderia levar à morte ou a significativo dano físico, ou talvez mental. Em vez disso, têm tido permissão para proporcionar a forma de tratamento medicamente necessária para salvar a vida e o membro, ou evitar permanente dano físico⁴⁴.

Nesse sentido, o “paternalismo fiduciário implícito” (quando os pacientes não tenham explicitamente nomeado outra pessoa como seu procurador na tomada de decisões) não deve ser simplesmente negado em todos os casos⁴⁴. O paternalismo pode ser sim justificável, mas apenas quando não houver autonomia a ser respeitada, quando não houver escolha livre e consciente^{46, 47}.

Somente em tais casos é que o princípio da beneficência deve prevalecer, pois se busca alcançar o “bem”, desde que não o do profissional, mas o do próprio paciente⁴⁴. Há, na verdade, um caráter subsidiário na beneficência, verdadeiro “soldado de reserva” nas situações em que a autonomia não se faz presente. Estas reflexões levam a apoiar o direito dos indivíduos de recusar tratamento, mesmo aquele que poderia salvar vidas, desde que de forma devidamente autônoma⁴⁸. Segundo H.T. Engelhardt Jr. (1998, p. 128):

Os médicos [...] Por sua experiência, ficam sabendo o que é sofrer de certas doenças, ou morrer de certo modo. Eles sabem quais as conseqüências de diferentes tipos de tratamento, e os possíveis resultados da adoção de estilos de morrer ou de doenças particulares. Para desempenhar esse papel de geógrafos, também precisam conhecer a fina textura da moral, não apenas do quadro moral pluralista secular, mas também das comunidades morais particulares ou dos pacientes em particular⁴⁴.

Ao confrontarmos os princípios da beneficência e do respeito à autonomia, notamos que podem proporcionar situações diametralmente opostos. Nos casos de risco de vida para pacientes Testemunhas de Jeová isto é mais latente. O ideal principiológico dos profissionais de saúde é beneficente e paternalista, haja vista o direito à vida ser interpretado como um verdadeiro dever de não deixar morrer. Caso fosse autonomista, o direito à vida permitiria que se decidisse até mesmo sobre o próprio corpo, desde que não prejudicasse terceiros ⁴⁸.

Dentro da cultura anglo-saxônica, que sofreu forte influência do individualismo protestante, o princípio da autonomia costuma ter sua importância maximizada. Já, nas sociedades latinas, culturalmente católicas, como a brasileira, o sentimento de alteridade, de beneficência, costuma ser mais exacerbado ⁴⁹.

As grandes sociedades seculares são necessariamente pluralistas, permitindo dois registros: a) há discordâncias de opiniões (inclusive nas questões de saúde); b) nem a beneficência, nem a autonomia podem ocupar permanentemente o topo da hierarquia de princípios na solução de conflitos (caráter *prima facie*), independentemente de qualquer influência socialmente determinante ^{46, 47}.

Quando uma Testemunha de Jeová, por motivos religiosos, discorda do tratamento proposto pelo médico ou dentista, um conflito ético e/ou moral pode ser gerado pelas diferentes interpretações do que seria o “bem” do paciente e do que significaria o “sangue” para cada um deles ⁵⁰. Tais conflitos sobre decisões quanto a tratamentos, freqüentemente resultam de diferentes percepções dos fatos, de emoções e de valores culturais ou religiosos das partes ⁵¹.

No que tange à recusa de sangue pelas Testemunhas de Jeová, apenas quando realmente estes pacientes não decidirem de maneira autônoma a recusa de tratamento (mesmo que com risco de vida) é que talvez o princípio da beneficência deva preponderar. H.T. Engelhardt Jr. (1998, p. 427-8) esclarece: “[...] se um indivíduo tem o direito de consentir, deduz-se que tem o

*direito de recusar o tratamento, mesmo o tratamento que lhe salvaria a vida”*⁴⁴. Assim, havendo autonomia, deve haver respeito.

2.6. O pluralismo moral na visão de H. T. Engelhardt Jr.

As pessoas costumam atribuir a manifestação das diversas moralidades hoje existentes a escolhas particulares de cada indivíduo ou a possíveis origens destas moralidades (como a teológica e a deontológica, por exemplo). Todavia, o projeto de busca de uma moralidade secular, quadro em que algumas bioéticas se inserem, tem prometido uma explicação laica, mais universalizada, de como os indivíduos devem agir⁴⁴.

De acordo com H.T. Engelhardt Jr. (1998, p.23):

O não-reconhecimento das proporções da diversidade moral que caracteriza nosso contexto é compreensível. A suposição de que existe uma moralidade concreta disponível a todos por meio da reflexão racional tem profundas raízes na história ocidental⁴⁴.

A visão da realidade sob o prisma da “perspectiva anônima da razão” (do *logos* de qualquer pessoa), independente de locais de inserção ou de histórias pessoais, surgiu no Ocidente. Em contraposição, os pré-socráticos tinham uma visão mais canônica desta razão - pregando um apego comum a todos, já que a humanidade seria nutrida por uma única fonte: a lei divina⁴⁴.

Posteriormente, o cristianismo também acabou por marginalizar o ceticismo, substituindo o politeísmo pelo monoteísmo (especialmente no que se refere ao monocultural latino). A realidade, os valores e a estrutura social passaram a ser interpretados a partir da perspectiva e do julgamento de um único e verdadeiro Deus, fonte de toda ética e moral⁴⁴.

Esta moralidade religiosa e uniformizada foi, de certa forma, sendo desconstruída por diversos acontecimentos históricos, por exemplo: a) quando Martinho Lutero pregou suas 95 teses na Igreja de Todos os Santos (1517); b) a Guerra dos Trinta Anos (1618 a 1648); c) a primeira cópia da obra de Nicolau Copérnico (*“De revolutionibus orbium coelestium”* – 1543), pois a revolução de Copérnico ajudou a deixar a visão secular ocidental desprovida de um sentido

de perspectiva final ou absoluta, já que o homem deixou de ser o centro do universo; d) a obra de Charles Darwin ("*On the origin of species*" – 1859), despojando a visão de um ambiente humano canônico e mostrando que a espécie humana não havia sido privilegiada no início de toda a vida ⁴⁴.

Tal processo de fragmentação do consenso ético, moral e metafísico, acompanhado do progresso científico que modificava as interpretações quanto ao verdadeiro lugar do homem no mundo (e até no cosmos), acabou fortalecendo um racionalismo secular. Sendo assim, o crescimento do entendimento de que a razão poderia revelar o caráter da "vida boa" e dos cânones gerais da probidade fez com que a busca de uma moralidade secular se afastasse de qualquer narrativa moral particular ⁴⁴.

A aspiração canônica de uma razão comum unida por um Deus único foi substituída pela de se encontrar uma Filosofia laica que também fosse capaz de explicar todos os comportamentos. Todavia, ao também buscar a universalidade, esta falhou, pois, na verdade, mostrou-se não como uma, mas como várias filosofias e várias éticas filosóficas concorrentes ⁴⁴.

Neste sentido é que a bioética contemporânea tem sido colocada diante de um considerável ceticismo, de uma perda de fé, pois a pluralidade de visões morais é um crescente desafio, segundo H.T. Engelhardt Jr. (1998, p.31):

Apesar de tais dificuldades, a moderna esperança filosófica tem sido a descoberta de um comunalismo geral de pessoas. Esse comunalismo tem sido pretendido por meio da descoberta de uma moralidade canônica, essencial, mais do que continuísta, que deveria unir os estranhos morais, os membros de comunidades morais diversas. Deveríamos ser capazes de descobrir uma moralidade secular essencial (os fundamentos da bioética) que abrangesse diversas comunidades de crenças religiosas e ideológicas. Este tem sido o objetivo do moderno projeto filosófico ⁴⁴.

As diversas sociedades são pluralistas não apenas entre si, mas em suas próprias estruturas internas. Cada uma envolvendo comunidades com variados sentimentos e crenças morais. Importante destacar que tal diversidade sempre esteve presente nas sociedades, embora oculta, pois suprimida por uma moralidade artificialmente imposta já que a Europa ocidental da Idade Média, apesar de nominalmente católica romana, incluía significativas populações de judeus, hereges, agnósticos e ateus ⁴⁴.

Segundo Garrafa e Azambuja (2007, p. 353-4), hoje, as diferentes culturas proporcionam também diferentes visões a respeito de um mesmo fato ou situação. A falta de um universalismo moral (o que leva à existência de um pluralismo) promove a necessidade de contextualização das situações fáticas conflituosas a serem analisadas ¹⁴.

Nesse diapasão é que a imposição de culturas estruturalmente mais fortes a outras mais fracas, hoje não é mais aceita, pois não seria forma de resolução de conflitos, mas sim mero imperialismo ético ou moral - antes de qualquer outra classificação mais branda ou tentativa de entender “o todo” com “toda” a complexidade inerente ¹⁴.

2.6.1. Os amigos morais

De acordo com H.T. Engelhardt Jr. (1998, p.32), os amigos morais formam um grupo de pessoas que compartilham uma moralidade essencial comum. Esta forma de moralidade, por sua vez, tem que ser comparada a uma moralidade puramente continuísta, na qual pessoas transmitem àquilo que é comum a autoridade moral de seu consentimento ⁴⁴.

A moralidade essencial proporciona substancial orientação sobre o que é certo ou errado, o que é bom ou mau, além da exigência de que não se use as pessoas sem suas autorizações. As controvérsias morais são resolvidas por meio de um argumento moral oriundo de uma autoridade moral devidamente reconhecida pelo grupo ⁴⁴.

O artifício da comunidade será utilizado para identificar um conjunto de pessoas unidas por tradições e/ou práticas morais comuns ao redor de uma visão compartilhada da moralidade essencial. Estas práticas e tradições morais que unem os indivíduos dentro de uma comunidade podem ser mais ou menos densas, mas não devem impedir que colaborem como amigos morais ⁴⁴.

As várias comunidades ainda podem se reunir em sociedades, mesmo que os indivíduos que se encontrem em comunidades morais diversas, com moralidades essenciais diferentes. Embora possam colaborar em uma

associação comum, encontram sua localização moral substantiva dentro daquelas comunidades que compartilham com seus amigos morais ⁴⁴.

2.6.2. Os estranhos morais

Estranhos morais são pessoas que não compartilham premissas ou regras morais de evidência e inferência suficientes para resolver as controvérsias morais por meio de uma sadia argumentação racional. Estes indivíduos não têm um compromisso comum, entre seus pares ou instituições ⁴⁴. Os estranhos morais não compõem um conjunto de estranhos entre si, mas sim, representam grupos antagônicos de amigos morais, caso analisados em conjunto. Escalonamentos diferentes de valores morais transformarão os indivíduos em mais ou menos estranhos ou amigos morais ⁴⁴.

Caso cheguem ao ponto de serem totalmente incompreensíveis e/ou intoleráveis uns aos outros, poderíamos até mesmo pensar em “inimigos” morais.

Os estranhos morais precisam resolver controvérsias morais por meio de acordos (entre eles ou mediados por indivíduos e/ou instituições de reconhecida autoridade), pois não compartilham de uma visão moral suficiente que lhes permita descobrir meios de solução de conflitos utilizando apenas premissas morais comumente aceitas ⁴⁴.

2.7. O exercício ético da profissão de saúde

2.7.1. A relação médico/dentista-paciente

A relação médico-paciente, semelhante à do dentista-paciente, é verticalmente assimétrica. O paciente, ao procurar o profissional de saúde, transfere seu problema e responsabilidade terapêutica a este, o detentor do conhecimento, com poder e autoridade decorrentes deste saber. O paciente,

parte vulnerável da relação, muitas vezes, além de debilitado fisicamente, encontra-se enfraquecido pela dor e insegurança pelo desconhecimento técnico de sua situação clínica^{2,7}.

Por tais motivos é que o profissional de saúde deve estar ciente dessa discrepância na relação. Só assim poderá agir de modo a promover a redução das diferenças e a evitar tudo o que possa torná-las ainda mais acentuadas^{2,4}. *In casu*, buscar oferecer as supostas “melhores” e mais modernas técnicas ao paciente, sem procurar saber qual seria, na verdade, a mais “adequada”, poderia gerar conflitos legais, éticos e/ou morais^{2,7}.

Escolher pelo outro, mesmo que cercado de boas intenções, nada mais é do que fazer a nossa própria beneficência. O princípio bioético da beneficência, *a contrario sensu*, busca a beneficência do outro, no caso, a do verdadeiro objeto do cuidado: o paciente^{2,7}.

Segundo Beauchamp e Childress (2002, p. 143):

Por que se deve esse respeito às pessoas? [...] Kant argumentou que o respeito à autonomia origina-se do reconhecimento de que todas as pessoas têm valor incondicional, e de que todas têm capacidade para determinar o próprio destino. Violar a autonomia de uma pessoa é **tratá-la meramente como um meio, de acordo com os objetivos de outros, sem levar em conta os objetivos da própria pessoa**. Esse tratamento é uma violação moral fundamental, pois as pessoas autônomas são fins em si mesmas, capazes de determinar o próprio destino [...] ⁴⁶. (negrito nosso)

Devemos ressaltar, também, que o profissional de saúde, ao agir com um ideal de beneficência exagerado, provoca, na realidade, o que se procurava evitar, uma posição paternalista em relação ao paciente (acentuando ainda mais a já natural vulnerabilidade deste)⁷. Sobre o assunto, Trindade, Azambuja, Andrade e Garrafa (2007, p. 72) referem que: “*A beneficência seria exercida pelo saber e o paternalismo pelo poder. Se encarada dessa forma, a autonomia do paciente se esvai. Isso mostra a grande vinculação existente entre a beneficência e a autonomia*”².

2.7.2. O atendimento às Testemunhas de Jeová

Mesmo já existindo um grande número de estudos sobre o assunto na bioética (disciplina hoje presente em grande parte dos cursos relacionados com as áreas biomédicas no Brasil), ainda há profissionais de saúde que continuam desrespeitando o direito de escolha terapêutica de pacientes Testemunhas de Jeová, gerando conflitos éticos, morais e processos judiciais^{46, 47}.

Beauchamp e Childress (2009, p. 24) sugerem que os conflitos morais normalmente são gerados por desacordos: a) quanto a terapêuticas escolhidas; b) resultantes de informações insuficientes; c) quanto a normas aplicáveis ou predominantes nas circunstâncias presentes; d) quanto a quem seria “verdadeiramente” o vulnerável da relação; e) quanto à conceituação dos aspectos morais⁴⁷.

Especificamente, no que tange às Testemunhas de Jeová, podemos dizer que tais conflitos seriam gerados por: a) profissionais de saúde que imponham paternalisticamente terapêuticas ao paciente; b) falta de informação aos profissionais de saúde sobre a verdadeira posição das Testemunhas de Jeová frente ao uso de sangue; c) conflitos de princípios entre o direito à vida e a dignidade da pessoa humana; d) falta de autonomia (legal) dos profissionais de saúde frente a determinadas escolhas do paciente; e) despreparo bioético de “alguns” profissionais de saúde que se negam a atender pacientes estranhos morais seus.

No que tange à falta de autonomia legal dos profissionais de saúde frente às escolhas das Testemunhas de Jeová, uma edição especial da revista “Desperta!” (2005, p.8) sobre os desafios de ser médico, relata a prática de medidas de “Medicina defensiva” por parte dos médicos no tratamento das Testemunhas. Eis sua redação:

Em muitos países está havendo um grande aumento de processos contra erros médicos. [...] O resultado é que muitos se vêem obrigados a praticar a “**medicina defensiva**”, tomando decisões com base na eventual necessidade de defender-se no tribunal em vez de visar o que é melhor para o paciente. “Tornou-se muito comum atualmente praticar a medicina com o objetivo de proteger-se de processos”, diz a revista *Physician’s News Digest*⁵². (negrito nosso)

Ainda, associado às questões morais, éticas e legais há muito existentes, hoje, as inúmeras opções terapêuticas disponíveis trazem um verdadeiro “poder técnico”, que deveria vir acompanhado de um “poder moral” para que fossem realizadas de maneira ética ². Essa questão evidencia ainda mais a necessidade de conscientização do profissional no sentido de prestar informações claras e “completas” (inclusive quanto à origem de materiais terapêuticos) ao paciente sobre seu tratamento ⁴³.

Por essas razões, fica evidente a necessidade de estudo das questões éticas que envolvam pacientes pertencentes a minorias culturais (como as Testemunhas de Jeová). Esta necessidade ainda se torna mais latente pelo fato de que o profissional de saúde deveria estar preparado para atender seus pacientes com um respeito à autonomia que atenda também ao pluralismo moral religioso hoje existente, com capacidade para identificar os pontos de potenciais conflitos legais, morais e/ou éticos dentro da relação.

Tais argumentos se mostram ainda mais relevantes se tomados em um país como o Brasil, onde o respeito à autonomia e à liberdade religiosa não são apenas autorizados por nossa Carta Maior (1988, s.p.), mas também por ela garantidos ¹¹:

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

[...]

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

VII - é assegurada, nos termos da lei, **a prestação de assistência religiosa** nas entidades civis e militares de internação coletiva; [...] ¹⁰
(negrito nosso)

Inclusive, a liberdade de crença é um direito fundamental também protegido pela legislação alienígena. Eis o texto da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948, s.p.):

[...] Considerando que o desprezo e o desrespeito pelos direitos humanos resultaram em atos bárbaros que ultrajaram a consciência da Humanidade e que o advento de um mundo em que os homens gozem de **liberdade** de palavra, de **crença** [...]

Artigo XVIII

Toda pessoa tem direito à **liberdade** de pensamento, consciência e religião; este direito inclui a **liberdade de mudar de religião ou crença** e a **liberdade de manifestar essa religião ou crença**, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou coletivamente, em público ou em particular [...] ⁵³. (negrito nosso)

No caso das Testemunhas de Jeová, a notória rejeição aos tratamentos com sangue é freqüentemente a causa de recusa de atendimento por parte de alguns profissionais de saúde. Este tipo de atitude, apesar de eticamente amparado pelos Códigos de Ética Médica (2009 - capítulo II, IX) e de Odontológica (2006 - artigo 3º, V), acarreta estresses, ao menos, psicológicos às Testemunhas de Jeová, que, por mera opção religiosa, sofrem com a (potencial) falta de atendimento ^{54, 55}. Eis suas redações:

Capítulo II – DIREITOS DOS MÉDICOS**É direito do médico:**

[...]

IX – Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência ⁵⁴.

CAPÍTULO II – DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

Art.3º. Constituem direitos fundamentais dos profissionais inscritos, segundo suas atribuições específicas:

[...]

V - direito de renunciar ao atendimento do paciente, durante o tratamento, quando da constatação de fatos que, a critério do profissional, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional. Nestes casos tem o profissional o dever de comunicar previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade do tratamento e fornecendo todas as informações necessárias ao cirurgião-dentista que lhe suceder; ⁵⁵.

Por outro lado, existem também profissionais que conhecem bioética e sabem da importância de se respeitar a autonomia do paciente. Muitos destes gostariam de atender pacientes Testemunhas de Jeová, mas também preferem recusar atendimento. Tal conduta é gerada pela falta de autonomia do profissional de saúde frente ao Estado, pois, caso um paciente morra ou sofra lesões corporais por escolha sua durante o tratamento (escolha não amparada pela literatura científica), responderá penalmente por tais conseqüências (artigo 13, §2º, “a” c/c artigo 121 ou artigo 129 do Código Penal)¹².

Eis o que nosso Código Penal reza:

Relação de causalidade

Art. 13 - O resultado, de que depende a existência do crime, somente é imputável a quem lhe deu causa. Considera-se causa a ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido.

[...]

Relevância da omissão

§ 2º - A omissão é penalmente relevante quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado. O dever de agir incumbe a quem: a) tenha por lei obrigação de cuidado, proteção ou vigilância;

[...]

Homicídio simples

Art. 121. Matar alguém:

Pena - reclusão, de seis a vinte anos.

[...]

Lesão corporal

Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:

Pena - detenção, de três meses a um ano.

Note-se que, em relação ao paciente, o médico é a parte hipersuficiente da relação, porém, frente ao Estado, o médico passa a ser a hipossuficiente, pois é obrigado legalmente a certas atitudes que talvez não tomasse caso pudesse escolher autonomamente.

Todavia, em sentido diametralmente oposto, no de obrigação de respeito à autonomia dos pacientes, encontramos grande parte da legislação alienígena. Por exemplo, Quanto à liberdade do sujeito de pesquisa (que, na maioria das vezes, é um paciente), o artigo 1º do Código de Nuremberg (1947, s.p.):

O consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial [...] essas pessoas devem **exercer o livre direito de escolha** sem qualquer intervenção de elementos de força, fraude, mentira, coação, astúcia ou outra forma de restrição [...] O dever e a responsabilidade de garantir a qualidade do consentimento repousam sobre o pesquisador que inicia ou dirige um experimento ou se compromete nele. São deveres e responsabilidades pessoais que não podem ser delegados a outrem impunemente ⁵⁶. (negrito nosso)

Neste mesmo sentido, o Código Internacional de Ética Médica (1983, s.p.), entre outras recomendações éticas ao médico, estabelece que: “**O médico deverá respeitar os direitos dos doentes, dos colegas, e de outros profissionais de saúde**[...] ⁵⁷”

Também, desrespeitar a autonomia é ferir a dignidade da pessoa humana. Tal afirmação mostra sua relevância no fato de a palavra “dignidade”

ter sido citada quatro vezes no texto da Constituição Federal Brasileira (1988), cinco vezes no da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e onze vezes no da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005) ¹⁰, 53, 58.

Contudo, mais uma vez, quando voltamos à análise da legislação pátria infraconstitucional, o que encontramos são mandamentos no sentido de desrespeito à autonomia das Testemunhas de Jeová. Eis a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.021 (1980, s.p.), sobre procedimentos médicos frente a pacientes que recusam o recebimento de transfusão de sangue (“inclusive por motivos religiosos”):

O problema criado, para o médico, pela recusa dos adeptos da Testemunha de Jeová em permitir a transfusão sangüínea, deverá ser encarada sob duas circunstâncias:

1 - A transfusão de sangue teria precisa indicação e seria a terapêutica mais rápida e segura para a melhora ou cura do paciente. Não haveria, contudo, qualquer perigo imediato para a vida do paciente se ela deixasse de ser praticada. Nessas condições, deveria o médico atender ao pedido de seu paciente, abstenendo-se de realizar a transfusão de sangue. [...]

2 - O paciente se encontra em iminente perigo de vida e a transfusão de sangue é a terapêutica indispensável para salvá-lo. Em tais condições, não deverá o médico deixar de praticá-la apesar da oposição do paciente ou de seus responsáveis em permiti-la. O médico deverá sempre orientar sua conduta profissional pelas determinações de seu Código. [...] ⁵⁹. (negrito nosso)

Em consonância, recentemente, foi editada a Portaria da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal nº 92 (2009, s.p. – vide ANEXO 4), no sentido de também obrigar o médico a transfundir sangue em pacientes em situação de risco de vida ⁶⁰.

Desta maneira, fica evidente o conflito, não de normas (pois o entendimento de dever aplicar a terapia recusada pelo paciente prevalece legalmente em situações de risco de vida), mas sim moral e/ou ético. Assim, não basta a vontade do profissional de saúde de atuar de modo adequado na ótica da bioética; necessário seria que a legislação brasileira o amparasse.

3. OBJETIVOS

A presente pesquisa teve como objetivo geral estudar a posição das Testemunhas de Jeová do Distrito Federal (DF), Brasil, frente ao uso terapêutico de hemoderivados e hemocomponentes, frescos e armazenados.

Os objetivos específicos foram: estudar o grau de conhecimento e de aceitação das referidas terapias pelas Testemunhas de Jeová; analisar aspectos sócio-demográficos dos pesquisados; identificar, em relação aos profissionais de saúde, se há preocupação com a religiosidade dos pacientes na anamnese; e propor ferramentas bioéticas para a solução de eventuais conflitos encontrados.

4. MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo qualitativo de corte transversal. A pesquisa foi realizada com amostra aleatória e de conveniência de 150 Testemunhas de Jeová que praticam a religião no Distrito Federal, Brasil. Os critérios de inclusão foram: a) ter o DF como local de prática da religião; b) se declarar uma Testemunha de Jeová; c) ter livre vontade de participar da pesquisa. Quanto aos de exclusão, incluíram analfabetos e aqueles que não desejaram participar da pesquisa.

Não houve restrições quanto à idade, desde que os menores tivessem condições intelectuais de compreender o tema e que fossem assistidos ou representados por seus responsáveis. Tampouco houve restrições quanto ao sexo, grau de escolaridade, grau de conhecimento técnico específico sobre terapias com o uso de sangue ou tempo de prática da religião. Devemos destacar que a participação de menores de idade se deu com a coleta da assinatura do responsável, e não do menor.

A Comissão de Ligação com Hospitais para Testemunhas de Jeová (Colih) concordou com a realização da pesquisa, contactou os sujeitos, prestou informações e auxiliou na distribuição dos questionários.

Os questionários foram distribuídos em Salões do Reino (locais onde as Testemunhas de Jeová se reúnem e professam sua fé) que abrangem os seguintes bairros do Distrito Federal: Cruzeiro Novo, Cruzeiro Velho, Setor Octogonal, Setor Sudoeste, Setor de Mansões *Park Way*, Águas Claras e Taguatinga.

O questionário era composto de perguntas fechadas, dividido em duas partes: Parte I (Dados Gerais), com três questões sobre idade, sexo e grau de escolaridade do pesquisado; e Parte II (Questionário Específico), com seis perguntas que atendiam aos objetivos do estudo (ANEXO 1). Juntamente, foram entregues uma folha com explicações sobre a pesquisa (ANEXO 2) e duas vias de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – ANEXO 3).

Todos os 150 questionários distribuídos (com uma das vias de TCLE assinada – entregues em separado) foram devolvidos.

A metodologia do estudo respeitou as normas de ética em pesquisa com seres humanos estabelecidas na Resolução do Ministério da Saúde nº 196 (1996, s.p.)⁶¹. A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o registro 070/2009.

O trabalho de campo foi desenvolvido entre os meses de novembro de 2009 e março de 2010, somente sendo iniciado após a devida aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

O orçamento da pesquisa foi de baixo custo, envolvendo apenas material de escritório, que foi totalmente financiado pela pesquisadora. O trabalho de coleta, formatação e tabulação de dados não foi terceirizado, sendo também totalmente realizado pela própria pesquisadora.

Conflitos éticos e/ou de interesses dos envolvidos não existiram tendo em vista a ausência de vínculos comerciais e/ou institucionais da Colih, dos pesquisadores e dos sujeitos de pesquisa que justifiquem essa consideração. Ressaltamos que a pesquisadora não é Testemunha de Jeová.

Como método auxiliar, houve a observação participativa da pesquisadora durante algumas reuniões de “Estudo de *A Sentinela*” e da “Escola do Ministério Teocrático” do Salão do Reino da Asa Sul (DF). Tal participação se deu com o intuito de confirmar as informações obtidas na literatura, assim como para poder ampliar a compreensão do tema.

Tabulação dos dados e discussão dos resultados

Os dados foram trabalhados pelo método de percentual simples, com desprezo de casas decimais (tendo em vista que cada questionário representava apenas 0,75% dos resultados). O programa utilizado foi o Excel[®] da Microsoft na tabulação, no cruzamento dos dados e na confecção dos

gráficos. O arredondamento das casas decimais seguiu o padrão do referido programa, ou seja, para o próximo número inteiro superior quando nas casas decimais houvesse valor $\geq 0,5\%$.

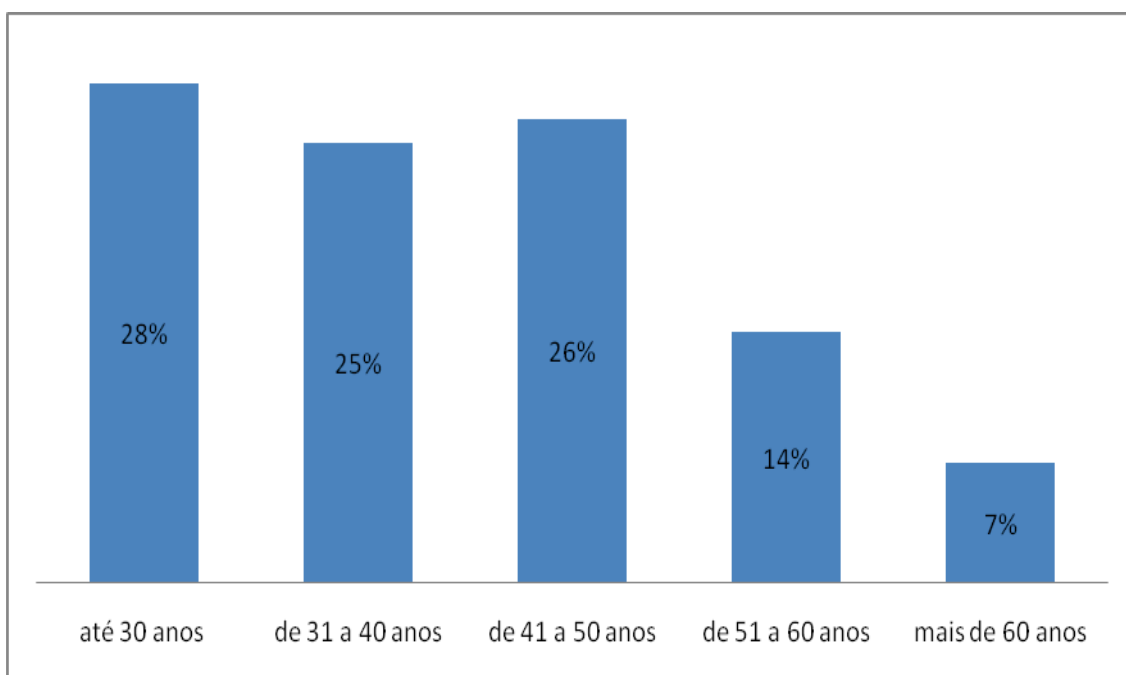
Os percentuais utilizados para comparar os resultados podem estar relacionados a certas respostas ou em relação a determinados universos de pesquisados; em ambos os casos, existe expressa menção no texto.

5. RESULTADOS

5.1. Resultados da parte I - dados gerais

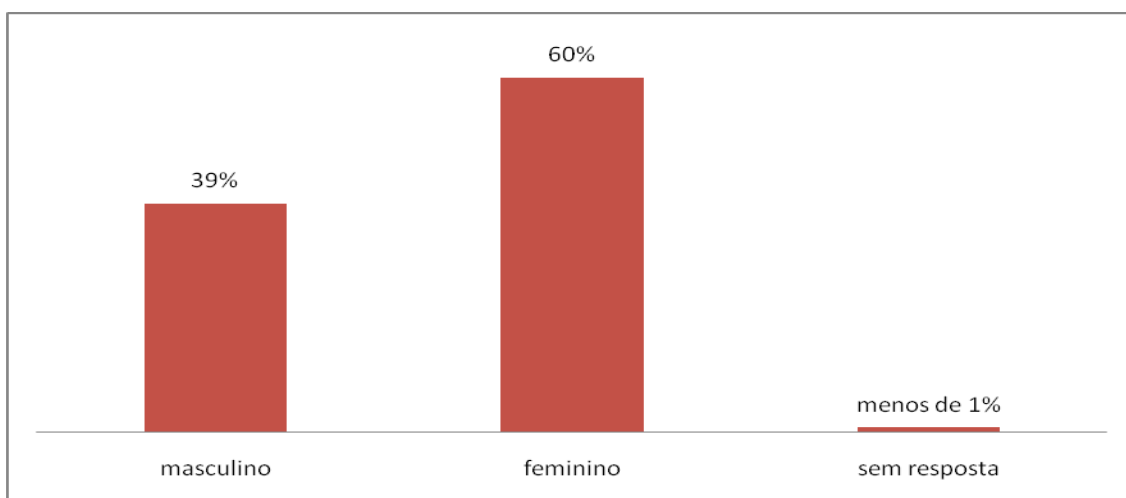
A primeira pergunta da parte I do questionário (dados gerais), sobre a idade dos sujeitos de pesquisa, apresentou os seguintes resultados: a) 28% até 30 anos (42 pesquisados); b) 25% de 31 a 40 anos (38 pesquisados); c) 26% de 41 a 50 anos (39 pesquisados); d) 14% de 51 a 60 anos (21 pesquisados); e) 7% mais de 60 anos (10 pesquisados) – figura 1.

Figura 1. Resultados referentes à idade dos pesquisados - questão 1 (parte I) do questionário.



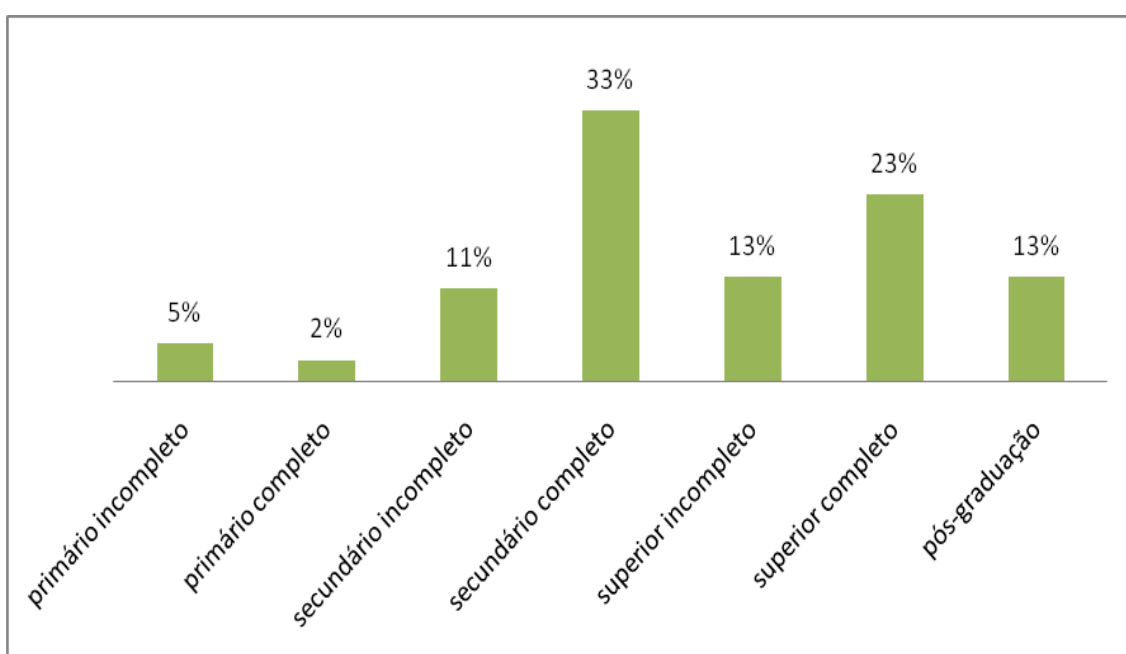
A segunda pergunta da parte I do questionário (dados gerais), sobre o sexo dos sujeitos de pesquisa, apresentou os seguintes resultados: a) 39% masculino (59 pesquisados); b) 60% feminino (90 pesquisados); c) >1% sem resposta (1 pesquisado) – figura 2.

Figura 2. Resultados referentes ao sexo dos pesquisados - questão 2 (parte I) do questionário.



A terceira pergunta da parte I, sobre o nível de escolaridade dos sujeitos de pesquisa, apresentou os seguintes resultados: a) 5% primário incompleto (7 pesquisados); b) 2% primário completo (4 pesquisados); c) 11% secundário incompleto (17 pesquisados); d) 33% secundário completo (49 pesquisados); e) 13% superior incompleto (20 pesquisados); f) 23% superior completo (34 pesquisados); g) 13% pós-graduação (19 pesquisados) – figura 3.

Figura 3. Resultados referentes ao grau de escolaridade dos pesquisados - questão 3 (parte I) do questionário.

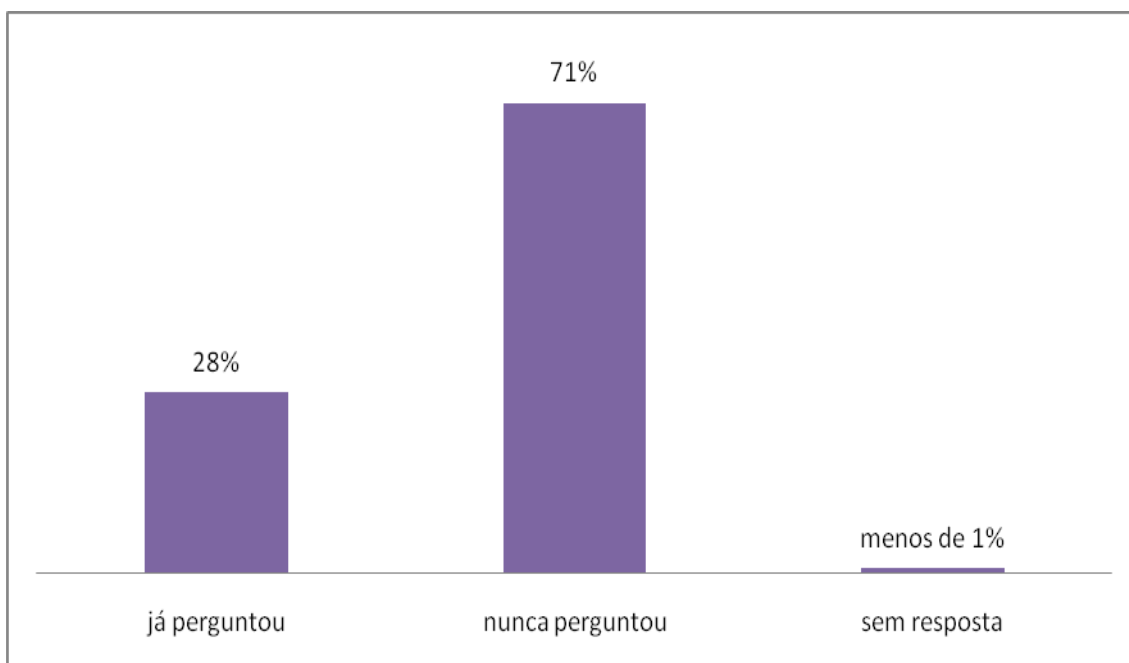


5.2. Resultados da parte II – questionário específico

Questões 1 e 2

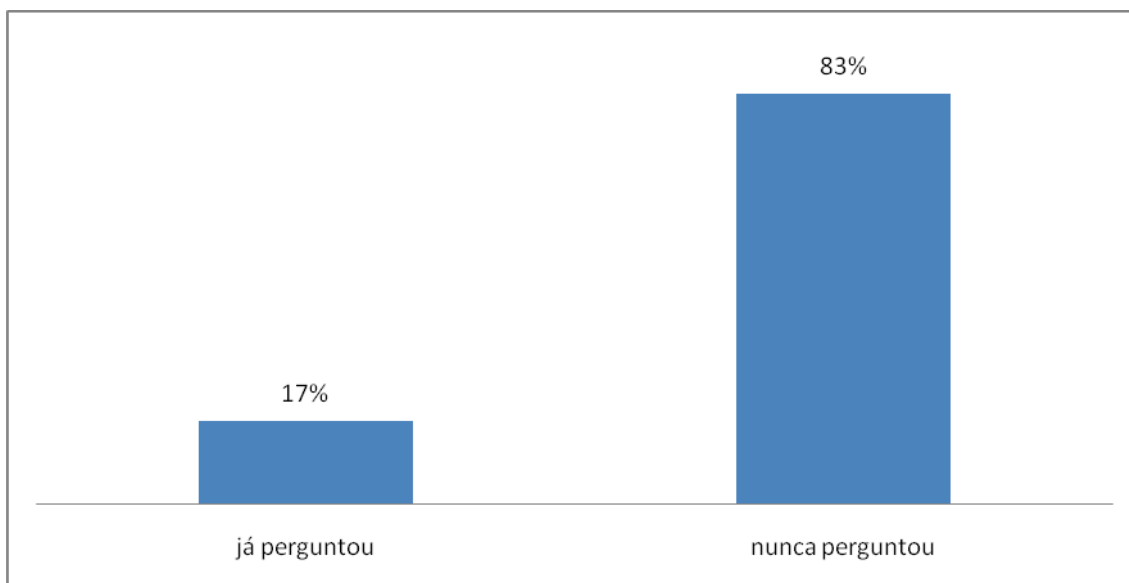
A primeira pergunta da parte II do questionário (questionário específico), “01 – O seu médico já lhe perguntou qual é a sua religião?”, apresentou os seguintes resultados: a) 28% responderam que já perguntou (42 pesquisados); b) 71% responderam que nunca perguntou (107 pesquisados); c) >1% deixou sem resposta (1 pesquisado) – figura 4.

Figura 4. Resultados referentes à porcentagem dos médicos que já questionaram o paciente sobre a sua opção religiosa na anamnese - questão 1 (parte II) do questionário.



A segunda pergunta da parte II do questionário, “02 – O seu dentista já lhe perguntou qual é a sua religião?”, apresentou os seguintes resultados: a) 17% responderam que já perguntou (25 pesquisados); b) 83% responderam que nunca perguntou (125 pesquisados) – figura 5.

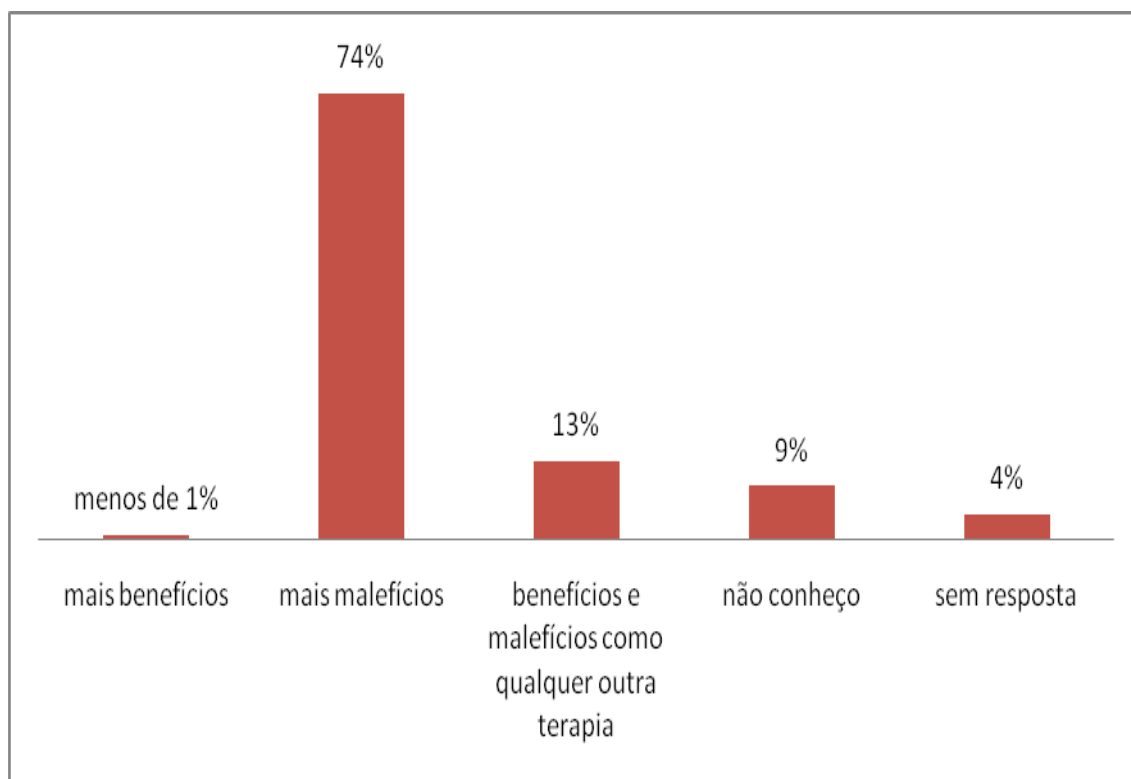
Figura 5. Resultados referentes à porcentagem dos dentistas que já perguntaram ao paciente sobre a sua opção religiosa na anamnese - questão 2 (parte II) do questionário.



Questão 3

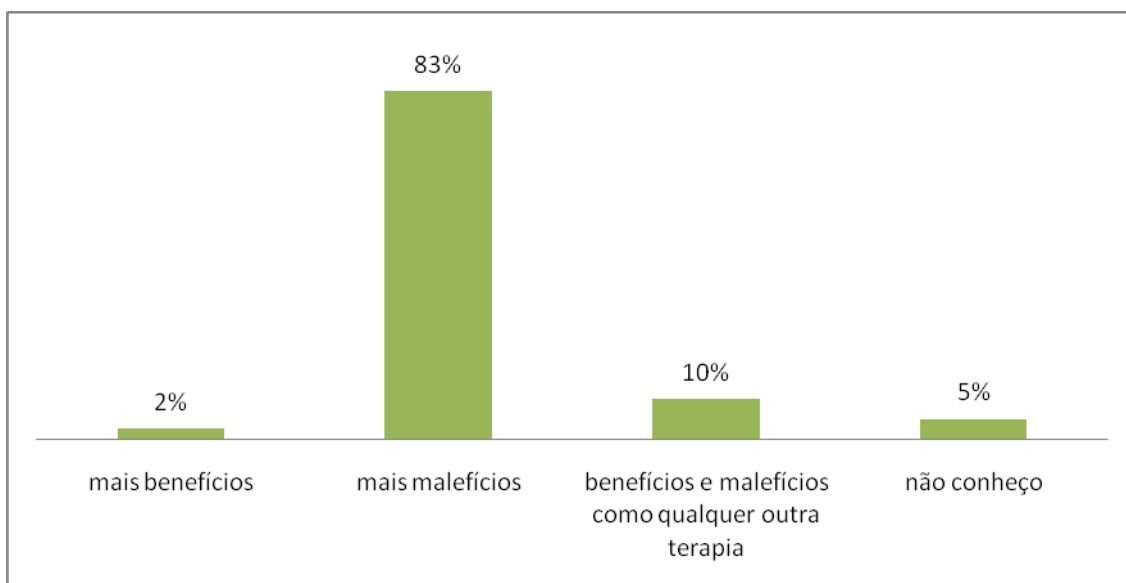
A terceira pergunta da parte II do questionário, “03 - *Você acha que as terapias médicas e/ou odontológicas que usam o sangue com seus quatro hemocomponentes (glóbulos vermelhos + glóbulos brancos + plaquetas + plasma) para diminuir o risco de morte ou melhorar a cicatrização de cirurgias trazem mais benefícios ou mais malefícios à saúde física das pessoas?*”, apresentou os seguintes resultados: a) >1% respondeu que trazem mais benefícios (1 pesquisado); b) 74% responderam que trazem mais malefícios (110 pesquisados); c) 13% responderam que são terapias como qualquer outra, com malefícios e benefícios (20 pesquisados); d) 9% responderam que não conhecem estas terapias (13 pesquisados); e) 4% não responderam (6 pesquisados) – figura 6.

Figura 6. Resultados referentes à opinião das Testemunhas de Jeová sobre benefícios ou malefícios com relação ao uso terapêutico de hemocomponentes e de hemoderivados - questão 3 (parte II) do questionário.



A resposta de que as terapias sangüíneas trazem mais malefícios foi a que obteve maior adesão, 74% da amostra total (110 pesquisados). Destes 74%, 38% (42 pesquisados) possuem até 30 anos (o que representa 28% da amostra total de 150 sujeitos). Dentro desta faixa etária, 83% (35 dos 42 pesquisados que têm até 30 anos) escolheram que as terapias com sangue trazem mais malefícios. Esta foi a faixa etária que apresentou a escolha mais homogênea (figura 7).

Figura 7. Resultados referentes à opinião das Testemunhas de Jeová com até 30 anos de idade sobre o uso terapêutico de hemocomponentes e de hemoderivados - questão 3 (parte II) e questão 1 (parte I) do questionário.



Dos 110 pesquisados que responderam que as terapias com sangue causam mais malefícios, 64% eram do sexo feminino (70 pesquisados), 35% do masculino (39 pesquisados) e menos de 1% não responderam (1 pesquisado). Sendo assim, 78% do total de mulheres pesquisadas responderam que as referidas terapias causam mais malefícios, assim como 67% dos homens.

Do total de 150 pesquisados, 49% possuem no mínimo nível superior de escolaridade (72 pesquisados) - incluindo aqueles que não chegaram a completar o ensino universitário. Destes com nível superior completo e incompleto analisados conjuntamente, 79% responderam que as terapias com sangue causam mais malefícios (57 pesquisados).

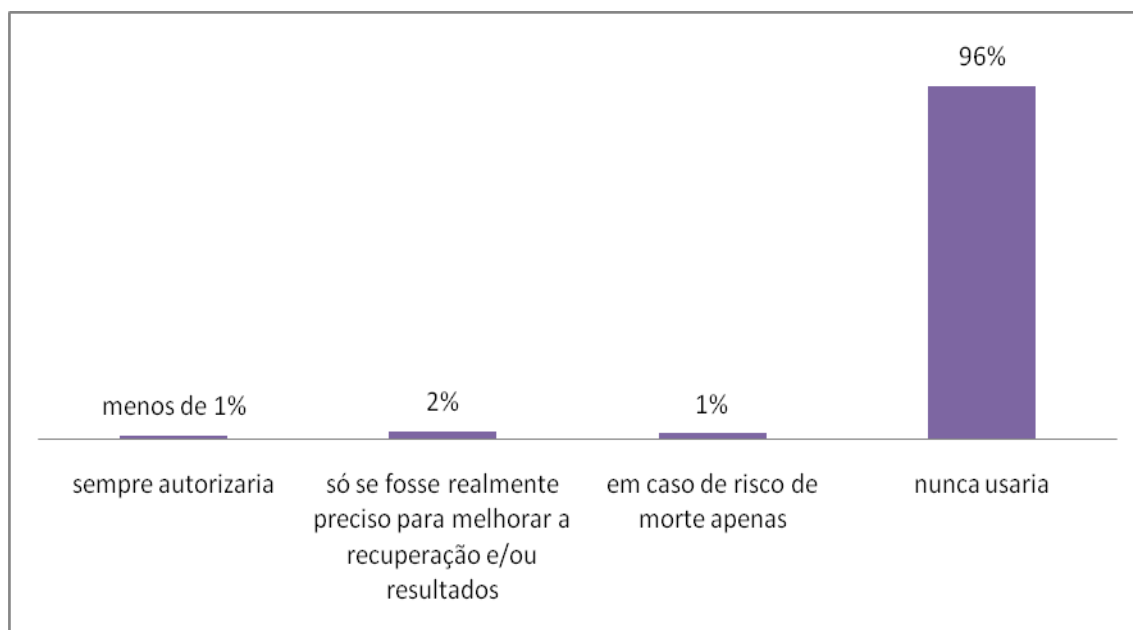
Algumas pessoas, mesmo não havendo comando para tanto, ainda comentaram a questão: a) “nenhuma dessas respostas, considerando que deve ser analisado a fundo cada procedimento” (1 pessoa); b) “a visão das

Testemunhas independente de resultados” (2 pessoas); c) “rejeito tal terapia” (1 pessoa); d) “preciso ser informado de cada procedimento” (1 pessoa).

Questão 4

A quarta pergunta da parte II do questionário, “04 – Você aceitaria alguma terapia médica e/ou odontológica que utilizasse de forma separada apenas um dos hemocomponentes (glóbulos vermelhos ou glóbulos brancos ou plaquetas ou plasma)?”, apresentou os seguintes resultados: a) >1% sempre autorizaria (1 pesquisado); b) 2% somente se fosse realmente preciso para melhorar a recuperação e/ou resultados (3 pesquisados); c) 1% em caso de risco de morte apenas (2 pesquisados); d) 96% nunca usariam (144 pesquisados) – figura 8.

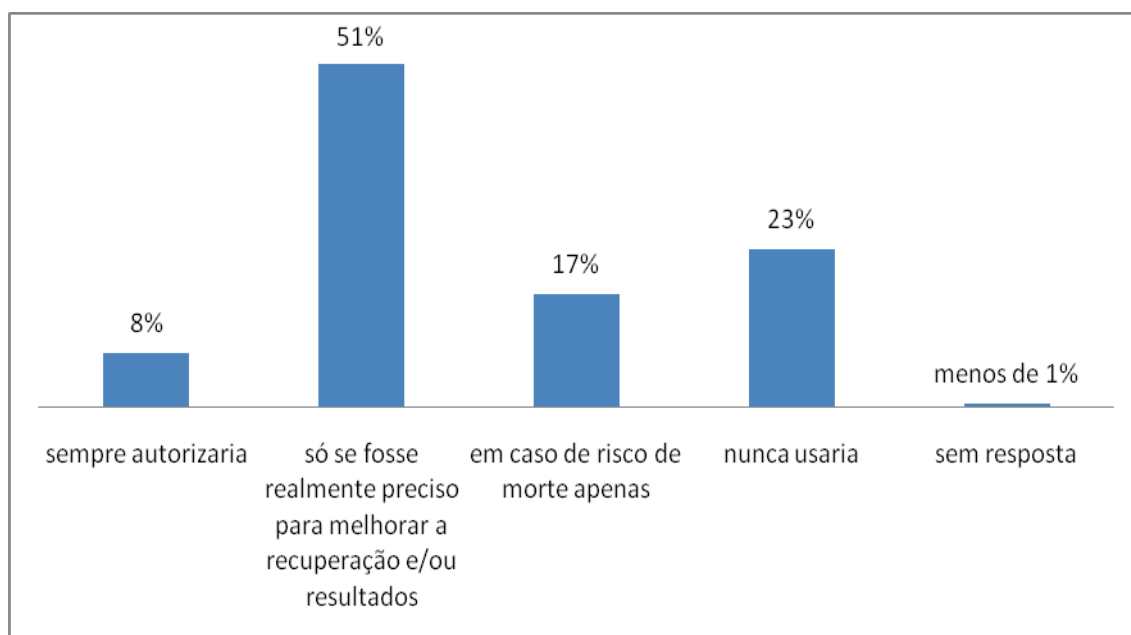
Figura 8. Resultados referentes ao grau de aceitação dos hemocomponentes pelas Testemunhas de Jeová - questão 4 (parte II) do questionário.



Questão 5

A quinta pergunta da parte II do questionário, “05 – Os hemocomponentes descritos acima ainda podem ser divididos em pedaços menores, chamados de hemoderivados (exemplo: albumina, fibrinogênio, imunoglobulinas e fatores de coagulação). Você aceitaria alguma terapia médica e/ou odontológica que utilizasse apenas estes ‘hemoderivados’ em seu corpo?”, apresentou os seguintes resultados: a) 8% sempre autorizariam (12 pesquisados); b) 51% responderam que somente se fosse realmente preciso para melhorar a recuperação e/ou resultados (77 pesquisados); c) 17% somente em caso de risco de morte (25 pesquisados); d) 23% nunca usariam (35 pesquisados); e) >1% sem resposta (1 pesquisado). Ou seja, 76% dos pesquisados (incluindo as diferentes hipóteses propostas) autorizariam o uso de hemoderivados (114 pesquisados) – figura 9.

Figura 9. Resultados referentes ao grau de aceitação dos hemoderivados pelas Testemunhas de Jeová - questão 5 (parte II) do questionário.



Dos 114 pesquisados que autorizariam o uso de hemoderivados em alguma hipótese, 83% têm menos de 51 anos (95 pesquisados, 80% do universo pesquisado com esta faixa etária) e 17% têm mais de 50 anos (19 pesquisados, 61% do universo pesquisado com esta faixa etária).

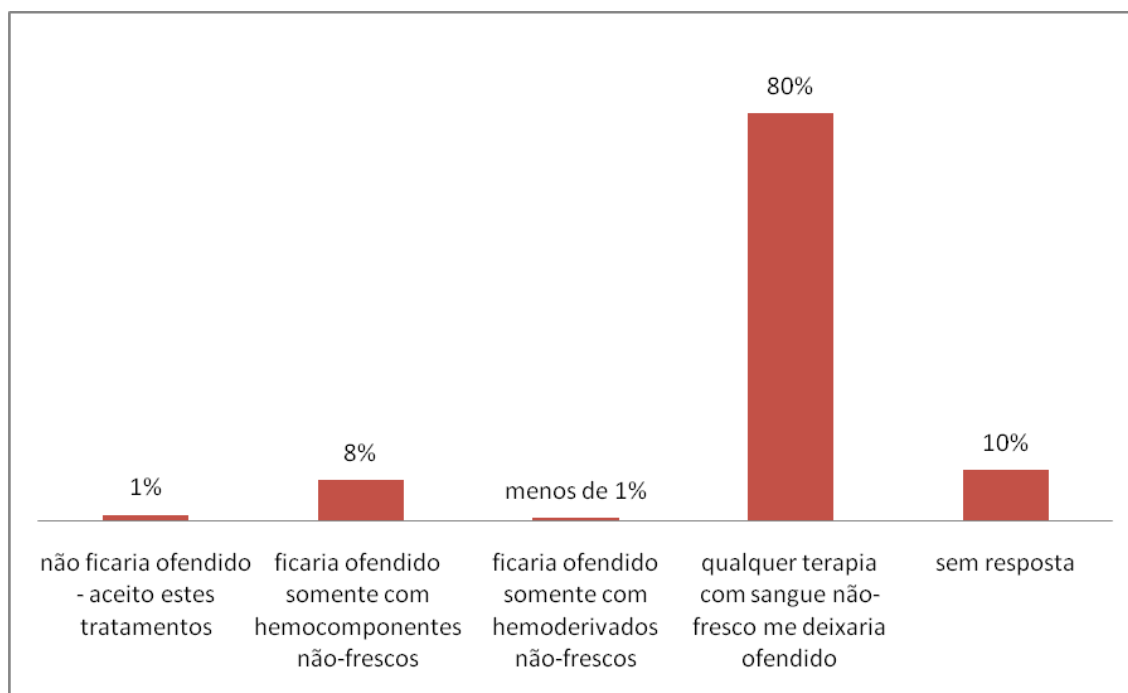
Destes que autorizariam (114 pesquisados), 61% eram do sexo feminino (69 pesquisados, 77% do universo de mulheres), 38% do masculino (44 pesquisados, 74% do universo de homens) e menos de 1% não respondeu (1 pesquisado). Quanto à correlação com o grau de escolaridade, 53% tinham escolaridade superior (no mínimo ensino superior completo - 60 pesquisados, 83% deste universo), e 47% tinham até o nível primário (54 pesquisados - 79% deste universo).

Quanto aos 23% que nunca usariam hemoderivados, (35 pesquisados), as respostas foram distribuídas uniformemente entre as faixas etárias estudadas. Dos que nunca usariam, 57% eram do sexo feminino (20 pesquisados) e 43% do sexo masculino (15 pesquisados).

Questão 6

A sexta pergunta da parte II do questionário, “06 – *Você se sentiria ofendido moralmente se o seu médico ou dentista que está lhe tratando com a sua devida autorização fizesse alguma terapia com ‘hemocomponentes e/ou hemoderivados de sangue NÃO-FRESCO’ sem lhe informar este fato?*”, apresentou os seguintes resultados: a) 1% respondeu que não ficaria ofendido, pois aceita estes tratamentos (2 pesquisados); b) 8% responderam que ficariam ofendidos somente se fosse com hemocomponentes não-frescos (12 pesquisados); c) >1% respondeu que ficaria ofendido somente se fosse com hemoderivados não-frescos (1 pesquisado); d) 80% responderam que qualquer terapia com sangue não-fresco os deixaria ofendidos (120 pesquisados); e) 10% deixaram sem resposta (15 pesquisados) – figura 10.

Figura 10. Resultados referentes ao grau de aceitação das terapias não-frescas (com produtos armazenados) pelas Testemunhas de Jeová - questão 6 (parte II) do questionário.



Quanto aos 120 sujeitos que se sentiriam ofendidos com o uso de sangue não-fresco, 61% eram do sexo feminino (73 pesquisados, 81% do universo feminino) e 38% eram do masculino (46 pesquisados, 78% do universo masculino) - menos de 1% não respondeu (1 pesquisado).

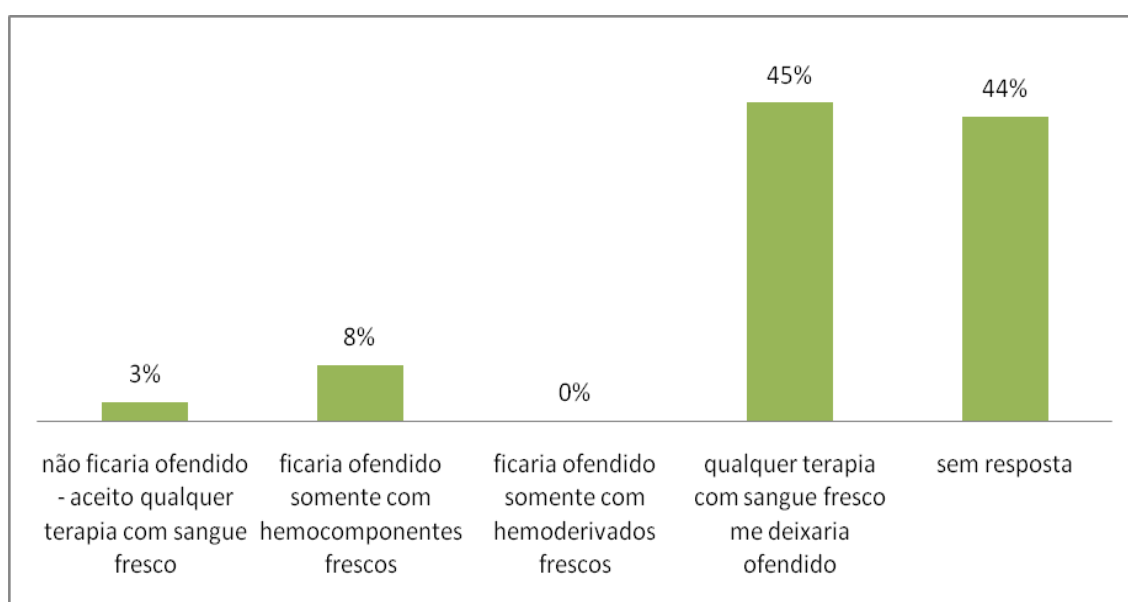
A correlação do grau de escolaridade dos 120 sujeitos que não aceitariam sangue não-fresco, mostrou 51% de sujeitos com escolaridade superior (61 pesquisados, 85% deste universo) e 49% sem este grau de estudo (59 pesquisados, 81% deste universo).

Algumas pessoas, mesmo não havendo comando para tanto, ainda comentaram a questão: a) *“eu ficaria ofendido apenas por não ser informado”* (1 pessoa); b) *“ficaria ofendido com qualquer terapia”* (1 pessoa); c) *“apesar da autorização, preciso ser informado de cada procedimento”* (4 pessoas).

Questão 7

A sétima pergunta da parte II do questionário, “07 – Você se sentiria ofendido moralmente se o seu médico ou dentista que está lhe tratando com a sua devida autorização fizesse alguma terapia com o uso intra-operatório de material FRESCO de seu próprio sangue (exemplo: hemodiluição normovolêmica aguda, circulação extra-corpórea, recuperação intra-operatória de células, hemodiálise, uso de plasma rico em plaquetas) sem lhe informar este fato?”, apresentou os seguintes resultados: a) 3% responderam que não ficariam ofendidos, pois aceitam qualquer terapia com sangue fresco (4 pesquisados); b) 8% responderam que ficariam ofendidos somente se fosse com hemocomponentes frescos (12 pesquisados); c) 0% respondeu que ficaria ofendido somente se fosse com hemoderivados frescos (0 pesquisados); d) 45% responderam que qualquer terapia com sangue fresco os deixariam ofendidos (68 pesquisados); e) 44% deixaram sem resposta (66 pesquisados) – figura 11.

Figura 11. Resultados referentes ao grau de aceitação das terapias frescas (com produtos não-armazenados) pelas Testemunhas de Jeová - questão 7 (parte II) do questionário.



Dos 45% que se sentiriam ofendidos com o uso de sangue fresco (68 pesquisados), 24% tinham mais de 50 anos (16 pesquisados, 52% deste universo) e 76% menos de 51 anos (52 pesquisados, 44% deste universo).

Quanto ao sexo dos 45% que se sentiriam ofendidos com o uso de sangue fresco, 62% eram do feminino (42 pesquisados, 32% do universo de mulheres), 37% eram do masculino (25 pesquisados, 47% do universo de homens) e menos de 1% não respondeu a questão (1 pesquisado).

Destes 45%, 43% tinham escolaridade superior (29 pesquisados, 40% deste universo) e 57% não tinham (39 pesquisados, 51% deste universo).

Outro ponto a se destacar é que o índice de abstinência de respostas na questão foi alto, 44% (66 pesquisados).

Mesmo não havendo comando para tanto, 27 pesquisados justificaram a questão: a) *“especialmente porque não me informou”* (4 pessoas); b) *“O médico ou profissional de saúde deve me esclarecer antecipadamente o que pretende usar (terapia, procedimento, etc.). No caso de emergências e/ou inconsciência, deixo formalizado num documento com firma reconhecida do que aceito ou rejeito”* (1 pessoa); c) *“ficaria ofendido com qualquer terapia”* (1 pessoa); d) *“apenas se não fosse informado do procedimento pois aceito algumas terapias que utilizariam meu próprio sangue”* (1 pessoa); e) *“preciso ser informado de cada procedimento”* (13 pessoas); f) *“a ética exige que eu fique sabendo antes de cada procedimento”* (7 pessoas).

6. DISCUSSÃO

6.1. Preocupação dos profissionais de saúde sobre a religião do paciente

Tanto no contexto internacional, de modo mais abrangente, como no brasileiro, mais especificamente, as sociedades humanas passaram por inúmeras transformações em âmbito legal, ético e moral nos últimos anos. O progresso “biotecnocientífico” talvez tenha sido o principal propulsor dessas mudanças, provocando, inclusive, significativas alterações na relação dos profissionais de saúde com seus pacientes^{2,3}.

Neste sentido, a primeira e a segunda pergunta da parte específica do questionário utilizado no presente estudo mostram, sob a ótica dos sujeitos de pesquisa, um viés da atitude dos médicos e dos dentistas frente a seus pacientes. No atendimento cotidiano, 71% dos médicos que atenderam os sujeitos pesquisados não têm o hábito de perguntar qual é a religião do paciente; quanto aos dentistas, nada menos de 83% não perguntaram.

Uma anamnese bem executada pode evitar, além de complicações clínicas, conflitos de cunho ético, moral e jurídico. Ela é o primeiro contato do profissional com seu paciente, de onde aquele extrairá todas as informações necessárias a um atendimento clinicamente adequado e holístico do ponto de vista biopsicossocial. Inclusive, a anamnese é hoje citada como uma das formas de se reduzir o uso de componentes sangüíneos - o que ressalta mais ainda a necessidade de sua criteriosa e metódica utilização com pacientes Testemunhas de Jeová²⁶.

Tais resultados mostram que progressos éticos necessários à construção de relações mais adequadas e respeitadas entre os profissionais de saúde e seus pacientes talvez não tenham acompanhado os avanços biotecnocientíficos na mesma proporção^{2,4}. A preocupação dos profissionais não mais pode se focar exclusivamente em aspectos clínicos. Os dados ora apresentados são claros: apenas 29% dos médicos que atenderam as Testemunhas de Jeová pesquisadas se preocuparam em saber qual a religião

de seus pacientes, enquanto entre os dentistas esse número somou poucos 17%.

Um significativo número de sete pesquisados manifestou na questão 7 da parte II do questionário que seria “*falta de ética*” do profissional não explicar ao paciente cada tratamento a ser executado. Tal fato mostra o entendimento, pelas Testemunhas de Jeová, sobre o que seria um “atendimento ético” por parte dos profissionais de saúde: respeito ao direito de informação e de escolha dos pacientes. Atitudes “não éticas” são mais comuns entre estranhos morais: no presente caso, o paciente Testemunha de Jeová e o médico ou dentista não-Testemunha. Isso ocorre porque, estes, ao contrário dos amigos morais, não compartilham uma moralidade essencial comum, no caso, fazendo com que pontos de vista diferentes e muitas vezes conflitantes sobre a necessidade de terapias sangüíneas surjam ⁴⁴.

É quando não existe uma substancial orientação sobre o que é certo ou errado, ou o que é bom ou mau, que o diálogo se faz necessário, pois é a única forma ética de se buscar o melhor caminho a ser seguido por indivíduos que estejam com posições opostas ⁴⁴. Todavia, nem sempre o consenso será a consequência necessária do diálogo; mesmo assim, o respeito ao pluralismo moral deve sempre estar presente ¹⁴.

Não procurar conhecer e respeitar pacientes Testemunhas de Jeová, no Brasil, pode ir muito além da mera “*falta de ética*”. Não podemos esquecer que o nosso país é laico, extremamente pluralista, garantista em termos de prática religiosa, com uma das formações mais multiculturais do mundo, o segundo país do mundo em número absoluto de Testemunhas de Jeová, além de prever o crime de constrangimento ilegal (artigo 146, §3º, I do Código Penal) para quem obriga a uma Testemunha de Jeová civilmente capaz a receber tratamento com sangue que ela recusa ^{11, 12, 13}.

6.2. As Testemunhas de Jeová, a Bíblia e a saúde

Das Testemunhas de Jeová pesquisadas, 74% dizem acreditar que as terapias sangüíneas provocam mais malefícios do que benefícios à saúde. Tais resultados estão em consonância com sua doutrina e com a literatura científica médica e odontológica já apresentadas nos capítulos iniciais deste trabalho ^{6, 25, 26}. A princípio, perante tais respostas, poderíamos pensar que as Testemunhas de Jeová recusam o uso de sangue baseadas no fato de que este seria prejudicial à saúde, ou seja, o critério seria de cunho científico, e não religioso.

Contudo, não devemos esquecer que a própria Bíblia cita a abstenção do uso de sangue como forma de vida saudável. É o que está registrado nos Atos dos Apóstolos 15:29: “[...] *de persistirdes em abster-vos de coisas sacrificadas a ídolos, e de sangue, e de coisas estranguladas, e de fornicação. Se vos guardardes cuidadosamente destas coisas, prosperareis. Boa saúde para vós!*”³⁸.

Ante tais argumentos, podemos afirmar que a interpretação da Bíblia é o principal motivo para a abstenção do uso de sangue. O fundamento de que tais terapias teriam potenciais malefícios à saúde nada mais é do que reflexo do preceito bíblico supracitado com relação à busca da boa saúde ¹⁸.

6.3. As Testemunhas de Jeová e os hemocomponentes

Quanto ao uso de hemocomponentes, os resultados mostram que menos de 4% os aceitariam em alguma hipótese. Estes resultados se encontram em consonância com o preceituado pela religião, visto que o uso de hemocomponentes é considerado como se sangue total o fosse ^{5, 18}.

A proibição de sangue total e de hemocomponentes se dá pelo mesmo motivo: para as Testemunhas de Jeová, o sangue representa a alma dos animais. Eis o que preceitua Gênesis 9:4/5: “4 – *Somente a carne com a sua alma – seu sangue - não deveis comer. 5 – E, além disso, exigirei de volta vosso sangue das vossas almas. [...] exigirei de volta a alma do homem*” ³⁸.

As Testemunhas de Jeová aceitam os tratamentos médicos e odontológicos em geral. Entretanto, como regra geral, rejeitam o uso de sangue¹⁸. Além do disposto pela própria religião, interpretações particulares no sentido de que os seguidores acabam rejeitando mais do que o próprio dogma já determina, são mais comuns do que o contrário - o que não impede que ocorram também.

Tais situações, associadas ao fato de que a recusa ao sangue seja fruto de interpretações do texto bíblico (não escrito em termos médicos técnicos), provocam inúmeras interpretações particulares – o que revela grande potencial para o surgimento de conflitos^{5, 6, 18}.

Apesar de os hemocomponentes serem tratados pelas Testemunhas de Jeová como sangue total, percebemos uma baixa aceitação daqueles (menos de 4%). Isso se deve ao fato de que, se os hemocomponentes (assim como o sangue total) forem autólogos e frescos, a religião não os proíbe. Todavia, as Testemunhas de Jeová são livres para recusá-los também^{5, 18}.

6.4. As Testemunhas de Jeová e os hemoderivados

Alguns tratamentos com sangue não sofrem restrições de uso pelas Testemunhas de Jeová. Dentre eles, estão os hemoderivados. Este entendimento se justifica pelo fato de as Testemunhas, ao contrário do que ocorre com os hemocomponentes e o sangue total, não reconhecem partes sangüíneas diminutas (tudo o que não seja componente primário) como se sangue (ou alma) fossem^{5, 6, 18}.

Devemos ressaltar, mais uma vez, que o fato de haver permissão doutrinária para o uso terapêutico nem sempre significa aceitação por parte das Testemunhas de Jeová, pois cada uma está autorizada a fazer sua própria interpretação da Bíblia, o que costuma ocorrer especialmente no sentido de ampliar o rol de proibições¹⁸.

Percebemos claramente isso ao analisarmos a aceitação dos hemoderivados. Apesar de haver permissão doutrinária total para o seu uso

terapêutico, apenas 8% das Testemunhas de Jeová pesquisadas aceitariam o uso sem qualquer restrição. Em certas necessidades clínicas de uso propostas pela pesquisa, o nível de aceitação não passou de 68%.

A expressão “comunidades morais” é utilizada para identificar um conjunto de pessoas unidas por tradições e/ou práticas comuns, compartilhando uma mesma moralidade essencial ⁴⁴. No caso das Testemunhas de Jeová, podemos dizer que a rejeição ao uso de sangue tem sido uma das vertentes de sua moralidade essencial mais latente, ao menos aos olhos de seus estranhos morais (ou seja, das pessoas não-Testemunhas)¹⁸.

No presente estudo pudemos verificar diferentes interpretações bíblicas dentro de uma mesma comunidade moral, embora seguindo uma mesma moralidade essencial ⁴⁴. É interessante notar que tais diferenças, mesmo gerando entendimentos, práticas e conflitos diversos, não deixam de tornar as Testemunhas de Jeová verdadeiros amigos morais.

No que tange à idade dos pesquisados, não há relevância estatística nas respostas quanto ao uso de hemoderivados. Todavia, no que tange ao sexo e à escolaridade, os que autorizariam compõem a maioria do universo feminino (77%) e a maioria do grupo com nível de escolaridade superior (no mínimo ensino superior completo - 83%).

Apesar de existir permissão religiosa para sua utilização, não mais que 76% das Testemunhas de Jeová estudadas aceitariam o uso de cola de fibrina, de aplicação de soros ou vacinas, de expansores de volume plasmático e de fatores de coagulação.

6.5. As Testemunhas de Jeová e o sangue não-fresco (armazenado)

A questão 6 da parte II do questionário mostrou dois resultados particularmente relevantes: 80% dos pesquisados responderam que qualquer

terapia com sangue não-fresco os deixaria ofendidos e 10% não responderam a questão.

O resultado de que 80% se sentiriam ofendidos com o uso de qualquer terapia com sangue não-fresco, se interpretado em conjunto com o fato de que 46% ficariam ofendidos com qualquer terapia com sangue fresco (resultado da questão 7 da parte II), mostra que os tratamentos sangüíneos com produtos frescos costumam ser mais aceitos do que os com não-frescos – é o que ocorre, por exemplo, com o sangue total e os hemoderivados autólogos, pois, somente quando frescos, podem ser utilizados^{5, 18}.

Destacamos que esta foi a questão a ter o segundo maior índice de abstenção (10%). Alguns sujeitos pesquisados adicionaram comentários à questão, declarando que se sentiriam ofendidos simplesmente pela “*falta de informação*”, pois deveriam autorizar cada procedimento isoladamente.

Para que o poder de escolha do paciente possa ser verdadeiramente exercido, o profissional de saúde deve agir na busca de soluções eqüitativas que busquem a igualdade das partes¹⁴. Neste sentido, profissional e paciente, quando estranhos morais, precisam resolver suas controvérsias por meio de acordos (próprios ou intermediados), já que não compartilham de uma visão moral suficiente, que permita descobrir meios de solução de conflitos utilizando apenas premissas morais comumente aceitas^{44, 47}.

6.6. As Testemunhas de Jeová e o sangue fresco

Os resultados da questão 7 da parte II do questionário que merecem destaque são os de que 8% ficariam ofendidos somente com o uso de hemocomponentes frescos, nenhum sujeito argüido ficaria ofendido somente com hemoderivados frescos, 45% ficariam ofendidos com qualquer terapia fresca e 44% não responderam a questão.

Tanto o resultado dos ofendidos com o uso de hemocomponentes (8%) quanto o resultado dos ofendidos com o uso de hemoderivados (0%) estão em consonância com os resultados apresentados anteriormente e a literatura ora

exposta - visto que os hemoderivados são irrestritamente aceitos, mas os hemocomponentes apenas em parte^{5, 6, 18}.

Assim, chama a atenção o fato de, se porventura aplicados sem autorização, os hemoderivados frescos não causarem ofensa moral a nenhum dos pesquisados, ao contrário dos hemoderivados não-frescos, que causariam ofensa a menos de 1% dos pesquisados – vide resultados da questão 6 da parte II. Estes resultados, mais uma vez, se explicam pela aceitação doutrinária incondicionada de todos os hemoderivados, assim como pela maior aceitação de produtos frescos em geral^{5, 6, 18}.

Destacamos que aspectos sócio-demográficos estatisticamente relevantes não foram encontrados. Todavia, nesta questão, devemos chamar especialmente a atenção para o índice de abstenção de respostas (44%). Tal fato poderia revelar a provável falta de conhecimento técnico dos sujeitos da amostra estudada sobre algumas formas de terapias sangüíneas mais específicas e complexas hoje existentes, a preocupação com a questão ética em primeiro plano ou mesmo alguma falta de convicção para responder.

6.7. Respeito à autonomia dos pacientes Testemunhas de Jeová

Os profissionais de saúde seguidores de outras religiões como “estranhos morais” das Testemunhas

Viver sob a influência de uma comunidade religiosa particular faz com que percebamos mais nitidamente a insuficiência da ética profissional em relação à bioética, já que somente esta consegue unir estranhos morais, ao contrário daquela que apenas congrega amigos morais – já naturalmente ligados por uma moralidade essencial⁴⁴.

Para que uma ação seja verdadeiramente autônoma, apenas um grau substancial de entendimento e de liberdade de coerções é exigido, e não entendimento e liberdade plenos^{46, 47}. O fato de uma pessoa ser Testemunha de Jeová e de ter que fazer uma escolha terapêutica que envolva o uso de sangue, não significa que, caso decida rejeitar o tratamento, não esteja agindo

autonomamente, desde que a escolha da religião tenha acontecido autonomamente.

Influências externas sobre a formação da personalidade existem em todas as pessoas, e isso não é diferente nos seguidores das variadas religiões⁴⁸. Contudo, apesar da forte influência, a religião não impede o agir autônomo^{46, 47}. O próprio fato de se poder escolher livremente uma religião já é uma manifestação de autonomia. A identificação com qualquer forma de autoridade, religiosa ou não, é mais uma questão de reunião de amigos morais do que de submissão a alguém. O mero compartilhamento de idéias com uma doutrina religiosa não pode ser considerado forma de coerção moral.

A bioética secular é campo pacífico e neutro à discussão dos conflitos morais e/ou éticos de cunho religioso, os quais nunca devem ser resolvidos pela força impositiva unilateral daqueles com poder (médicos e dentistas), mas preferencialmente por outros meios, como por exemplo, a tolerância⁴⁴. Especialmente no que se refere aos pacientes Testemunhas de Jeová, não podemos nos esquecer que a fé, neste caso, tanto pode constituir uma moralidade essencial (que integra os amigos morais) quanto ser “um elemento divisor” (afastando os estranhos morais). Vale ressaltar que não se tolera o que se acha “certo”, “bom” ou “próprio”, e sim o contrário⁴⁴.

Interpretar o significado e o simbolismo do sangue na transfusão sangüínea favorece a compreensão dos conflitos morais, especialmente entre Testemunhas de Jeová e profissionais de saúde⁵⁰. A interpretação do que real significado de “sangue” talvez seja a o principal elemento divisor/integrador entre as Testemunhas e as não-Testemunhas de Jeová. O presente estudo mostra bem isto. O sangue, que é “mais uma” opção de tratamento para os profissionais de saúde, representa a “alma” para as Testemunhas de Jeová.

No Brasil, país latino e predominantemente católico, o princípio da beneficência costuma ser preponderante na discussão de conflitos morais e/ou éticos no campo biomédico⁴⁹. Mesmo quando as Testemunhas de Jeová recusam o uso de sangue autonomamente, tal vontade costuma ser desconsiderada, basta haver risco de vida para o paciente⁴⁸. Tudo isso nos

mostra que existe, na verdade, uma hierarquização implícita de princípios, pois não há escolha do preponderante de acordo com o caso concreto, mas sim de acordo com uma situação predeterminadamente valorada.

Por esta razão, o direito à vida costuma ser colocado em posição hierarquicamente superior aos demais, superando inclusive o direito à liberdade e à dignidade ^{11, 12}. Todavia, esta supremacia do direito à vida, acaba provocando a falta de autonomia legal dos profissionais de saúde perante o Estado. A falta de autonomia dos pacientes Testemunhas de Jeová é consequência direta da falta de autonomia do profissional, que, muitas vezes, são obrigados a assumir uma posição defensiva nas relações com Testemunhas de Jeová, visando evitar processos judiciais com consequências graves ⁵².

Em relação ao paciente, o médico é a parte hiperssuficiente da relação, porém, frente ao Estado, o médico passa a ser a hipossuficiente, já que, caso um paciente morra ou sofra lesões corporais porque escolheu terapia não adequada à sua cura (mas adequada aos seus ditames legais), responderá penalmente o profissional de saúde por tais consequências, de acordo com o artigo 13, §2º, “a” c/c artigo 121 ou artigo 129 do Código Penal (1940, s.p.)¹².

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES

A Bíblia é a principal fonte doutrinária para a recusa de sangue pelas Testemunhas de Jeová. A busca da boa saúde e o fato de o sangue representar a alma das pessoas são as justificativas mais frequentes para a recusa, apesar delas também acreditarem que o sangue pode causar malefícios à saúde.

Hemoderivados frescos são os mais aceitos. O sangue xenogênico é o único totalmente recusado. Todavia, no caso do uso de sangue alogênico, há diversas ressalvas doutrinárias e entendimentos particulares que dificultam o conhecimento por parte dos profissionais de saúde no que diz respeito à sua aceitação e que, conseqüentemente, acabam provocando conflitos legais, éticos e/ou morais.

Os hemocomponentes são tratados pela doutrina como se fossem sangue total. Já os hemoderivados não são considerados como sangue (portanto, são aceitos inclusive os xenogênicos). Contudo, os resultados do estudo mostram que nem todas as Testemunhas de Jeová acompanham este entendimento doutrinário, seja por falta de informação específica ou por uma opção própria, já que a recomendação religiosa não significa obrigatoriedade neste sentido.

Quando os seguidores da doutrina apresentam interpretações particulares (que são permitidas), em geral, elas são no sentido de proibir mais do que a religião já o faz. Tais discrepâncias, contudo, não impedem a constatação de uma moralidade comum e o reconhecimento de uma comunidade moral até mesmo homogênea, que engloba verdadeiros “amigos morais”, os quais divergem apenas em alguns aspectos pontuais.

Os profissionais de saúde que tratam diretamente com pacientes, no presente estudo, representados por médicos e dentistas, ainda têm o foco unilateral de seus atendimentos na condição clínica destes pacientes, esquecendo de vê-los como sujeitos morais autônomos e senhores das

próprias decisões. A religiosidade dos pacientes faz parte deste contexto bioético e influi diretamente em suas escolhas terapêuticas, assim como na própria expressão cidadã de sua autonomia. Neste sentido, incluir, na anamnese, perguntas sobre a religiosidade dos pacientes poderia evitar conflitos legais, éticos e morais, bem como promover a proteção da autonomia e dos direitos cidadãos dos pacientes Testemunhas de Jeová.

Para a adequada atenção em saúde dos pacientes Testemunhas de Jeová, os profissionais devem estar mais do que eticamente preparados, devem estar **bioeticamente** preparados. Só assim poderão identificar os conflitos éticos e/ou morais na relação, agindo positiva (informando e realizando o consentimento livre e esclarecido) e/ou negativamente (não os coagindo a participar/não abandonar tratamentos, mesmo que para salvar a vida) no sentido de proteger a autonomia e demais direitos dos pacientes Testemunhas de Jeová.

A religião não impede o agir autônomo. O fato de uma pessoa ser Testemunha de Jeová e de rejeitar tratamentos com sangue não significa falta de autonomia. A rejeição de sangue por uma Testemunha de Jeová, na verdade, significa a manifestação de um ponto de vista particular (sangue é alma) que se coaduna com uma manifestação de autonomia prévia (no momento da escolha da religião). O mero compartilhamento de idéias com uma doutrina religiosa não pode ser considerado forma de coerção moral.

A influência católica em nossa cultura, manifestada de certo modo pela preferência pelo princípio da beneficência nas discussões éticas e/ou morais, é latente na interpretação de nossa legislação. Sendo assim, decisões, mesmo que devidamente autônomas, de Testemunhas de Jeová, não são respeitadas nos casos de risco de vida, o que revela haver, em nossa sociedade, uma hierarquização implícita de princípios, com a supervalorização, em regra, dos princípios da beneficência e do direito à vida.

No que tange ao princípio bioético da beneficência, importante destacar que ele reza que o profissional busque fazer o bem “do paciente”, e não aquilo

que acredita ser o seu bem. Esta consideração, no caso específico em tela, deve levar em conta que o “melhor tratamento” para o médico e o dentista é aquele mais eficaz, todavia, para os pacientes Testemunhas de Jeová, será aquele que também respeite os ditames de sua consciência.

O respeito à autonomia dos pacientes Testemunhas de Jeová por parte de médicos e dentistas é necessário. Todavia, somente será possível se houver autonomia destes profissionais perante o Estado. No Brasil, isso não ocorre, pois tais profissionais, caso respeitem a decisão do paciente e, por esta razão, o paciente sofra lesão/morte, o profissional será denunciado pelo crime correspondente ao resultado ocorrido.

A relação dos médicos e dos dentistas com as Testemunhas de Jeová é complexa, envolvendo diversos fatores clínicos, técnicos, sociais, pessoais, legais, religiosos e bioéticos, dentre eles, o pluralismo moral, a autonomia, o paternalismo e os problemas que a judicialização da saúde trazem. Neste sentido, hoje, um atendimento em saúde sem conflitos éticos e/ou morais exige mais do que “boa vontade” do profissional, exige a visão ampla do objeto do cuidado (o paciente) e a formação bioética destes profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Garrafa V. Bioética e ética profissional: esclarecendo a questão. Medicina - Conselho Federal. 1998; 98 (12): 28.
- 2- Trindade ES, Azambuja LEO, Andrade JP, Garrafa V. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. Rev Assoc Med Bras. 2007; 53 (1): 68-74.
- 3- Schramm FR, Escosteguy CC. Bioética e avaliação tecnológica em saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2000; 16 (4): 951- 61.
- 4- Garrafa V, Prado MM, Bugarin-Júnior JG. Bioética e Odontologia. In: VIEIRA TR (org.). Bioética nas Profissões. Petrópolis: Vozes; 2005.
- 5- Versiani MA, Garrafa V, Pessoa RS. O uso do Plasma Rico em Plaquetas (PRP) e as Testemunhas de Jeová. Rev Bras Implantodont Prótes Implant. 2006; 50 (13): 78-87.
- 6- Nascimento-Sobrinho JA, Garrafa V. Transfusões sanguíneas: “historicidade e enfoque bioético”. Rev de Saúde do DF. 2004; 15 (1/2): 71-85.
- 7- Silva FL. Beneficência e Paternalismo. Medicina - Conselho Federal. 1997; 87 (11): 8-9.
- 8- Gil JN, Gasperini G, Manfro R, Marin C. Reconstrução de fendas alveolares com enxerto autógeno associado ao plasma rico em plaquetas - relato de caso clínico. Rev da Fac de Odontol Anápolis. 2002; 4 (2): 24-8.
- 9- Pessoa RS, Menezes HHM, Oliveira SR, Magalhães D. Aplicabilidade do plasma rico em plaquetas no vedamento de perfuração na membrana sinusal - relato de caso clínico. Rev da Fac de Odontol Anápolis. 2004; 6 (1): 51-4.
- 10- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal, 05 de outubro de 1988.
- 11- Lenza P. Direito Constitucional Esquematizado. São Paulo: Saraiva; 2010.
- 12- Brasil. Código Penal Brasileiro. Decreto-Lei nº 2.848. Senado Federal, 07 de dezembro de 1940.
- 13- Watchtower. Site Oficial das Testemunhas de Jeová. Disponível em: http://www.watchtower.org/e/statistics/worldwide_report.htm > Acesso em: 28/06/2009 e em 02/03/2010.
- 14- Garrafa V, Azambuja LEO. Epistemologia de la Bioética - enfoque latino-americano. Rev Bras Bioética. 2007; 3 (3): 344-59.

- 15- Laszlo D, Agazzi A, Goldhirsch A, Cinieri S, Bertolini F, Rabascio C, *et al.* Tailored Therapy of Adult Acute Leukaemia in Jehovah's Witnesses: unjustified reluctance to treat. *Rev. European Journal of Haematology*. 2004; 72 (4): 264 - 7.
- 16- Holland DE, Robinson S. Perioperative use of recombinant activated factor VII in a Jehovah's Witness patient undergoing sigmoid colectomy. *Transfusion Alternatives in Transfusion Medicine*. 2006; 8 (1):14-6.
- 17- Soares E. Testemunhas de Jeová: inserção de suas crenças e práticas no texto da tradução do novo mundo. São Paulo: Hagnos; 2008.
- 18- A Sentinela. Perguntas dos leitores. *Rev A Sentinela*. 2000; 1 (15): 29-31.
- 19- Merk. Manual Merk de informação médica – saúde para a família. Site da Merk no Brasil. 1899. Disponível em: http://www.msd-brazil.com/msdbrazil/patients/manual_Merck/mm_sec14_152.html > Acesso em: 08/03/2010.
- 20- Carlos MML, Freitas PDFS. Estudo da cascata de coagulação sangüínea e seus valores de referência. *Acta Veterinaria Brasília*. 2007; 1 (2): 49 – 55.
- 21- Begliomini H, Begliomini BDS. Técnicas hemoterápicas em cirurgia renal percutânea em paciente Testemunha de Jeová. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2005; 32 (6): 350 - 2.
- 22- Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. Rio de Janeiro: Guanabara; 2005.
- 23- Leme JJ, Rossi-Júnior R, Villa N. Análise do Potencial Osteogênico do Plasma Rico em Plaquetas no Reparo de Cavidades Ósseas – estudo histológico em cães. *Revista Paulista de Odontologia*. 2004; XXVI (3): 4-15.
- 24- Contatore JV, Rinaldi-Filho N. Utilização de Plasma Rico em Plaquetas em Periodontia. *Revista Paulista de Odontologia*. 2005; XXVII (1): 15-20.
- 25- Vane LA. Transfusão Sangüínea: complicações e aspectos gerais. *Revista Prática Hospitalar*. 2004; 6 (36): *online*. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2036/paginas/materia%2015-36.html> > Acesso em: 28/06/2009.
- 26- Souza HJB, Moitinho RF. Estratégias para redução do uso de hemoderivados em cirurgia cardiovascular. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*. 2008; 23 (1): 53 – 59.
- 27- Vendramin FS, Franco D, Nogueira CM, Pereira MS, Franco TR, *et al.* Plasma rico em plaquetas e fatores de crescimento: técnica de preparo e utilização em cirurgia plástica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2006; 33 (1): 24 – 8.

- 28- Cho AB. Aplicação da cola de fibrina em microanastomoses vasculares: análise comparativa com a técnica de sutura convencional utilizando um modelo experimental de retalho microcirúrgico. Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5140/tde-28052008-131815/> > Acesso em: 11/03/2010.
- 29- Canter HM, Perez-Júnior JA, Higashi HG, Guidolin RR. Soros e vacinas. 2008. Site do Infobibos. Disponível em: http://www.infobibos.com/Artigos/2008_2/SorosVacinas/Index.htm > Acesso em: 09/03/2010.
- 30- Alonso AAS, Gomes DR. Choque Hipovolêmico: atualidades na abordagem terapêutica do paciente. s.d. Site Rev Medstudents. Disponível em: <http://www.medstudents.com.br/original/revisao/hipovol.htm> > Acesso em: 28/06/2009.
- 31- Riley JB, Samolyk KA. On-Line Autotransfusion Waste Calculator. The Journal of The American Society of Extra-Corporeal Technology. 2008; 1 (40): 68 – 73.
- 32- Instrim - Instituto do Rim do Paraná. Hemodiálise. Site Rim *online*. s.d. Disponível em: <http://www.rim-online.com.br/trata/hemo.htm> > Acesso em: 09/03/2010.
- 33- Auler-Júnior JOC, Chiaroni S. Circulação Extracorpórea: prevenção e manuseio de complicações. Revista Brasileira de Anestesiologia. 2000; 50 (6): 464 – 469.
- 34- Novaretti MCZ. Importância dos carreadores de oxigênio livre de células. Revista brasileira de hematologia e hemoterapia. 2007; 29 (4): 394 – 405.
- 35- Agraval YP, Freedman M, Sczepiorkowskiz ZM. Long-term transfusion of polymerized bovine hemoglobin in a Jehovah's Witness following chemotherapy for myeloid leukemia: a case report. Rev Transfusion. 2005; 45 (11): 1735 - 8.
- 36- Pachinburavan M, Marik PE. Bovine blood and neuromuscular paralysis as a bridge to recovery in a patient with severe autoimmune hemolytic anemia. Rev Clin and Translational Science. 2008; 1 (2): 172 – 3.
- 37- Souza MHL, Elias DO. Hemodiluição normovolêmica aguda em cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea. Rev Latinoamericana de Tecnología Extracorpórea. 2003; 10 (1): s.p.
- 38- Watchtower. Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania. Tradução do Nove Mundo das Escrituras Sagradas. Tradução da versão inglesa da Bíblia pelas Testemunhas de Jeová de 1984. Nova York: Watchtower Bible and Tract Society of New York Inc.; 1986.

- 39- Torre de Vigia. Como as Testemunhas de Jeová estão organizadas. Site oficial da Torre de Vigia. s.d. Disponível em: http://www.watchtower.org/t/rq/article_14.htm > Acesso em: 04/03/2010.
- 40- Retamales A. Autonomía del Paciente: los testigos de Jehová y la elección de alternativas a la transfusión. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2006; 71 (4): 280-7.
- 41- Dixon JL, Smalley MG. Jehovah's Witnesses - the surgical/ethical challenge. *JAMA*. 1981; 246 (21):2471-2.
- 42- Pérez-Ferrer A, De Vicente J, Gredilla E, García-Vega MI, Bourgeois P, Goldman LJ. Use of erythropoietin for bloodless surgery in a Jehovah's witness infant. *Rev Paediatric Anaesthesia*. 2003; 13 (7): 633 - 6.
- 43- Schiller HJ. Optimal Care for Patients Who Are Jehovah's Witnesses. *Anesthesia & Analgesia*. 2007; 104 (4):755-6.
- 44- Engelhardt HT. *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Loyola; 1998.
- 45- Cahana A, Weibel H, Hurst SA. Ethical Decision-Making: Do Anesthesiologists, Surgeons, Nurse Anesthetists, and Surgical Nurses Reason Similarly? *Pain Medicine*. 2008; 9 (6): 728-36.
- 46- Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de Ética Biomédica*. Tradução da 4º ed. São Paulo: Loyola; 2002.
- 47- Beauchamp TL, Childress, JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 6º ed. Nova York: Oxford; 2009.
- 48- Segre M, Silva FL, Schramm FR. O Contexto Histórico, Semântico e Filosófico do Princípio de Autonomia. *Bioética*. 1998; 6 (1). Disponível em: www.portalmedico.org.br > Acesso em: 03/06/2010.
- 49- Selleti JC, Garrafa V. *As raízes cristãs da autonomia*. Petrópolis: Vozes; 2005.
- 50- Benetti SRD, Leonardt MH. Significado atribuído ao sangue pelos doadores e receptores. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15 (1): 43-50.
- 51- Souza ZS, Moraes MIDM. A Ética Médica e o Respeito às Crenças Religiosas. *Bioética*. 1998; 6 (1): online. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/> > Acesso em: 18-05-2008.
- 52- *Desperta! A rotina interessante dos médicos*. *Desperta!* 2005; janeiro: 8.
- 53- Assembléia Geral das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Resolução nº 217 A (III) da Organização das Nações Unidas, 10 de dezembro de 1948.

- 54- Brasil. Código de Ética Médica Brasileira. Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.931, 13 de outubro de 2009.
- 55- Brasil. Código de Ética Odontológica Brasileira. Resolução do Conselho Federal de Odontologia nº 71, 06 de junho de 2006.
- 56- Alemanha. Código de Nuremberg, 1947.
- 57- Associação Médica Mundial. Código Internacional de Ética Médica. 6º ed. 1983.
- 58- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 33º Sessão da Conferência Geral da UNESCO, 19 de outubro de 2005.
- 59- Brasil. Resolução nº 1.021. Conselho Federal de Medicina, 26 de setembro de 1980.
- 60- Brasil. Portaria nº 92. Secretaria de Estado de Saúde do DF, 18 de maio de 2009.
- 61- Brasil. Resolução nº 196. Conselho Nacional de Saúde, 10 de outubro de 1996.

ANEXO 1**Testemunhas de Jeová Frente ao Uso de
Hemocomponentes e Hemoderivados****QUESTIONÁRIO DE PESQUISA****PARTE I - Dados Gerais****Idade:**

- Até 30 anos.
- de 31 a 40 anos.
- de 41 a 50 anos.
- de 51 a 60 anos.
- Mais de 60 anos.

Sexo:

- Masculino
- Feminino

Qual é o seu nível de escolaridade?

- Primário incompleto.
 - Primário completo.
 - Secundário incompleto.
 - Secundário completo.
 - Superior incompleto.
 - Superior completo.
 - Pós-graduação.
-

PARTE II - Questionário Específico**01 – O seu médico já lhe perguntou qual é a sua religião?**

- Já perguntou.
- Nunca perguntou.

02 – O seu dentista já lhe perguntou qual é a sua religião?

- Já perguntou.
- Nunca perguntou.

03 - Você acha que as terapias médicas e/ou odontológicas que usam o sangue com seus quatro hemocomponentes (glóbulos vermelhos + glóbulos brancos + plaquetas + plasma) para diminuir o risco de morte ou melhorar a cicatrização de cirurgias trazem mais benefícios ou mais malefícios à saúde física das pessoas?

- Trazem mais benefícios.
- Trazem mais malefícios.
- São terapias como qualquer outra, com malefícios e benefícios.
- Não conheço estas terapias.

04 – Você aceitaria alguma terapia médica e/ou odontológica que utilizasse de forma separada apenas um dos hemocomponentes (glóbulos vermelhos ou glóbulos brancos ou plaquetas ou plasma)?

- () Sempre autorizaria.
 () Somente se fosse realmente preciso para melhorar a recuperação e/ou resultados.
 () Em caso de risco de morte apenas.
 () Nunca usaria.

05 – Os hemocomponentes descritos acima ainda podem ser divididos em pedaços menores, chamados de hemoderivados (exemplo: albumina, fibrinogênio, imunoglobulinas e fatores de coagulação). Você aceitaria alguma terapia médica e/ou odontológica que utilizasse apenas estes “hemoderivados” em seu corpo?

- () Sempre autorizaria.
 () Somente se fosse realmente preciso para melhorar a recuperação e/ou resultados.
 () Em caso de risco de morte apenas.
 () Nunca usaria.

06 – Você se sentiria ofendido moralmente se o seu médico ou dentista que está lhe tratando com a sua devida autorização fizesse alguma terapia com “hemocomponentes e/ou hemoderivados de sangue NÃO-FRESCO” sem lhe informar este fato?

- () Eu não ficaria ofendido, pois aceito estes tratamentos.
 () Eu ficaria ofendido somente se fosse com hemocomponentes não-frescos.
 () Eu ficaria ofendido somente se fosse com hemoderivados não-frescos.
 () Qualquer terapia com sangue não-fresco me deixaria ofendido.

07 – Você se sentiria ofendido moralmente se o seu médico ou dentista que está lhe tratando com a sua devida autorização fizesse alguma terapia com o uso intra-operatório de material FRESCO de seu próprio sangue (exemplo: hemodiluição normovolêmica aguda, circulação extra-corpórea, recuperação intra-operatória de células, hemodiálise, uso de plasma rico em plaquetas) sem lhe informar este fato?

- () Eu não ficaria ofendido, pois aceito qualquer terapia com sangue fresco.
 () Eu ficaria ofendido somente se fosse com hemocomponentes frescos.
 () Eu ficaria ofendido somente se fosse com hemoderivados frescos.
 () Qualquer terapia com sangue fresco me deixaria ofendido.

DÚVIDAS, RECLAMAÇÕES E COMENTÁRIOS:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília

Telefone: (61) 33073799

Programa de Pós-Graduação em Bioética – Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília

Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Ciências da Saúde

Caixa Postal: 04451 - CEP: 70.904-970

Telefone: (61) 33072113 / 33073946

E-mail: bioetica@unb.br

ANEXO 2**Testemunhas de Jeová Frente ao Uso de Hemocomponentes e Hemoderivados****INFORMAÇÕES SOBRE O QUESTIONÁRIO**

Prezado(a) Voluntário(a):

Este questionário se destina a avaliar a opinião das Testemunhas de Jeová do Distrito Federal frente ao uso de terapias que envolvam o **sangue total**, seus **hemocomponentes** (glóbulos vermelhos, glóbulos brancos, plaquetas ou plasma) ou **hemoderivados** (diminutas frações de sangue), assim como se profissionais de saúde têm respeitado seus direitos quanto à informação e livre escolha das formas de tratamento.

Suas respostas ao questionário constituirão parte fundamental de uma dissertação de Mestrado em Bioética da Universidade de Brasília, com a posterior **PUBLICAÇÃO** dos resultados. Todavia, **DADOS PESSOAIS JAMAIS SERÃO DIVULGADOS A TERCEIROS**.

Depois de responder o questionário e assinar as vias de Termo de Consentimento Informado, você deverá **DEVOLVER** apenas **uma via do Termo de Consentimento Informado** e as **folhas do Questionário respondidas**. Por favor, **NÃO SE IDENTIFIQUE NAS FOLHAS DO QUESTIONÁRIO, apenas assine o Termo de Consentimento Informado**, devolvendo-os separadamente, assim, não teremos como associar o Termo assinado às suas respostas, o que preservará o sigilo de suas respostas.

Este trabalho foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Brasília (contatos ao final).

Lembre que sua participação deve ser de **forma VOLUNTÁRIA**, caso não esteja aqui por sua própria vontade, não participe.

Agradecemos sua colaboração.

Prof. Dr. Volnei Garrafa

Professor Titular da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília

Letícia Azambuja

Cirurgiã-dentista, Especialista e Mestranda em Bioética

DÚVIDAS, RECLAMAÇÕES E COMENTÁRIOS:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília

Telefone: (61) 33073799

Programa de Pós-Graduação em Bioética – Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília

Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Ciências da Saúde

Caixa Postal: 04451 - CEP: 70.904-970

Telefone: (61) 33072113 / 33073946

E-mail: bioética@unb.br

ANEXO 3**Testemunhas de Jeová Frente ao Uso de Hemocomponentes e Hemoderivados****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) Voluntário(a):

Convidamos a participar de uma pesquisa sobre a opinião das Testemunhas de Jeová do Distrito Federal frente ao uso terapêutico de hemocomponentes e hemoderivados em saúde. Tal estudo nos ajudará a entender o posicionamento das Testemunhas de Jeová frente a estas novas terapias com sangue, assim como nos ajudará a verificar o grau de respeito dos profissionais de saúde às escolhas terapêuticas dos pacientes Testemunhas de Jeová. Também procuraremos estudar as eventuais formas de ajudar esta relação a ser a mais ética possível. Esta pesquisa será parte integrante de uma dissertação de Mestrado da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília e será provavelmente publicada em revista(s) científica(s) para conhecimento do público em geral. Caso tenha interesse em conhecer estes resultados ou ter maiores informações, poderá entrar em contato pelos telefones e endereços abaixo.

É de fundamental importância que somente participe desta pesquisa se for praticante da religião **Testemunha de Jeová** e residente ou apenas praticante no **Distrito Federal**. Para que participe, não deverá pagar nada e a sua eventual vontade de se retirar da pesquisa ou de não responder perguntas que lhe deixem constrangido tampouco será impedida e poderá ser feita a qualquer tempo até a publicação dos resultados. Também é importante que saiba que este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (formas de contato abaixo) e que será mantida a confidencialidade das respostas e que, **sob hipótese alguma, seu nome será relacionado às suas respostas do seu questionário ou mesmo repassado a terceiros ou mesmo publicado.**

Este documento deve ser fornecido em duas vias, uma deverá ser datada, assinada e devolvida; a outra ficará com você.

Brasília, _____ de _____ de _____ .
(data)

(sua assinatura ou de seu representante legal)

Letícia Azambuja – pesquisadora responsável

DÚVIDAS, RECLAMAÇÕES E COMENTÁRIOS:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília
Telefone: (61) 33073799
Programa de Pós-Graduação em Bioética – Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília
Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Ciências da Saúde
Caixa Postal: 04451 - CEP: 70.904-970
Telefone: (61) 33072113 / 33073946 - E-mail: bioética@unb.br

ANEXO 4

PÁGINA 14

Diário Oficial do Distrito Federal

Nº 96, quarta-feira, 20 de maio de 2009

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PORTARIA Nº 92, DE 18 DE MAIO DE 2009.

Disciplina os procedimentos de rotina quanto ao consentimento para realização de transfusão de sangue, e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o inciso X, do artigo 204, do Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, aprovado pela Portaria nº 40, de 23 de julho de 2001, considerando as situações de freqüente conflito de ordem ética, envolvendo médicos e pacientes, relacionado com transfusão de sangue e derivados por razões religiosas, temor de contrair infecções graves ou outros motivos; considerando o inciso VI do artigo 5º da Constituição Federal o qual dispõe sobre a inviolabilidade da liberdade de consciência e de crença, assegurando o livre exercício dos cultos religiosos e garantida; considerando que o Direito à Vida é o bem maior constitucionalmente garantido, sendo indisponível, bem como a seu titular não é permitido dele abdicar, através de ação ou omissão qualquer, e a Administração Pública deve pautar suas condutas de modo a viabilizar a cura e/ou a manutenção da vida do paciente;

Considerando o disposto a Resolução nº 1.021/80 do Conselho Federal de Medicina que define transfusão de sangue, inclusive nos casos religiosos; considerando o Parecer de 12 de junho de 2002 do Conselho Regional de Medicina; considerando os artigos 46, 56 e 57 do Código de Ética Médica, Resolução CFM nº 1.246/88, que dispõem que o médico deve efetuar qualquer procedimento médico sem o consentimento do paciente ou seu representante legal, respeitando o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida; considerando que no art. 146, parágrafo 3º do Código Penal exclui a ilicitude penal do médico que procede à intervenção médica ou cirúrgica sem o consentimento do paciente ou seu representante legal, se justificada o iminente perigo de vida. Considerando a necessidade de normatizar no âmbito da SES a conduta dos profissionais de saúde nos casos de recusa da transfusão de sangue por parte do paciente e/ou seu representante legal, resolve:

Art. 1º - Não havendo autorização expressa do paciente ou seus representantes legais para a realização do procedimento de transfusão de sangue e derivados, o médico, obedecendo ao disposto no artigo 46 e no artigo 56 do Código de Ética Médica, observará a seguinte conduta:

I – Se não houver iminente perigo de vida, o Médico só poderá realizar o procedimento com o prévio consentimento do paciente ou de seu representante legal, buscando, no entanto, por todos os meios possíveis, tratamentos eficazes alternativos antes da realização da transfusão de sangue e derivados.

II – Se houver iminente perigo de vida, o médico praticará a transfusão de sangue ou derivados, independente de consentimento do paciente ou de seus responsáveis.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

AUGUSTO CARVALHO

* página editada para facilitar a visualização.